

O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna¹

Márcia Regina Barros da Silva
UNIFESP

RESUMO

Com base nas transformações ocorridas no atendimento médico realizado nos hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, entre fins do século XIX e início do século XX, este artigo pretende discutir algumas das características das relações entre saúde e doença no processo de urbanização da cidade.

Palavras-chave: Santa Casa de Misericórdia; Medicina; Urbanização; São Paulo.

ABSTRACT

Based on the transformations occurred in medical attendance in the hospitals of the “Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo”, between the last years of the 19th century and the beginning of the 20th century, this article intends to argue some of the characteristics of the relations between health and illness in the process of urbanization of the city.

Keywords: ‘Santa Casa de Misericórdia’; Medicine; Urbanization; São Paulo.

SAÚDE: UMA PERSPECTIVA URBANÍSTICA

Na passagem do século XIX para o século XX a cidade de São Paulo desempenhou papel essencial na construção de um modelo de atenção à saúde para o Brasil. Isso porque o controle de doenças epidêmicas teve grande importância para o processo de urbanização da cidade. Tais ações foram sustentadas pela criação de um conjunto de instituições definidas sobretudo pelo combate a doenças, com fim último de proteger a produção de riquezas. A configuração da cidade se alterava nesse período em diversos aspectos. A economia cafeeira e a imigração branca européia, esta intensificada depois de 1870, consubstanciavam os dois pólos principais do processo de urbanização das cidades modernas: o crescimento populacional e a sociedade do trabalho.

Como aponta Bresciani,² os centros urbanos representariam nessa época

o lugar de culminância de novas sensibilidades, como resposta à perda da identidade rural e de suas raízes socioculturais, substituídas nas cidades modernas pelas novas idéias de progresso, transformação e melhoramento, resultantes do crescente domínio da natureza pelo homem.

No Brasil, São Paulo e Rio de Janeiro foram as primeiras cidades em que se construiu e se consolidou um modelo de atenção à saúde pública originado no embate entre o mundo do trabalho, seus efeitos econômicos e políticos, e uma face repressiva que incidia sobre a população. Como efeito desse embate nasceriam novas formas de sociabilidade com o objetivo de adequar tais relações às demandas das vontades capitalistas das camadas dominantes. Processo conjunto de urbanização cujas intervenções na ordem social atingiam diferentes esferas e apontavam para uma nova constituição disciplinar das cidades, atuando sobre a higiene, regulando a moral, reformulando os costumes tanto das esferas privadas como nas públicas.

No século XIX “A cidade se constituirá no observatório privilegiado da diversidade: ponto estratégico para apreender o sentido das transformações, num primeiro passo, e logo em seguida, à semelhança de um laboratório, para definir estratégias de controle e intervenção” (Bresciani, 1985, p.39). No Brasil as aglomerações urbanas e as doenças epidêmicas seriam o estopim para que as condições de vida e de trabalho se tornassem tema de pesquisa e vigilância sistemática como nas principais cidades européias, assim as transformações das cidades coloniais brasileiras em cidades modernas foram realizadas a partir desse encontro.

As leituras de cunho urbanístico avaliam tais propostas ao enfatizarem a transição da escravidão para o trabalho livre, informando sobre a ascensão do mundo burguês e a expansão das cidades. Robert Pechman,³ nesse sentido, aponta para a ‘novidade’ da experiência urbana entre a última metade do século XIX e o século XX no Brasil. Para ele as dificuldades vividas nas cidades somente se constituíram em problemas urbanos quando foram ‘tematizadas’, pelas mãos dos médicos higienistas, como processos que requeriam a intervenção e a investigação da medicina e a conseqüente construção de um ‘pacto urbano’ para gerir tais transformações.

Meu objetivo neste artigo é chamar atenção para as raízes da chamada ‘eficiência’ das instituições paulistas no combate aos problemas epidêmicos da Primeira República, antes mesmo da efetivação do modelo sanitarista de atenção à saúde, estudada pela historiografia específica, sobretudo entre 1910 e 1920. Como aponta Castro Santos,⁴ em São Paulo tal processo obteve como resultado desenvolver tanto uma base institucional própria e moderna de ad-

ministração e pesquisa para o estado, quanto efetivar a erradicação, suficiente para seus interesses, das principais doenças epidêmicas e endêmicas tais como febre amarela, varíola e cólera.

A meu ver o tema da saúde começava a ser avaliado como um problema que requeria atenção especial e investimentos mais específicos antes mesmo da eclosão dos primeiros surtos epidêmicos em 1889 em Santos. Em sintonia íntima com o processo de crescente urbanização da cidade a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo já em 1878 lançava a pedra fundamental do seu futuro hospital central, o que serve de marco inicial para a discussão a ser desenvolvida aqui.

A proposta de reorganizar as instalações da Santa Casa foi sendo construída sobre avaliações em que se apontava ‘a maior afluência de enfermos’ e o crescimento de duas ‘classes’ de doentes, a de pobres e a de estrangeiros, como fatores de risco para a vida na cidade.

O primeiro relatório impresso publicado pela instituição apontava para o tema, e o então provedor Francisco Martins de Almeida justificava a necessidade de ampliar o atendimento realizado tendo em vista a observância da prática da caridade como o fim último da Irmandade: “Ninguém mais carecido de proteção que aqueles para quem à desventura da privação da pátria se agrega a subordinação à piedade de estranhos. Socorrê-los é sobremodo grato, e mais um título de glorificação à Santa Casa”.⁵

Além do aumento da população branca, o aumento de escravos nos serviços de atendimento também era sentido como um problema, principalmente pela prática de seus donos os alforriarem, muitas vezes, às vésperas da morte, quando então eram encaminhados à Santa Casa, responsável daí em diante pelos cuidados assim como pelo enterramento dos ex-escravos (ibidem, p.105).

Além desses doentes a Irmandade atendia moradores de outros municípios, que acorriam para suas instalações. Assim, por meio do atendimento hospitalar da Santa Casa é possível verificar o crescimento de demanda por atendimento à saúde em vários segmentos urbanos.⁶ A ampliação dos serviços da Santa Casa, por sua vez, sugere que a atenção da administração da Irmandade correspondia de alguma maneira a uma preocupação de parte das elites paulistas, principal responsável pela manutenção da entidade.⁷

Aqui vale um breve parêntese sobre algumas propostas de estudo efetivadas pela historiografia brasileira dedicada ao tema da saúde e da intervenção urbana.

Em diversos trabalhos o Rio de Janeiro aparece como o local que primeiro concretizou um grande processo de intervenção urbana no Brasil, super-

tado por um projeto de remodelação que se encontrava em progressão desde pelo menos as décadas de 1850 e 1860. A desagregação da escravidão, a crise geral do Império e a eclosão das primeiras epidemias de febre amarela constituíram o grande substrato de reformas que procuravam alinhar o país às civilizações da Europa. Paris e Londres eram modelos a imitar — sobretudo a Paris de Haussmann, uma cidade que teria sabido organizar seus espaços para o bel-prazer da burguesia, para o desfrute de uma elite cada vez mais desejosa de locais condizentes com suas demandas de consumo, lazer e distinção.

A cidade do Rio de Janeiro não aquiesceu a tais mudanças sem resistência, e a Revolta da Vacina sinaliza tal embate. Quanto a esse caso interessa apontar o quanto a intervenção pública na saúde individual, vista pela bibliografia por diversos ângulos,⁸ foi efetivada justamente nos primeiros momentos de um novo regime político e esteve subordinada a um complexo processo de urbanização. Tal modelo de ação sobre as doenças estava sendo construído também em São Paulo, por meio de uma proposta diferente mas que foi configurada a partir do embate com uma nova população urbana que chegava à cidade.

Grosso modo existem três vertentes principais para analisar o caso carioca, das quais derivam diversas leituras consistentes com o caso paulista.

A primeira análise, de Roberto Machado, transita pela interpretação aberta por Michel Foucault em sua preocupação de estabelecer como teria se dado o que ele chamou de “medicalização da sociedade”.⁹ Para Machado et al., a horizontalidade dos poderes definiria o domínio e a subordinação de grupos excluídos através da construção de todo um aparato institucional repressivo, formado aqui por escolas, quartéis e hospitais, em que o tema da saúde teve lugar preponderante. Dessa leitura derivam diversos trabalhos que irão estudar casos específicos de construção de uma nova ordem, de civilização e progresso nos trópicos.¹⁰ Machado avalia como as condições higiênicas das cidades, no caso o Rio de Janeiro colonial, tornaram-se um tema para a administração pública brasileira.

A análise desse processo se constrói a partir de uma periodização que se situa entre a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1829, e a eclosão das primeiras epidemias, de febre amarela em 1850, e de cólera em 1855, na capital do Império, como passo fundante da seqüestração da problemática da doença e saúde para fins de controle social. Assim, o aumento nas taxas de mortalidade durante os períodos epidêmicos da febre amarela e do cólera teriam despertado as autoridades para o problema da salubridade urbana, tornando a higiene um tema importante para a história do país.

A segunda leitura importante sobre o tema da urbanização e da saúde é a de Jaime Benchimol.¹¹ O autor em seu trabalho assinala a ‘teia de relações’ que conferiu à renovação urbana do começo do século XX no Rio de Janeiro um caráter de substituição. Para ele, um processo amplo de reformulação demarcou a transferência de áreas determinadas da cidade das mãos da população e classes subalternas para grupos sociais em ascensão. Segundo Bechimol inaugurava-se uma política urbanística sistemática em que as obras de demolição e reconstrução foram suportadas por leis e determinações jurídicas que visaram tanto atender às funções políticas de sede do Estado como cristalizar as exigências capitalistas da economia.

Benchimol, partindo dos pontos fixados pelo programa presidencial de Rodrigues Alves, aponta para um conjunto de ações complementares que podem ser divididas em dois grandes grupos, o primeiro constituindo-se de interferências cujo objetivo principal seria o aperfeiçoamento das relações comerciais brasileiras no que se referia ao gerenciamento das exportações e importações e circulação de produtos. Daí adviria a remodelação da estrutura portuária e das ruas e acessos entre o núcleo “comercial, financeiro e administrativo e as zonas de expansão”, dentro da própria cidade. O segundo, pelo reordenamento das relações de classes, com a tentativa de erradicar os possíveis fatores de contaminação, que resultavam em doenças epidêmicas, principalmente a febre amarela, e a construção de um espaço urbano estratificado a fim de expulsar determinadas populações do convívio com os grupos dominantes.

Em tal leitura a questão da saúde surgiria então como parte do processo de intervenção capitalista na cidade, inserida nos projetos de reforma urbana com uma função bastante clara — definir, com ferocidade, uma forma de atuação que pudesse auxiliar na construção de regras para adequar os diferentes segmentos da população ao espaço urbano, palco de novos projetos.

Partindo da mesma periodização dos autores anteriores, Sidney Chalhoub¹² analisa diretamente a questão das epidemias e as habitações urbanas em consonância com a construção da idéia de administração competente e técnica da cidade do Rio de Janeiro e de sua população. Para ele houve dois momentos distintos que teriam regido tal processo, o primeiro em que se passou a identificar a existência de classes perigosas no cenário urbano à presença de classes pobres, tendo os negros sido preferidos para essa identificação. O segundo seria o da imposição de critérios técnico-científicos como um tipo de racionalidade que, exterior às desigualdades sociais, seria capaz de justificar as políticas públicas adotadas. O autor aponta assim para o nascimen-

to de uma ideologia da higiene, cujo objetivo último seria a ‘legitimação’ das decisões e intervenções políticas e ‘deslegitimação’ da política em nome da organização do trabalho, da manutenção da ordem pública e da resolução dos problemas das doenças contagiosas.

Há ainda uma quarta via, mais difusa, que procura aliar vários dos pontos contidos nas análises anteriores. Tanto as noções de sociedade medicalizada quanto a idéia de uma ideologia da higiene são evocadas nos trabalhos que pretendem discutir transformações nos paradigmas médicos vigentes no período. Nessa linha há um conjunto de trabalhos que avaliam sobretudo as práticas científicas da medicina com base na tematização de especialidades como a microbiologia e bacteriologia e sua organização institucional. Nesse quadro o trabalho de Luiz Otávio Ferreira,¹³ por exemplo, pretende indicar que no mesmo período, a partir da década de 1850, a idéia de salubridade, que tinha servido até então para caracterizar as terras brasileiras de modo genérico, começava a se transformar. Isso se daria basicamente pela percepção de que as mudanças nas condições de vida, devidas ao crescimento populacional, as transformações urbanas e políticas, passavam a produzir novas visões sobre o meio ambiente brasileiro.

A IDÉIA SANITÁRIA EM SÃO PAULO

Retomando o caso paulista, é possível avaliar que em São Paulo a reforma urbana também foi articulada à reforma sanitária, embora de modo não circunscrito a um momento específico como a reforma urbana carioca. Existem basicamente duas perspectivas diferentes que avaliam a saúde pública e suas imbricações com o tema da urbanização na historiografia que trata do tema em São Paulo.

Uma dedicada aos caminhos da implantação de políticas de saúde pública e construção de instituições dedicadas à saúde. Luiz Antonio de Castro Santos parte do trabalho de John Blount para dar impulso ao debate que aponta para a construção de uma moderna administração pública de saúde, como responsável pela organização de um conjunto de instituições de ação e de pesquisa no campo da saúde.¹⁴

A partir desse caminho, autores como Maria Alice Ribeiro, R. Telarolli e Gilberto Hochman¹⁵ avaliam o período entre 1890 e 1920 como o momento em que o campo da saúde foi alçado a centro das atenções do governo republicano paulista. Segundo esses autores as ações em que a saúde teve papel

proeminente foram diversas, todavia seguiam dois principais direcionamentos: a construção de um aparato sanitário de desinfecção para combate a doenças epidêmicas e a criação de uma legislação sanitária abrangente.

Outra linha interpretativa, não dedicada exclusivamente aos temas da saúde refere-se à perspectiva do controle social, relacionada ao debate sobre os temas do desvio. Nesses trabalhos, derivados em grande medida também de uma perspectiva foucaultiana, os processos de doença e loucura são lidos em decorrência da organização da sociedade que ocorreria em paralelo ao tema do trabalho. Em comum a essas duas leituras a avaliação do tema da saúde como uma questão em destaque somente após a implantação do regime republicano e como resultado desse processo. Tais ações teriam se dado, sobretudo, a partir das instituições de saúde oficiais como Serviço Sanitário, criado em 1892, e a colônia do Juquery, em 1898, seguido do Hospital de mesmo nome em 1901; dois dos mais representativos espaços de intervenção urbana e intervenção social do período.

Fora dessa bibliografia, Maria Odila Dias discute o primeiro surto de uma incipiente urbanização na cidade a partir da criação de espaços de sobrevivência ocupados precariamente pela população pobre, livre ou forra. É essa a primeira a sentir, desde 1850 e mais definitivamente a partir de 1870, com a crise final da Abolição, as transformações urbanas.

Assim se reporta Dias às mulheres pobres da cidade e à questão da urbanização:

O seu espaço era o da desordem e confusão reinante entre as esferas públicas e particular, necessárias ao sistema de poder escravista, e que tanta repercussão teve no processo de construção do Estado, simultâneo ao de urbanização da cidade. O mesmo processo de inchaço da pobreza, que as gerou, acabou finalmente por expulsá-las de seus espaços improvisados, nos bairros centrais da cidade, bem nos limites das virtualidades burguesas, entre a casa de ópera e as lojas comerciais. Expulsaram-nas o aburguesamento da vila, os melhoramentos urbanos, iluminação, alinhamento das casas, o encarecimento dos impostos municipais e finalmente, as estradas de ferro.¹⁶

Sérgio Buarque de Holanda resume as questões envolvidas no que corresponde ao processo de urbanização das cidades brasileiras:

Se em capítulo anterior se tentou fixar a data de 1888 como o momento talvez mais decisivo de todo nosso desenvolvimento nacional, é que a partir dessa

data tinham cessado de funcionar alguns dos freios tradicionais contra o advento de um novo estado de coisas, que só então se faz inevitável. Apenas nesse sentido é que a Abolição representa, em realidade, o marco mais visível entre duas épocas. Efetivamente daí por diante estava mais bem preparado o terreno para um novo sistema, com seu centro de gravidade não já nos domínios rurais, mas nos centros urbanos.¹⁷

A leitura conjunta de todos esses trabalhos reforça a perspectiva temática da renovação urbana apresentada como tentativas de reorganização de atividades, em que a saúde e a doença, e conseqüentemente a medicina praticada na cidade, se faziam em função de uma nova atenção: a reorganização do mundo do trabalho e dos novos arranjos populacionais.

A meu ver, antes mesmo da criação de um serviço sanitário em São Paulo no período republicano, o mais importante será a efetivação de mudanças na prática profissional, em consonância com uma nova organização dos serviços de atendimento à saúde. Isso porque será apenas depois de estabelecidos novos parâmetros de cientificidade que a fala da razão técnica terá preponderância na condução da higiene pública.

Tais mudanças se deram principalmente na atenção realizada na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em um debate que não se restringia a suas paredes e que alcançava outros fóruns.

Os esforços para a construção de novas instalações de atendimento hospitalar deixam claro que os temas da mão-de-obra e do controle social também estavam presentes na preocupação dos administradores da Santa Casa, não por acaso igualmente representados pelas elites econômicas e políticas de São Paulo, como já dito. A recepção ao forasteiro, ao imigrante, e a elaboração de uma consciência sobre o problema dos pobres, enjeitados, loucos e todo tipo de marginalizado, foi sendo construída antes nos espaços da Misericórdia, para depois serem eles absorvidos também pela administração republicana.

O primeiro e mais importante desses esforços foi a busca pela modernização do atendimento médico, que se efetivaria com a criação das novas instalações da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, mantenedora dos hospitais mais antigos da cidade.

Retomando o primeiro relatório publicado sobre as atividades da Santa Casa em 1875,¹⁸ o provedor Francisco Martins de Almeida descrevia os diversos problemas enfrentados para a manutenção da entidade filantrópica. No item “Inconvenientes da Instituição” surge um quadro desalentador de penú-

ria. Nele se mesclam descrições sobre a pobreza extrema das pessoas que buscavam socorro na Irmandade e avaliações sobre as enormes deficiências e o pouco alcance das ações terapêuticas oferecidas pelos serviços do hospital.

Os recursos médicos existentes não eram suficientes para impedir que a doença, obra tanto dos “excessos da mágoa, ou dos prazeres” quanto resultado da “ação deletéria do tempo” (Irmandade, 1875, p.18), fosse combatida. Para os cuidados com os inúmeros tipos de doentes que buscavam a Santa Casa em busca de alguma forma de conforto, moral ou físico, recorria-se às irmãs de caridade. Nesse período o hospital possuía um único médico, que também era cirurgião, o doutor Antonio Caetano de Campos, empossado no cargo em 1º de janeiro de 1872, o qual entre os anos de 1870 e 1875 cuidou de um total de 1.060 enfermos.

Espaços tristes, sombrios e fúnebres caracterizavam as instalações da Santa Casa, e, segundo o provedor, aquele era o ‘palácio da pobreza’, que, se prestava um benefício, esse era antes de tudo o da caridade. Pois a forma de solução dos problemas de saúde era mais a da ‘solicitude’, e os médicos agiam mais como ‘ministros no sacerdócio’ do que como curadores, e mesmo assim auxiliando menos pessoas do que as que diariamente pediam auxílio:

Condições congênicas daquele congresso de padecimentos, a calamidade não está ali ... Também não está na atenção distraída do médico, em seu exame superficial dos enfermos. Nenhum que não se esmere em suavizar-lhes os dissabores da pungente situação, e subtraí-los à atração do túmulo ... Antes de tudo, o edifício não oferece amplidão, ao acolhimento de todos os que o imploram, e nem acomodações adaptadas às necessidades admitidas. Anualmente, com vivo pesar, trancamos as portas a numerosos necessitados. (Ibidem, p.14)

Os serviços de atendimento médico realizavam-se nesse momento segundo preceitos e métodos científicos pouco especializados e de baixa eficácia, ainda muito sustentados por teorias miasmáticas de propagação das doenças:

por deficiência de acomodações não se procede entre os doentes a outra discriminação além da dos sexos. Grupam-se na mesma enfermaria: moléstias agudas às crônicas; contagiosas às que não o são; as que pedem diversidade de temperatura; as que mutuamente se repelem, se exacerbando quando se avizinham; circunstâncias todas susceptíveis de retardar, ou impossibilitar a cura. Aos afortunados que através de tantas barreiras atingem a convalescença, muitas eventualidades ainda aventuram a risco reputado maior que própria doença: a

recaída. Não há tratamento rigorosamente adequado às susceptibilidades dessa melindrosa situação. No mesmo compartimento agonizantes, e convalescentes: isto diz tudo. (Ibidem, 1876, p.15)

De origem portuguesa, as Irmandades de Nossa Senhora da Misericórdia “foram elementos de identidade nacional que tiveram papel importante na estruturação do Império” (Abreu, 2001, p.592).¹⁹ Nas colônias foram características das cidades mais importantes e tornaram-se ao longo do tempo responsáveis pela quase totalidade do atendimento aos doentes, enfeitados e miseráveis. Instituição de origem católica, as Santas Casas funcionavam também como espaço de visibilidade social e seus patronos, figuras ilustres da sociedade, as utilizavam para “dar assistência a seus escravos e à sua numerosa clientela”.²⁰

Ernesto de Souza Campos também apontava esse procedimento quando falava da história da administração da Santa Casa da cidade de São Paulo: “O cargo de provedor, como na Santa Casa do Rio de Janeiro, foi sempre exercido, na de São Paulo, por homens eminentes que na época ocupavam posições de relevo como as de governadores, capitães gerais, presidentes de província, bispos diocesanos” (Campos, 1949, p.40).

As Santas Casas serviam ainda como sinal de urbanização para a localidade em que eram instaladas, pois compunham juntamente com alguns outros prédios públicos — igrejas, conventos, câmara e cadeia — o núcleo central das maiores cidades.²¹

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo já existia em fins do século XVI, ou mesmo antes. O seu primeiro local de atendimento foi criado em julho de 1749, sofrendo diversas modificações até a implantação do hospital na Chácara dos Ingleses, à Rua da Glória, em 1835. As condições do hospital, no entanto, não eram satisfatórias, nem quanto às dimensões das instalações, nem quanto às possibilidades de melhoria dos serviços. O primeiro relatório, de 1875, foi realizado ainda naquele local. Em 1876 consubstancia-se a idéia de construção de novas instalações, como na fala do tesoureiro da Irmandade:

ajustado ao progresso e esplendor desta Província é tempo de cuidar do edifício de caridade elevando-o a melhores proporções de seus fins, por isso convindo tratar-se quanto antes da edificação de um novo Hospital compatível com a atualidade, atendendo-se conveniente localidade.²²

A pedra fundamental de tal projeto foi lançada em 1878. Carneiro ao realizar a história da Santa Casa aponta também para a coincidência: “E a elite é orgânica e harmônica: planeja e realiza com visão e profundidade” (Carneiro, 1986, p.317). A família Prado, por exemplo, atuava no período tanto definindo os processos econômicos da atividade cafeeira em terras paulistas quanto exercendo a filantropia. Enquanto Martinho da Silva Prado Júnior foi o principal fundador da Sociedade Promotora da Imigração, sua família aparecia constantemente nas listas de doação à entidade. Outros representantes da elite paulista, tais como a Baronesa de Limeira, seriam doadores recorrentes de terrenos e dinheiro à entidade.

Alguns anos depois do projeto inicial, em 1885, seria inaugurado o grande Hospital Central, situado no bairro do Arouche, atual Santa Cecília. Embora no seu projeto o engenheiro Luiz Pucci, o mesmo que construiu o Museu do Ipiranga, informasse estar totalmente de acordo com as últimas disposições em matéria de arquitetura hospitalar, houve diversas discordâncias quanto ao estilo arquitetônico adotado.

A série de modificações por que passava São Paulo nesse período de urbanização crescente desempenhou um papel fundamental na reconfiguração também da medicina praticada em terras paulistas. Novos métodos de atendimento, novos tratamentos e práticas introduzidos no atendimento médico, podem ser avaliados nas exposições da provedoria desse novo período.

Após anos sem a apresentação de relatórios, o provedor de 1900-1901, José Alves de Cerqueira César, ex-presidente de São Paulo, entre 1891 e 1892, recomeçou sua publicação. Especificamente sobre o hospital, o relatório do mordomo, Alberto da Silva e Souza, passava a descrever um cenário totalmente modificado quanto à eficácia do trabalho médico, em relação ao primeiro relatório citado:

O movimento de enfermos tem aumentado consideravelmente como vereis pelo anexo n. 1, sendo que o número de óbitos foi pequeno, e menos seria se, dos 447 falecidos, não viesse aumentar essa cifra 115 de tuberculose e 58 entrados moribundos. Ainda assim, podemos considerar o nosso Hospital em ótimas condições higiênicas, embora haja muito a fazer como passo a demonstrar.²³

Diz-se que as Misericórdias brasileiras, de modo geral, “assumiram a sua responsabilidade em sistema de prestação de um serviço público” (Abreu, 2001, p.601). O caso paulista confirma essa perspectiva. A partir do governo republicano, a Santa Casa da cidade de São Paulo passou a figurar regular-

mente nos relatórios das secretarias de governo como destinatária das maiores verbas para assistência, em comparação com outros serviços existentes e em comparação ainda com outras casas de misericórdia instaladas no interior do estado. O governo estadual contabilizava com freqüência, e alguma regularidade, o movimento nos hospitais e casas de caridade de São Paulo, assim como nas associações de beneficência. O montante recebido pelas Santas Casas era distribuído segundo seu número de atendimentos. Em primeiro lugar estava sempre a Santa Casa da cidade de São Paulo, em segundo a de Campinas, em terceiro a de Itu e a partir daí as cidades se alternavam.

Tanto os relatórios da própria Santa Casa, quanto os relatórios da Secretaria do Interior, mostram um aumento cada vez maior das atividades de assistência exercidas pela instituição. Tal freqüência indica que a instituição ampliava sua função de prestadora de serviço hospitalar, sobrepondo essa atividade às suas outras atividades de caridade.

A Santa Casa atuava em diferentes áreas, como a da assistência jurídica, em defesa de réus pobres e na instrução infantil, por meio de um colégio denominado Externato Santa Cecília, anexo ao Hospital Central. Realizava ainda atendimento de acolhimento de expostos (crianças abandonadas) e organizava serviços funerários para os mais pobres. Havia também alguma assistência remunerada, por meio de atendimento a ‘pensionistas’ pagantes. Porém, pela movimentação verificada nos relatórios da instituição, os serviços de atenção à saúde eram os que mobilizavam maiores esforços dos provedores em busca de financiamento e donativos.

O atendimento realizado no novo Hospital Central se fazia no período nas grandes áreas — medicina, cirurgia, ginecologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. O número de atendimentos crescia a cada ano e o demonstrativo da entrada e saída dos doentes era regularmente publicado nas revistas médicas paulistas.

As formas de entrada dos doentes também são bastante importantes por demonstrar o envolvimento da Santa Casa com diferentes personagens e instituições da sociedade paulista naquele momento. A entrada de doentes no hospital central da Santa Casa se dava de maneiras diferentes, ou por meio da procura espontânea, com acesso através dos consultórios do hospital, ou por indicação das mais diversas origens.

Utilizando aqui como exemplo o relatório do ano base 1906 (Irmandade, 1907), é possível ter uma idéia bastante representativa dessas indicações. Nesse ano a relação entre os dois tipos de entrada no hospital foi de aproximadamente 50 por cento. A análise das entradas por indicação pode ser des-

dobrada a partir da origem de seus requisitantes, se instituições governamentais, particulares, associações beneficentes ou por representantes do próprio complexo da Irmandade, incluídos aí o diretor e os médicos dos serviços internos do hospital.

A proporção dos *Requisitantes* responsáveis pela entrada de doentes naquele ano foi de 32 por cento para indicações de instituições oficiais, 11 por cento para indicações da Irmandade, 3 por cento de particulares e 1 por cento provenientes de entidades beneficentes.

Isso confirma que a relação de proximidade com a Santa Casa era realmente uma forma importante de oferecer e conseguir atendimento médico. Tanto as repartições públicas quanto particulares utilizavam-se da indicação para favorecer suas posições. O Estado auxiliava na manutenção do hospital, que também lhe prestava serviço. Provavelmente esse era o procedimento nas demais Santas Casas do interior de São Paulo, o que pode indicar a formação de uma rede até que bastante ampla de serviço, que pode ser apontado como 'público'.

No exemplo utilizado o maior número de indicações originadas em instituições públicas era referente às polícias da capital, e também alguns casos, das polícias do interior. As indicações para o ano de 1906 demonstram ainda que o acesso por indicação de particulares se dava através de "fazendeiro e diversos" e "institutos e estabelecimentos diversos". Isso indica que a forma de acesso ao atendimento médico era geralmente mediada por grupos específicos, que representavam níveis de poder na sociedade, quando não definidas por situações particulares de pertencimento a instâncias organizadas.

Além de relacionar as nacionalidades dos doentes atendidos,²⁴ os relatos reportavam ainda a origem geográfica de cada um, cidade e bairro; o tipo de doença por área médica e as causas dos falecimentos que ocorressem.

Também a Santa Casa deslocava doentes apresentados no seu hospital para o Hospital de Isolamento do Serviço Sanitário e para o Hospital do Juquery, numa interface constante com serviços, estes sim, formalmente públicos,²⁵ além de transferir os portadores de lepra para outro serviço da Irmandade, o Hospital de Lázaros.

Esse último funcionava na cidade de São Paulo desde o início do século XIX,²⁶ mas somente em meados de 1903 passou a possuir um clínico responsável, José Lourenço de Magalhães. Naquele momento, a idéia de tratamento começava cada vez mais a tomar o lugar do mero esforço de acolhimento, e isto é destacado pela Irmandade, relacionando esse movimento com o trabalho hospitalar. As concepções sobre a doença também passavam por discus-

sões que atestam uma idéia de transição do antigo sistema contagionista para uma outra concepção ainda não bem definida. Isto ficava acentuado nas ‘elucubrações’ do mordomo do hospital:

Os atuais doentes acham-se todos em tratamento. Assinalo esta circunstância pela importância que ela exprime. Acresce que os morféticos, ultimamente recolhidos ao Hospital, declaram fazê-lo para se tratar, significando este procedimento que, mesmo nas camadas inferiores da sociedade, vai se formando a crença da curabilidade da moléstia ... Eu devo ser, e francamente sou, contra o contágio da morfêia... (Irmandade, 1904, p.78)

A argumentação para explicar a possibilidade de tratamento estava nas informações de trabalhos realizados por médicos estrangeiros e na idéia de usar os dados colhidos no próprio hospital, possibilitados pela ampliação das instalações: “[Blascko] Entende que a localidade, onde houver leproseria, não será infeccionada, visto o bacilo da lepra não viver fora do corpo humano ou, pelo menos, de algum animal, concluindo que a lepra evidentemente não se transfere com facilidade” (Irmandade, 1904, p.83). E prosseguia:

Dizia eu ... ser significativa a circunstância de estarem em tratamento todos os doentes no Hospital de Lázaros desta capital, o qual perdeu assim o caráter de asilo. Com essa transformação, o Hospital reclama algumas providências ou medidas de acordo com o seu novo destino. É, com efeito, necessário cercar o serviço clínico de outros cuidados e outras garantias, para produzir os frutos, que são de esperar. Alguma coisa séria ali se passa para que os doentes todos mantenham a mesma resolução de se tratar. (Irmandade, 1904, p.83-4)

De fato o Hospital dos Lázaros foi transferido para novo edifício, construído no bairro de Guapira, distrito de Santana, em 4 de setembro de 1904. Os relatórios atestam um intenso trabalho por parte do novo clínico do hospital. Os dados recolhidos sobre o regime dietético dos pacientes, sua higiene, as medicações e exames periódicos realizados e outros tipos de informações eram sistematizados como conhecimento sobre a doença. O procedimento do médico responsável pela Colônia de Guapira seguia uma abordagem investigativa, para conhecer e tratar os doentes internados:

Já iniciei e conto prosseguir sistematicamente no exame da urina dos doentes, a fim de observar como se executam neles as operações nutritivas, mais ou menos comprometidas pelo processo mórbido. Repetido periodicamente, este

exame me habilitará também a acompanhar as modificações dos atos da nutrição, influenciados pela terapêutica, pelo regime alimentar, e pela atividade funcional — por sua vez despertada pelas atuais condições físicas e morais dos doentes de ambos os sexos. Considero um dever clínico aproveitar aquele campo de observação para tais investigações e outros estudos. (Irmandade, 1905, p.92)

Outra mudança parecida se deu também com os doentes de tuberculose. A idéia era a construção de instalações especiais, não apenas para abrigar, mas para curar os tuberculosos (Irmandade, 1904, p.8). Vista a eterna precariedade das condições financeiras da Irmandade e a impossibilidade da construção de tais instalações, foram adiantadas algumas propostas de caráter paliativo. Propunha-se a reorganização das instalações da escola Externato Santa Cecília, do hospital e das suas enfermarias, a fim de se ampliar as instalações do hospital para o atendimento de tuberculosos. Assinam um documento nesse sentido o diretor clínico na época, Arnaldo Vieira de Carvalho, o engenheiro Ramos de Azevedo, chefe da comissão de obras, e o mordomo do hospital Alberto da Silva e Souza:²⁷

É preciso notar que todas estas indicações, relacionam-se intimamente com a questão da tuberculose, porquanto a promiscuidade atual, e a superlotação de nossas salas, impossibilitam a adaptação de qualquer medida que impeça a disseminação dos germens de Koch por todos os recantos do nosso hospital. (Irmandade, 1904, p.90)

O Externato foi, nesta ocasião, transferido para prédios alugados e transformado em enfermaria para tuberculosos como queriam os médicos, além de ser iniciada a construção de mais duas enfermarias.

Enquanto isso o Hospital estreitava bastante sua ligação com o governo estadual e recebia pagamento por serviços prestados. Em 1905 começou a receber pacientes do recém-inaugurado Instituto Pasteur, “que a pedido do governo do Estado, têm sido hospedados em nosso hospital, recebendo tudo quanto lhes foi necessário, inclusive remédios” (Irmandade, 1905, p.29).

O aumento de atendimento revertia no aumento dos trabalhos de diversos setores, como da farmácia, e a criação de outros tipos de serviços e técnicas, como a instalação de laboratórios, gabinete hidro-eletroterápico e pedidos de melhoria constantes das salas de alta e pequenas cirurgias, até a instalação de um gabinete de hidroterapia, realizado em 1906.

Paulatinamente outros serviços começavam a solicitar a ampliação de

suas atividades: a oftalmologia, que passava a atender grande número de casos de tracoma originados no interior do estado; a clínica médica, pedindo a instalação de necrotério e até mesmo a solicitação de instalação de uma escola de enfermagem. Sem contar pedidos dos serviços de cozinha, lavanderia, despensa e infraestrutura, como caldeiras e máquinas de maior porte, para fornecimento de vapor, além de procura por facilidades para utilização de outros tipos de combustíveis.

Quanto ao necrotério, por exemplo, o pedido foi de atenção para sua adequação ao conhecimento higiênico daquele momento, com a criação de ‘dependências precisas’ e adaptadas para aquele fim. O mesmo acontecia com a adequação dos outros serviços às conquistas da modernidade, como a cozinha: “Cozinha — Tem funcionado regularmente e da mesma forma, isto é, à lenha, mas tona-se preciso que tão importante serviço se faça por meio de gás ou vapor. Estando em estudo este novo melhoramento, é de esperar que não leve muito tempo...” (Irmandade, 1907, p.20).

O hospital realizava não apenas o tratamento para doentes internados, mas também ampliava o tratamento dito externo, ambulatorial, de doentes que não necessitavam internamento. Assim, pedidos de aumento do corpo médico acompanhavam o acréscimo da demanda por atendimento hospitalar e transformavam cada vez mais o Hospital em um estabelecimento de assistência plenamente constituído.

Essa mudança deveu muito à atuação do seu mais famoso diretor clínico, Arnaldo Vieira de Carvalho, personagem emblemático desse processo de ‘modernização’. A partir de 1891 a estrutura interna do hospital havia sido alterada. Joaquim José Vieira de Carvalho, participante da irmandade e pai do médico contratado Arnaldo Vieira de Carvalho, propôs, em 4 de outubro de 1891, a criação do cargo de médico diretor da Irmandade da Misericórdia, inexistente até aquele período. O cargo teria amplos poderes para organizar a contratação de médicos para os serviços do hospital, ações que até aquele momento eram de exclusiva competência do Mordomo do Hospital, cargo exercido por alguma personalidade leiga do meio social. A descrição de algumas das funções do novo cargo dão uma idéia aproximada da amplitude dos seus poderes:

[Ao diretor clínico] ... incumbirá dirigir e fiscalizar o serviço das clínicas e da farmácia; inspecionar as enfermarias e reclamar as providências precisas sobre a higiene dos estabelecimentos a cargo desta Irmandade; propor à Mesa ou ao Provedor a nomeação dos médicos para as diferentes clínicas; organizar de acordo

com o respectivo Mordomo o regulamento do serviço interno para os estabelecimentos desta Irmandade. Sessão de 4 de outubro de 1891, p.10, Livro n.7. (Citado em Carneiro, 1986, p.418)

No mesmo momento, a Mesa votava a nomeação do médico Carlos José Botelho,²⁸ responsável por uma das primeiras casas de saúde particulares de São Paulo, como primeiro diretor clínico do hospital: “A partir daí todo o trabalho fica a cargo do diretor-clínico”. O próprio Carlos Botelho indicou a inclusão do cargo de vice-diretor, e o primeiro nome proposto e aceito foi o do médico Arnaldo Vieira de Carvalho, também no cargo de diretor do Instituto Vacinogênico. Alterava-se também a função do médico interno, que passou a residir no hospital.

Em 6 de maio de 1894 o diretor clínico Carlos Botelho pediu exoneração, e o vice assumiu a direção dos serviços. A Mesa tomou conhecimento das novas funções de Arnaldo e o indicou como diretor clínico definitivo, com poderes cada vez mais amplos para gerir o Hospital.

Arnaldo Vieira de Carvalho logo tomou medidas para criar uma nova regulamentação dos serviços, conseguindo sua aprovação, com modificações, em 23 de setembro de 1894. Pelo regulamento, fica evidente a procura por uma organização mais definida para as funções médicas e maiores poderes para o diretor clínico, além da busca por ampla liberdade de comando nas clínicas e autonomia nas enfermarias para os seus chefes.

Depois disso Arnaldo propõe enfaticamente, em novembro de 1894 e abril de 1895, a contratação de novos médicos para os serviços do hospital. Foram nomeados nesse momento para chefes de clínica Candido Espinheira, Luis de Faria Rocha, L. Amarante Cruz, Ataliba Florence, Alfredo Medeiros e Gualter Pereira; Diogo de Faria, Vital Brazil e Nicolau Soares do Couto, para adjuntos.²⁹

A assistência realizada pelo Hospital da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo passava cada vez mais a se aproximar da função de prestadora de serviços para o Estado e para entidades particulares. Mesmo a procura espontânea pelo atendimento hospitalar serve para configurar o exercício de uma função pública. Isso colocava o hospital da Santa Casa como uma instituição bastante autônoma em relação a funções espirituais. Possuidora de uma grande representatividade na adoção de avanços e inovações médicas no período, o Hospital funcionava em grande sintonia com as demandas populacionais e em acordo com os órgãos governamentais ligados às questões de saúde, como o Serviço Sanitário do Estado.

Em comparação com o primeiro relatório de 1875, os demais, publicados a partir de 1900, diferem intensamente entre si, quando a própria cidade de São Paulo tinha já outra fisionomia. O aumento das atividades da Irmandade da Misericórdia estava intimamente ligado ao complexo crescimento urbano do estado. O atendimento à saúde era realizado no Hospital Central, como era denominado, e ao mesmo tempo em que se ressentia da explosão demográfica que ocorria no período, baseava nela a ampliação de sua competência, como fica visível nos relatórios desse período:

Os que visitarem as enfermarias, e interrogarem os enfermos, hão de verificar que ali são recebidos e tratados os enfermos não só da capital, como de todo o Estado. Fato natural; pois é evidente que um estabelecimento destes na Capital, será provido de mais abundantes recursos de toda ordem, maximé de especialistas de mais notória aptidão para o tratamento de todas as enfermidades.³⁰

Na conclusão dos dois primeiros relatórios, de 1901 e 1902, já no período republicano da Irmandade, a argumentação que se repetia era a da grande necessidade de renovar suas instalações, melhorar a quantidade de suprimentos e aumentar a arrecadação, visto o aumento considerável da população urbana, situada principalmente na capital paulista:

Ao tempo em que foi construído o hospital central da Santa Casa de Misericórdia a população d'esta capital; não podia exceder de 50.000 habitantes, e a do Estado todo não podia atingir a um milhão ... A população d'esta capital, na geral opinião, sobe hoje a mais de 200 mil habitantes, e a do estado a mais de dois milhões. (Irmandade, 1903, p.65)

O provedor de 1903, ex-governador José Alves de Cerqueira Cesar, terminava, ainda no mesmo relatório, exaltando a competência do corpo clínico, cujos trabalhos “nada deixam a invejar dos trabalhos mais aperfeiçoados dos países da mais estável civilização” (Irmandade, 1903, p.68).

Nos anos seguintes a reclamação constante continuava a ser a da insuficiência de leitos para abrigar todos os doentes, em razão do aumento ‘assustador’ do movimento, numa média de mais de 600 doentes por dia. (Irmandade, 1907, p.18).

A partir daí, verifica-se que as instalações da Santa Casa foram sendo ampliadas e alguns serviços criados. É importante para a proposta de modernização do atendimento a inauguração em outubro de 1909 do ‘Laboratório

Anátomo-Patológico', juntamente com o necrotério há muito solicitado. A cargo dos médicos Alexandrino Pedroso e Eduarque Marques, o laboratório foi detalhadamente montado com diferentes tipos de microscópio e ultra-microscópio, estufa, autoclave, esterilizador, incubadora, centrífuga, vidraria, material químico, coleção de peças histológicas, balanças e os mais diversos itens (Irmandade, 1909).

O laboratório foi inaugurado realizando poucos exames de autópsias, exames de peças cirúrgicas e análises químicas. No seu primeiro ano de funcionamento, 1910, fez ao todo 123 exames. Dois anos depois, em 1912, contava no relatório anual da provedoria um total de 2.840 exames. O espectro de exames incluía *Reações de Wassermann*, que detectavam tuberculose, e ampliava seu atendimento para exames clínicos diversos, como de escarro, fezes, urina, suco gástrico, hemocultura, difteria e histopatológicos, entre outros, num crescimento vertiginoso de especialidades (Irmandade, 1912).

As atividades médicas realizadas no hospital geral da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo acompanharam as transformações do mundo urbano paulista. Assim a assistência à saúde fazia sua entrada na condução dos problemas urbanos antes mesmo que os temas do sanitarismo e da urbanização fossem tomados como seus porta-vozes. Dali surgiram lideranças que se estabeleceriam em postos-chaves da administração republicana. Enquanto a própria profissão médica se reorganizava, assim como a forma de desempenhar atividades especializadas, a Santa Casa passava a constituir-se como um serviço de caráter público e assistencial, sendo cada vez mais requisitada para participar da reordenação do entorno social.

O médico e a sua ciência tornavam-se nesse contexto representantes da sociedade modernizada, seus mais novos cidadãos.³¹ Ao mesmo tempo em que correspondiam para consolidar a nova ordem, forneciam as bases para a construção do aparato institucional de ação sobre os problemas epidêmicos mais gritantes, que será a marca de São Paulo no concerto 'da nação' brasileira do começo do século XX. A cidade moderna nascia do padecimento. Integrar, assim, ciência e sociedade é uma forma de ver a história de São Paulo e do Brasil de um ponto de vista mais abrangente e plural e de retomar uma parte importante da história da saúde, aquela que ainda não se modernizou completamente.

NOTAS

¹ Este texto faz parte da tese de doutorado *O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933*. Departamento de História, FFLCH, USP, São Paulo, 2004.

² BRESCIANI, M. S. M. Metrôpoles: as faces do monstro urbano (as cidades no século XIX). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.5, n.8/9, set. 1984/abril 1985, p.35-68. Da mesma autora: Lógica e dissonância. Sociedade de trabalho: lei, ciência, disciplina e resistência operária. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.6, n.11, set. 1985/fev. 1986, p.7-44. Ver também um trabalho mais recente: Melhoramentos entre intervenções e projetos estéticos: São Paulo (1850-1950). In: BRESCIANI, M S. (Org.) *Palavras da cidade*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2001. p.343-63.

³ PECHMAN, Robert M. O urbano fora do lugar? Transferências e traduções das idéias urbanísticas nos anos 20. In: RIBEIRO, Luiz Cesar de Q.; PECHMAN, Robert. *Cidade, povo e nação*. Gênese do urbanismo moderno. São Paulo: Civilização Brasileira, 1996. p.331-62. Ver também na mesma coleção, LANNA, Ana Lúcia D. *A cidade controlada: Santos 1870-1913*. p.311-30.

⁴ CASTRO SANTOS, Luiz A de. A reforma sanitária ‘Pelo alto’: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados*, Rio de Janeiro, v.36, n.3, p.361-92, 1993.

⁵ IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*. São Paulo: Typographia de Jorge Seckler, 1876. 2.ed., 1909. p.42.

⁶ Esse tema foi abordado em diferentes aspectos por MESGRAVIS, Laima. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884)*. Contribuição ao estudo da Assistência Social no Brasil. Dissertação (Mestrado) — FFLCH, USP, São Paulo, 1972.

⁷ Em uma lista breve dos provedores da instituição entre 1882 e 1942 é possível ter uma idéia das personalidades envolvidas tanto com a casa de caridade como com a vida política do estado. Os provedores da Santa Casa entre 1882 e 1942 foram: Barão de Três Rios (1879-1880), Cônego J. J. Gonçalves de Andrade (1880-1886), Rafael Paes de Barros (1886-1889), Barão de Piracicaba (1889-1898), Barão de Tatuí (1890-1900), José Alves de Cerqueira Cesar (1900-1902), F. A. de Sousa Queiroz (1902-1917), Senador A. de Lacerda Franco (1918-1920) e Senador A. de Pádua Sales (1920-1942). Ver sobre o tema CAMPOS, Ernesto de Sousa. *Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo*, v.XLIV, 2ª parte, 1949, p.9-50.

⁸ Diversos e diferentes autores estudaram a Revolta da Vacina, que não será aqui avaliada. Vale no entanto lembrar que tal discussão pode ser acompanhada, por exemplo, nos trabalhos de CARONE, Edgar. *A República Velha*. Evolução política. São Paulo: Difel, 1971; SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina*. Mentis insanas em corpos rebeldes. São Paulo:

Brasiliense, 1984; e CARVALHO, José Murilo. *Os bestializados*. O Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

⁹ MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. De Michel de Foucault ver principalmente *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (Petrópolis: Vozes, 1977) e *Microfísica do poder* (Rio de Janeiro: Graal, 1979).

¹⁰ Tais como os livros de COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979; LUZ, Madel T. *Medicina e ordem política brasileira: 1850-1930*. Rio de Janeiro: Graal, 1982; RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar. A utopia da cidade disciplinar. Brasil, 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985; e CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo*. Juquery, a história de um asilo. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

¹¹ BENCHIMOL, Jaime. *Pereira Passos: um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria de Cultura, Turismo e Esportes, 1992.

¹² CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril*. Cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

¹³ FERREIRA, Luiz Otávio. Uma interpretação higienista do Brasil imperial. In: HEIZER, Alda; VEIDEIRA, Antonio A. P. *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001. p.207-24. Além desse, há livros e um número bastante grande de artigos publicados em diversos veículos que avaliam também a temática das transformações nos paradigmas médicos na história do país. Desses, é possível destacar principalmente: STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira*. São Paulo: Artenova/FOC, 1976; FERREIRA, José Leopoldo et al. *Instituto Adolfo Lutz, 100 anos de laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1982; BENCHIMOL, Jaime. Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v.2, n.1, mar.-jun., 1995, p.67-98; FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-1843). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v.6, n.2, jul.-out., 1999, p.331-51.

¹⁴ SANTOS, Luiz Antonio Castro. Estado e saúde pública no Brasil (1889-1930). *Dados*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, 1980, p.237-50; O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210 e *Power, ideology and public health in Brazil: 1889-1930*. Tese (PhD) — Harvard University, Cambridge, 1987. Ver também BLOUNT, John A. *The Public Health Movement in São Paulo, Brazil: a History of the Sanitary Service, 1892-1918*, Tese (Doutorado) — Tulane University, 1971.

¹⁵ RIBEIRO, Maria Alice R. *História sem fim...* Inventário da Saúde Pública. São Paulo 1880-1930. São Paulo: Ed. Unesp, s.d.; TELAROLLI JR., R. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Ed. Unesp, 1996; e HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. As bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpoc, 1998.

¹⁶ DIAS, Maria Odila da Silva. *Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX*. São Paulo: Brasiliense, 1984. p.9-10.

¹⁷ HOLANDA, Sérgio Buarque. *Raízes do Brasil*. Rio de Janeiro: Livr. J. Olympio, 1978. 12.ed. p.127.

¹⁸ Um dos primeiros a avaliar a ação da Santa Casa em São Paulo, em 1949, Ernesto de Souza Campos, lamentava a inexistência de documentação, inclusive a da fundação, por isso não é possível precisar com exatidão quando a instituição foi criada. O primeiro relatório que se tem da Santa Casa foi o do ano de 1875, publicado em 1876, aqui utilizado em sua 2ª edição de 1909. Por inferências de outros documentos, aquele autor situa a primeira menção à instituição em 1599 (CAMPOS, 1949, p.21). A existência de um hospital é ‘muito provável’ em 1608 (ibidem, p.15), porém, os registros de uma construção especialmente reformada para ser utilizada como hospital são de 1825. Esse hospital foi situado nas imediações da Chácara dos Ingleses. “Quatro anos mais tarde reconhecia-se que o novo hospital era insuficiente...” (ibidem, p.37), e em 1835 foram inauguradas novas instalações, o “Prédio da Glória”, na esquina da rua dos Estudantes, hoje bairro da Liberdade. Além do Hospital, a Santa Casa cuidava da Casa dos Expostos, para crianças abandonadas, e do Hospital dos Lázaros, criado em 1803 na Rua Álvares Penteado, mas cedido à Santa Casa em 1856. As primeiras irmãs de caridade vieram para a instituição em 1872. Em 1885 o hospital foi transferido para o local onde se encontra atualmente, “na grande quadra limitada pelas ruas Dona Veridiana, Jaguaribe, Cesário Mota e Marquês de Itu” (ibidem, p.38).

¹⁹ ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do império português. *História, Ciência, Saúde — Manguinhos*, v.8, n.3, set.-dez., 2001, p.591-611.

²⁰ COSTA, Emília Viotti. *Da monarquia à república: momentos decisivos*. São Paulo: Ed. Grijalbo, 1977. p.186.

²¹ Alguns trabalhos sobre a Santa Casa de São Paulo visam, sobretudo, ao estudo das assistências a crianças abandonadas, tais como: MESGRAVIS, Laima. A assistência à infância desamparada e a Santa Casa de São Paulo: a roda dos expostos no século XIX. *Revista de História*, jubileu-bis, ano III, n.103, 1975, p.401-23; e *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884): contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1977; MARCÍLIO, Maria Luíza. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e a assistência à criança abandonada no Brasil. São Paulo: Loyola; Cedhal; Cehila, 1993. Sobre a Santa Casa ver também: VOTTA, Raul. *A irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo nos primórdios de sua existência*. Contribuição para a história hospitalar de São Paulo. São Paulo: s.n., 1951; KHOURY, Yara A. (Coord.) *Guia dos Arquivos das Santas Casa de Misericórdia do Brasil* (fundadas entre 1500 e 1900). São Paulo: Imprensa Oficial, 2004. 2v.

²² Citado em CARNEIRO, Glauco. *O poder da Misericórdia: a Irmandade da Santa Casa na*

história social e política da cidade de São Paulo (1560-1985). São Paulo: Press Grafic, 1986. 2v. p.317.

²³ As indicações aos relatórios da Santa Casa serão referidos no corpo do texto com o ano de publicação e página a partir do primeiro impresso após 1876. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Relatórios apresentados à mesa conjunta — 1902*. São Paulo: Escola Typographica Salesiana, 1903. p.27. Informações relacionadas estão também no *Relatório apresentado ao cidadão Dr. Alfredo Pujol Secretário dos Negócios do Interior do Estado de S. Paulo pelo Dr. Antonio de Toledo Piza em 30 de setembro de 1895*. São Paulo: Typographia da Companhia Industrial de S. Paulo, 1896. p.151-5.

²⁴ A maioria dos atendimentos era de imigrantes, com 49,3 por cento do total fornecido para italianos, portugueses e espanhóis. Os brasileiros contabilizavam 44,4 por cento dos atendimentos realizados. Os demais, 6,3 por cento, eram de nacionalidades diversas, alemães e austríacos principalmente (IRMANDADE, 1907, p.27). A porcentagem apresentada nesse ano foi de 47,5 para medicina/clínica médica; 35,5 para cirurgia; e 16,9 para oftalmologia (ibidem, 1906). Naquele ano faleceram no hospital 10,8 por cento dos internados. A primeira causa de morte foi por diferentes tipos de tuberculose, com 21,3 por cento (ibidem, p.37-8).

²⁵ Dentre os doentes da Clínica Médica, removidos para outras instituições 9,6 por cento foram para o Hospital de Isolamento; 0,8 por cento para o Hospital do Juquery; 0,5 por cento para o Hospital dos Lázaros; e 3,0 por cento tuberculosos com altas a pedido do paciente. Num total de 14,9 por cento de transferências (Irmandade, 1907, p.32-6).

²⁶ Segundo CAMPOS, Ernesto de Souza (1949, p.29), foi o governador geral da capitania de São Paulo, Antônio José de Franca Horta, no período entre 1801 e 1811, quem instituiu o Hospital dos Lázaros e o Hospital Militar.

²⁷ A criação de um hospital para tuberculosos somente será realizada em 1933, com a construção do Hospital do Jaçanã, que terá como primeiro diretor o médico Lemos Torres, nesse período professor da Escola Paulista de Medicina. Ver SILVA, Márcia R. Barros da. *Estratégia da ciência: a história da Escola Paulista de Medicina (1933-1956)*. Bragança Paulista (SP): Ed. USE, 2003.

²⁸ Carlos José Botelho foi secretário dos Negócios da Agricultura, Comércio e Obras Públicas do estado de 1904 a 1908, no governo de Jorge Tibiriçá. Foi responsável pela reorganização da Escola Agrícola Luís de Queiroz e fundador da Agência de Colonização e Trabalho, que introduziu os primeiros imigrantes japoneses no Brasil.

²⁹ IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO. Livro de assentamento de funcionários, s.d.

³⁰ As enfermarias do hospital eram divididas entre: 1ª, 2ª e 3ª medicina de homens (97 leitos), 1ª e 2ª cirurgia de homens (74 leitos); oftalmologia (22 leitos) e tuberculosos (21 leitos); 1ª e 2ª cirurgia de mulheres (50 leitos), tuberculosos (21 leitos), medicina (45 leitos) e oftalmologia de mulheres (12 leitos); medicina de crianças (24 leitos), pavilhão de

pensionistas homens (15 leitos), pavilhão de pensionistas mulheres (15 leitos) e pavilhão de observações (3 leitos). Total de 390 leitos (IRMANDADE, 1903, p.66).

³¹ Para uma discussão mais aprofundada sobre ciência e sociedade ver o número especial da revista *OSIRIS*, com o tema Science and City. Para o caso aqui discutido consultar: WEINER, Dora B.; SAUTER, Michael J. The City of Paris and the Rise of Clinical Medicine. *Osiris: The History of Science Society*, 2nd series, v.18, p.23-42, 2003.