

**ANA LEONOR PEREIRA
JOÃO RUI PITA
(Eds.)**

**SABERES E PRÁTICAS EM TORNO DO ADOECER
DA ALMA E DO CORPO**

COIMBRA

**CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉCULO XX
DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA-CEIS20 / GRUPO DE HISTÓRIA E SOCIOLOGIA
DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA – GHSCT**

2013

Colecção:

Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História - séculos XVIII-XX

Directores:

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

A colecção “Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História – séculos XVIII-XX” pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 9

Nota:

Os textos publicados nesta obra são da responsabilidade dos autores.

FICHA TÉCNICA

Título: Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo

Eds: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Local: Coimbra

Edição: Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20

Ano de edição: 2013

Impressão: Pantone 4

ISBN: 978-972-8627-42-3

Depósito Legal: 320445/10



ÍNDICE

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
Introdução
5-6

Philip Rieder
Les pourvoyeurs de services médicaux, les pratiques de soins et le marché
thérapeutique sous l'Ancien Régime
10-22

Ana Teresa Peixinho
A doença no discurso queirosiano: quadros do mal da alma e do mal da nação
23-30

Rita de Cássia Marques; Anny Jackeline Torres Silveira;
Betânia Gonçalves Figueiredo
Patrimônio cultural da saúde: uma historia das instituições de saúde de Minas Gerais
31-38

Martha Eugenia Rodríguez
La Cátedra de Higiene en la Escuela Nacional de Medicina
de la Ciudad de México, 1900-1929
39-46

Ana Isabel Coelho Silva
A Saúde Pública em Portugal (1834-1926): da doutrina à prática.
O caso do distrito de Portalegre
47-56

Ismael Cerqueira Vieira
Lutar contra a tuberculose no Distrito de Coimbra
57-64

Maria Antónia Pires de Almeida
Epidemias no Porto em 1918: saúde e higiene na imprensa diária
em períodos de crise sanitária
65-72

Iranilson Buriti de Oliveira
Palmatória da Saúde, Estetoscópio da Educação: leitura, circulação
e recepção dos discursos médico-pedagógicos no Brasil (1919-1945)
73-80

Alexandra Esteves
Génese e institucionalização do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo
(1934-1960)
81-87

Aliete Cunha-Oliveira; José Cunha-Oliveira; Ilda Massano-Cardoso;
João Rui Pita; Salvador Massano-Cardoso
A história recente do VIH/sida em Portugal e os 30 anos de epidemia mundial
89-96

Tania Mara Galli Fonseca; Andresa Ribeiro Thomazoni
Biografemas de um acervo da loucura
97-104

Nota biográfica dos autores
105-106

INTRODUÇÃO

A obra colectiva *Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas que têm a história da medicina, da farmácia e das ciências da saúde como o tópico preferencial da sua actividade científica.

O livro abre com um estudo da autoria de Philip Rieder intitulado *Les pourvoyeurs de services médicaux, les pratiques de soins et le marché thérapeutique sous l'Ancien Régime*, um trabalho que analisa as transformações operadas no mundo médico entre os séculos XVI e XVIII, tomando como estudo de caso Genève. Este artigo, que aborda os trajectos terapêuticos, a medicalização e a profissionalização médica, dá-nos o rasto histórico do tema e funciona como ponte para a época contemporânea.

A problemática da higiene e da saúde pública na época contemporânea constitui o eixo principal desta publicação. Alguns textos têm como objectos instituições, o ensino da higiene, epidemias e práticas médicas nos campos da higiene e saúde pública nos séculos XIX e XX.

No domínio da história institucional assinala-se o estudo de Rita de Cássia Marques em colaboração com Anny Jackeline Torres Silveira e Betânia Gonçalves Figueiredo intitulado *Patrimônio cultural da saúde: uma historia das instituições de saúde de Minas Gerais* e o artigo de Alexandra Esteves intitulado *Génesis e institucionalização do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo (1934-1960)*. O ensino da higiene e a formação de profissionais para as questões sanitárias públicas é focado por Martha Eugenia Rodríguez em *La Cátedra de Higiene en la Escuela Nacional de Medicina de la Ciudad de México, 1900-1929*. As práticas médicas e as medidas higienistas são sublinhadas por diversos autores: Ana Isabel Coelho Silva no estudo *A Saúde Pública em Portugal (1834-1926): da doutrina à prática. O caso do distrito de Portalegre*; Maria Antónia Pires de Almeida no trabalho *Epidemias no Porto em 1918: saúde e higiene na imprensa diária em períodos de crise sanitária*; e Ismael Cerqueira Vieira no artigo *Lutar contra a tuberculose no Distrito de Coimbra*. Os discursos e as narrativas sanitárias, tanto do ponto de vista higiénico-pedagógico como do ponto de vista literário são o objecto dos textos de Iranilson Buriti de Oliveira, *Palmatória da Saúde, Estetoscópio da Educação: leitura, circulação e recepção dos discursos médico-pedagógicos no Brasil (1919-1945)* e de Ana Teresa Peixinho em *A doença no discurso queirosiano: quadros do mal da alma e do mal da nação*.

Assinala-se ainda o texto sobre um tema muito complexo da saúde privada e pública da actualidade, trabalho colectivo de Aliete Cunha-Oliveira, José Cunha-Oliveira, Ilda Massano Cardoso e Salvador Massano Cardoso, *A história recente do VIH/sida em Portugal e os 30 anos de epidemia mundial*. Particular atenção é igualmente devida ao trabalho de Tania Mara Galli Fonseca e de Andresa Ribeiro Thomazoni intitulado *Biografemas de um acervo da loucura* que aborda a criação em meio hospitalar de um espaço de criação artística.

Esta obra surge muito naturalmente na sequência das investigações e dos contactos estabelecidos ao longo de mais de duas décadas pelos coordenadores do livro e integra-se no âmbito do trabalho que vem sendo realizado no Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — CEIS20 desde a sua fundação em 1997 e institucionalização e financiamento pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, em 1998.

Além dos múltiplos artigos publicados pelos membros daquele grupo de pesquisa no âmbito da história das ciências em Portugal, este volume surge na sequência de um conjunto de obras colectivas no âmbito da história das teorias e práticas da saúde e das ciências da vida que os coordenadores do livro têm dirigido há vários anos e dos números 5 (2005) e 12 (2012) da revista *Estudos do Século XX*.

Entre as obras referidas sublinhamos *Egas Moniz em livre exame* (2000), *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época* (2006), *Rotas da Natureza. Cientistas, viagens, expedições e instituições* (2006) e dos diferentes volumes que congregam os textos apresentados nas *Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental* (2010 a 2012).

A presente obra contribui para o aprofundamento das identidades e das diferenças internacionais neste vasto campo historiográfico dos saberes e das práticas em torno do adoecer da alma e do corpo.

Por fim, sublinhe-se que este livro se integra na estruturação e na programação científicas do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra — CEIS20.

Ana Leonor Pereira; João Rui Pita
Professores da Universidade de Coimbra
Investigadores e Coordenadores Científicos do Grupo de História e Sociologia da
Ciência e da Tecnologia do CEIS20- Universidade de Coimbra

LES POURVOYEURS DE SERVICES MÉDICAUX, LES PRATIQUES DE SOINS ET LE MARCHÉ THÉRAPEUTIQUE SOUS L'ANCIEN RÉGIME ¹

Philip Rieder

Résumé

De nombreux travaux historiques portent sur les figures soignantes et sur leurs activités dans différentes institutions (hôpitaux, universités, instances de contrôle de la médecine, etc.). Force est de constater que toutes ces figures n'ont pas reçu le même traitement et que l'historiographie portant sur l'époque moderne (16^e au 18^e siècle) est peu systématique dans son approche. Pourquoi, par exemple, si peu d'attention a-t-elle été prêtée aux apothicaires ? L'objectif de cet article est double. Il s'agit d'abord d'offrir une vue d'ensemble de l'offre médicale pendant cette période à partir d'une étude réalisée sur la région de Genève. L'accent portera sur la complémentarité des acteurs et l'évolution de leurs pratiques dans le temps. Il s'agira ensuite de discuter les problèmes méthodologiques inhérents à l'écriture d'une histoire des figures médicales. Quel mode de narration adopter ? Comment jongler entre le niveau individuel et le niveau collectif, entre le particulier et le général ? En centrant l'attention sur le cas de Genève, il paraît fécond de rediscuter les concepts clés traditionnellement invoqués pour expliquer le fonctionnement et les transformations du monde médical (marché thérapeutique, médicalisation et professionnalisation), afin de mettre en exergue les transformations de l'offre médicale entre le 16^e et le 18^e siècle.

Introduction

L'histoire sociale de la médecine est un champ mûr qui propose une multitude de perspectives sur des pratiques sociales et médicales, sur des institutions et sur des groupes d'acteurs historiques. Le travail réalisé par des chercheurs actifs dans ce champ depuis plus de trente ans a entraîné une transformation non seulement de notre connaissance des figures historiques actives dans le domaine des soins, mais aussi de la genèse des professions de soignants et de la circulation des connaissances médicales, qu'elles soient fondées scientifiquement ou élaborées à partir d'autres bases conceptuelles. Le champ envisagé dans ces travaux est énorme et s'étend de l'Antiquité jusqu'au 21^e siècle. Un premier trait de cette littérature est particulièrement saillant quant on la compare à une autre tradition issue de l'histoire médicale, celle de l'histoire des idées. L'histoire sociale de la médecine se caractérise par l'attention marquée que prêtent ses auteurs à l'appartenance sociale des acteurs ; les activités des soignants sont pensées à partir de l'histoire du groupe social dans lequel chacun est placé. Les sources les plus régulièrement exploitées proviennent de fonds d'archives médicales. Le constat est trivial, mais les effets sont importants lorsqu'il est question de reconstituer des pratiques de soins : la littérature privilégie par défaut les sources produites par des professionnels de la médecine (et donc par les plus lettrés parmi ceux-ci), par des institutions médicales, par des corporations médicales ou par des instances de contrôle de la pratique. Par conséquent, l'historien travaille sur des documents rédigés par des médecins, des textes adressés à des soignants, des règlements et des archives d'institutions médicales, des registres corporatifs ou des procédures issues d'instances

¹ Cet article s'inscrit dans un projet de recherche subventionné par le Fonds National de la Recherche Scientifique (FNS 100011-107753/1) et mené à l'Institut d'histoire de la médecine et de la santé, Faculté de médecine, Université de Genève. Je remercie Christine Tourn pour sa participation à la récolte de données et son aide précieuse dans l'élaboration de l'article.

de contrôle ; il est plus rare de le voir s'intéresser sérieusement à d'autres types de documents (archives privées, archives notariées, juridictions ecclésiastiques, textes littéraires, etc.). Une conséquence indirecte de cet état des faits est de placer ce qui relève de la santé (et du corps) en marge d'autres domaines historiques et d'isoler les pratiques médicales qui y sont décrites d'autres réalités sociales.

Du foisonnement propre à l'histoire sociale de la médecine émergent de nombreux travaux sur les pourvoyeurs de soins à différentes époques historiques et dans de multiples lieux. Il est possible d'isoler deux inflexions qui conditionnent ceux qui portent sur les trois siècles qui mènent de la Renaissance à la Révolution¹. Une première tendance consiste à étendre le champ d'investigation au-delà de la figure du docteur en médecine que l'historiographie traditionnelle avait déjà mis à l'honneur. Ainsi, une série de travaux récents portent sur des soignants bénéficiant de formations pratiques, notamment les chirurgiens et les sages-femmes, dont les rôles historiques sont en voie de réévaluation². Une seconde orientation relève d'un intérêt manifeste pour ceux qui sont traditionnellement exclus de l'histoire,

¹ Voir PORTER, Roy, "The History of Medicine: Past, Present and Future", in *Skrifter. Institutionen For Ide-Och Lärdomshistoria*, Uppsala: Uppsala Universitet, vol. 3, 1983, 23 p. ; JORDANOVA, Ludmilla, "The social construction of Medical Knowledge", in *Social History of Medicine*, vol. 8, no. 3, p. 361-381 ; FAURE, Olivier, "Des médecins aux malades: tendances récentes en histoire sociale de la santé", in LAGREE, Michel ; LEBRUN, François (éds), *Pour l'histoire de la médecine. Autour de l'oeuvre de Jacques Léonard*, actes de la journée d'études organisée le 9 janvier 1993 par le Groupe de recherche en épistémologie et histoire de la médecine (G.R.E.H.M., Université de Paris XII); sous la direction de Jacques Poirier, de Claude Bénichou et de Claude Langlois, Rennes : Université de Rennes, 1995, 117 p., p. 315-27.

² Sur les chirurgiens voir notamment GELFAND, Toby, *Professionalizing Modern Medicine. Paris Surgeons and Medical Science and Institutions in the 18th century*, Westport ; London : Greenwood Press, 1980 (*Contributions in Medical History*, vol. 6, xviii, 271 p. ; MCCRAY BEIER, Lucinda, *Sufferers and Healers*, London ; New York : Routledge ; Kegan Paul, 1987, X + 314 p. (Social & economic history series), p. 51-95 ; PELLING, Margaret, "Appearance and reality: barber-surgeons, the body and disease," in BEIER, A. L. ; FINLAY, Roger (éds), *London 1500-1700. The making of the metropolis*, London ; New York : Longman, 1986, X + 236 p. , p. 82-112, PELLING, Margaret, "Occupational diversity: Barbersurgeons and the trades of Norwich, 1550-1640", in *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 56, Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1982, p. 484-511 ; SANDER, Sabine, *Handwerkschirurgen : Sozialgeschichte einer verdrängten Berufsgruppe, Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1989, 383 p. (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, vol. 83). Sur les sages-femmes, voir GELIS, Jacques, *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie*, Paris : Fayard, 1988, ; GRUNDY, Isobel, "Sarah Stone: Enlightenment Midwife," in PORTER, ROY (éd), *Medicine in the Enlightenment*, Amsterdam ; Atlanta, Ga : Rodolphi, 1995, X + 399 p. (Clio medica ; 29, p. 128-144 ; ANDREANI, Roland, MICHEL, Henri et PELQUIER, Elie (éds), *Naissance, enfance et éducation dans la France méridionale du XVIe au XXe siècle : actes du colloque des 15 et 16 mars 1996 organisé par le Centre d'histoire moderne et contemporaine de l'Europe méditerranéenne et de ses périphéries (XVIe-XIXe siècles) : hommage à Mireille Laget*, Montpellier : Université Paul-Valéry, 1999 ; LAGET, Mireille, *Naissances. L'accouchement avant la clinique*, Paris : Editions du Seuil, 1982, 346 p. ; MARLAND, Hilary (éd), *The Art of Midwifery. Early Modern Midwives in Europe*, London : Routledge, 1993, XVI + 234 p. ; TATLOCK, Lynne (éd), *The Court Midwife. Justine Siegemund*, Chicago ; London : The University of Chicago Press, 2005, XXXI + 360 p. ; THIS, Bernard, *Requête des enfants à naître*, Paris : Seuil, 1982, WILSON, Adrian, ed., *The Making of Man-midwifery : childbirth in England, 1660-1770*, 239 p. : ill. vols. (Cambridge : Harvard Univ. Press, 1995) ; GELIS, Jacques, LAGET, Mireille et MOREL, Marie-France, *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris : Gallimard/Julliard, 1978 (Archives). Sur les groupes de praticiens établis, voir DINGWALL, Helen M., *Physicians, surgeons and apothecaries : medicine in seventeenth-Century Edinburgh*, East Lothian : Tuckwell Press, 1996, 262 p. ; GUY, John R., "The Episcopal Licensing of Physicians, Surgeons and Midwives", in *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 56, Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1982, p. 526-542 ; RUGGIERO, Guido, "The status of physicians and surgeons in Renaissance Venice", in *Journal of the history of medicine and allied sciences*, Oxford : Oxford University Press, vol. 36, no. 2, 1981, p. 168-184.

les acteurs peu célèbres, peu lettrés et peu connus : les praticiens irréguliers, empiriques ou charlatans, jusqu'à récemment dépeints avec les traits que leur prêtaient les docteurs, ont suscité une certaine attention menant à une révision fondamentale de leur image historique¹. Cet élan en faveur des oubliés de l'histoire de la médecine s'est étendu jusqu'à susciter des travaux autour d'une figure encore moins visible, le patient, un acteur apparemment sans histoire qui s'est révélée, étonnamment, être plus qu'une figure passive².

Au fur et à mesure de ces transformations, l'histoire sociale de la médecine a été enrichie par d'autres thématiques, parmi lesquelles figurent l'histoire de la relation thérapeutique, du rapport des soignants avec l'argent, de l'éthique médicale, de la politique sanitaire, de la médecine des femmes, de la vulgarisation médicale, de celle des relations entre soignants, des institutions médicales, etc. Ces chantiers s'inscrivent pourtant, tout comme les livres centrés sur les acteurs, dans des contextes géographiques bien spécifiques. Et c'est là une autre particularité de l'histoire sociale de la médecine qui résulte en grande partie du caractère régional des sources mises à contribution : le développement de l'historiographie est foncièrement comparatiste. Étudier les instances régulatrices des pratiques médicales à Londres, par exemple, permet de révéler un fonctionnement similaire, mais dissemblable de celui qui peut être observé à Bologne³. Le monde médical décrit dans ces livres est ainsi bien souvent celui d'une ville ou d'une région⁴. Le principe transcende bien sûr le seul thème du contrôle des pratiques et pourrait être évoqué dans le contexte de l'histoire des métiers établis, de l'histoire des patients, de celle des soignants empiriques, etc.

¹ Parmi d'autres : RAMSEY, Matthew, *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830 : The Social World of Medical Practice*, Cambridge ; New York [etc.] : Cambridge University Press, 1988, XVII + 406 p. (Cambridge History of Medicine) ; PORTER, Roy, *Quacks, Fakers and Charlatans in English Medicine*, Stroud ; Charleston : Tempus Publishing, 2001 (1^{er} édition 1989), 254 p. ; GENTILCORE, David, *Medical Charlatanism in Early Modern Italy*, Oxford : Oxford University Press, 2006, XII + 426 p.

² PORTER, Roy; PORTER, Dorothy, *In Sickness and in Health. The British Experience 1650-1800*, London : Fourth Estate, 1988, 324 p. ; DUDEN, Barbara, *The Woman Beneath the Skin*, traduit de l'allemand par Thomas Dunlap, Cambridge Mass. ; London : Harvard University Press, 1991 (1^{ère} éd. Allemande 1987), VIII + 241 p. ; DINGES, Martin (éd.), *Patients in the History of Homeopathy*, Sheffield : European Association for the History of Medicine and Health Publications, 2002, XIII + 434 p. ; FAURE, Olivier (éd.), *Praticiens, Patients et Militants de l'Homéopathie (1800-1940 : actes du Colloque franco-allemand, Lyon, 11-12 octobre 1990)*, Lyon : Presses Universitaires de Lyon & Boiron S. A., 1992, 242 p. (traduction par François Laroche); STOLBERG, Michael, *Homo patiens: Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*, Cologne, [etc.] : Böhlau Verlag, 2003, 303 p. ; Rieder, Philip, *La figure du patient au XVIII^e siècle*, Genève, Droz, 2010, 586 p. Pour un aperçu historiographique, voir WOLFF, Eberhard, "Perspectives on Patients' History: Methodological Considerations on the Example of Recent German-speaking Literature", in *Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine*, Waterloo : Wilfrid Laurier University Press & SCHM, vol. 15, no. 1, 1998, p. 207-228 ; RIEDER, Philip, "'L'histoire du 'patient'" : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale?" in *Gesnerus*, Bâle : Schwabe & Swiss Society of the History of Medicine and Sciences, vol. 60, no. 3/4, 2003, p. 260-271 ; Condrau, Flurin, "The Patient's View Meets the Clinical Gaze", *Social History of Medicine*, vol. 20, no. 3, p. 525-540.

³ Comparer par exemple POMATA, Gianna, *Contracting a cure. Patients, Healers, and the Law in Early Modern Bologna*, Baltimore ; London : Harvard University Press, 1998 (1^{ère} éd. italienne 1994), XVII + 294 p. et PELLING, Margaret, *Medical Conflicts in Early Modern London*, Oxford : Clarendon Press, 2003, 450 p., (Oxford Studies in Social History).

⁴ MARLAND, Hilary, *Medicine and society in Wakefield and Huddersfield, 1780-1870*, Cambridge ; New York etc.: Cambridge University Press, 1987, XXIII + 503 p.(Cambridge history of medicine) ; PARK, Katherine, *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*, Princeton : Princeton University Press, 1985, VIII + 298 p. ; COOK, Harold, *The Decline of the Old Medical Regime in Stuart London*, Ithaca : Cornell University Press, 1986, 310 p. ; Gentilcore, David, *Healers and healing in early modern Italy*, Manchester [etc.], Manchester University Press, 1998, 240 p.

Le survol est rapide et orienté. De nombreuses questions méritent d'être soulevées. Au premier chef figure la chronologie : quelles sont les variables qui permettent de rendre compte des transformations observées au sein des groupes considérés ? Mais d'autres interrogations plus terre-à-terre surgissent. Pourquoi, par exemple, si peu d'attention a-t-elle été prêtée aux apothicaires ? Tout comme le chirurgien, l'apothicaire a souffert du statut de l'étiquette de professionnel non universitaire et son image historique est bien souvent réduite à celle d'un boutiquier exécutant servilement les ordonnances des docteurs médecins¹. La production de l'histoire sociale de la médecine est ainsi peu systématique dans son approche. Par ailleurs, la vie sociale étant par définition faite de rencontres, de gestes, d'attitudes et de pratiques, demeure peu facile à reconstituer. Schématiquement dit, les recherches se focalisent sur des logiques narratives et s'intéressent à des trames sensationnelles. N'est-il pas plus porteur, voire plus aisé, de décrire des accidents, des mésententes et des désaccords (par exemple entre soignants et clients) que de mettre en valeur la banalité du quotidien ? La finalité des pages qui suivent est de reconsidérer les articulations de l'histoire des acteurs des soins tels qu'ils émergent de cette littérature historique, afin de reconsidérer les variables à même d'expliquer l'évolution historique de l'ensemble du monde médical. Autrement dit, il s'agit de s'interroger sur la possibilité de considérer l'offre médicale dans son ensemble. Une histoire des acteurs de la santé, pris dans un sens large, est-elle possible ?

Différents auteurs ont cherché des solutions méthodologiques à ces questionnements. La logique régionale propre à l'histoire sociale pourrait inciter à multiplier les travaux sur les mêmes objets (la gestion corporative, les charlatans, les chirurgiens, etc.) placés dans des contextes et des régions différents. La dynamique de la recherche, quoique comparatiste, n'est fort heureusement ni aussi systématique, ni aussi répétitive². D'autres voies méthodologiques ont été tentées pour sonder les modalités propres à la gestion sociale et culturelle des soins et proposer une chronologie sur la longue durée. La première, la plus évidente et la plus téméraire, est celle d'élargir les limites de la région et de proposer une synthèse embrassant un espace géographique plus conséquent. Les seuls à avoir exploré cette voie avec quelque succès sont Colin Jones et Lawrence Brockliss dans leur monumental « *The Medical World of Early Modern France* »³. Le résultat permet de saisir des traits communs à l'organisation de l'offre des soins en France, dans différentes villes françaises, et leur évolution au cours de l'époque moderne. On peut citer, parmi les réalités mises à jour dans cet ouvrage, la tendance toujours croissante au 17^e et 18^e siècles des corporations locales à contrôler elles-mêmes la qualité des formations des soignants. La vue d'ensemble esquisse les transformations des savoirs médicaux et du fonctionnement des soins au niveau d'un royaume. Elle révèle, dans un seul panorama, la dynamique des lieux de formation, la mise en place de règlements, les théories médicales dominantes à chaque moment historique, etc. La perspective qu'offre une telle synthèse apporte des informations générales sur le cadre dans lequel prennent place les formations des acteurs, la commercialisation des

¹ Il est vrai que cette figure a suscité de nouvelles recherches récemment : GENTILCORE, David, "The World of the Italian Apothecary. Apothecaries, "Charlatans", and the Medical Marketplace in Italy, 1400-1750", in *Pharmacy in History* 45, no. 3, Madison : American Institute of the History of Pharmacy, 2003, p. 91-94 ; WALLIS, Patrick, "Consumption, Retailing, and Medicine in Early Modern London" in *Economic History Review*, Vol. 61, No. 1, 2008, p. 26-53.

² L'utilité des comparaisons est reconnue, quoique peu de travaux sont ouvertement comparatistes: Löwy, Ilana, "The Social History of Medicine : Beyond the Local", in *Social history of medicine*, vol. 20, no. 3, p. 465-481.

³ BROCKLISS, Laurence, JONES, Colin, *The Medical World of Early Modern France*, Oxford : Clarendon Press, 1997, XVIII + 960 p.

commodités médicales, etc. Elle tend aussi à prendre une certaine distance des pratiques, trop nombreuses et trop variées pour être intégrées dans le survol.

La seconde voie exploitée, la plus exigeante méthodologiquement, consiste à choisir une autre échelle d'étude, ou, pour le dire plus simplement, de focaliser l'attention sur un acteur et de se servir de ce prisme pour caractériser la pratique médicale à une époque donnée. Jean-Pierre Goubert a réalisé une étude pionnière sur la pratique médicale du médecin Louis Marie Lavergne (1756-1831) dans le contexte social et médical breton ; Harold Cook a su retracer la carrière du médecin Joannes Groenevelt (1648-1716), mettant en valeur les spécificités de sa pratique, ses compétences médicales et chirurgicales ainsi que ses interactions avec la scène médicale londonienne et ses démêlés avec les tenants de l'orthodoxie médicale qui y était pratiquée ; Jacalyn Duffin a reconstituée patiemment la pratique médicale du médecin James Miles Langstaff (1825-1889) dans le contexte professionnel et social nord américain où ce dernier a oeuvré¹. Ces éclairages ont le mérite de mettre en valeur à la fois un pan de vie médicale, de suggérer ce que pouvait être la norme dans la pratique médicale à l'époque correspondante, mais aussi les stratégies déployées et les innovations introduites dans les espaces et au cours des périodes couverts. L'apport de ces études, basées notamment sur les documents personnels et professionnels des soignants, est irremplaçable au niveau de la profondeur de l'éclairage. Il est complété par une série de travaux plus modestes, moins systématiquement biographiques, et basés sur les pratiques particulières et articulés autour de questionnements sur le rapport entre la pratique et la théorie médicale, ou la pratique et la thérapeutique².

En somme, la première solution méthodologique incite à se servir d'une longue-vue, la seconde à recourir au microscope. La troisième voie, celle proposée ici, vise à combiner les avantages des deux points de vue. Son principal atout est de proposer une chronologie sur la longue durée toute en restant proche des pratiques. L'objectif est d'approfondir la qualité des connaissances sur les pratiques médicales attestées en un seul lieu plutôt qu'à élargir l'espace géographique considéré. Il s'agit de repositionner les acteurs d'un espace géographique confiné (les malades, les empiriques, les médecins, les charlatans, les chirurgiens, les clercs, les apothicaires, etc.) dans le cadre (idéologique, culturel, social) qui leur est propre afin de mettre en évidence les variables qui expliquent l'évolution des pratiques et permettent de penser leur histoire. Cette approche s'appuie sur une série de travaux qui s'articule autour de la notion de marché thérapeutique, un concept récurrent dans l'histoire sociale de la médecine des trente dernières années. Décliné le plus souvent en anglais, la notion de *medical marketplace* a été développée dans les années 1980 par Harold Cook et affinée entre autres par Margaret Pelling³. Les multiples usages du terme, traduit en français par la formule « marché thérapeutique » en ont fait un concept flou et polymorphe. Ses faiblesses principales sont de suggérer que tous les acteurs sont égaux, qu'il n'y aurait pas de distinction entre l'automédication et les soins rémunérés, voire encore que le monde des

¹ GOUBERT, Jean-Pierre, *Médecins d'hier, médecins d'aujourd'hui. Le cas du Docteur Lavergne (1756-1831)*, Paris : Publisud, 1992, 249 p. ; COOK, Harold J., *Trials of an ordinary doctor : Joannes Groenevelt in Sventeenth-Century London*, Baltimore ; London: The Johns Hopkins University Press, 1994, 301 p. ; DUFFIN, Jacalyn, *Langstaff: A Nineteenth-century Medical Life*, Toronto [etc.], University of Toronto Press, 1993, 383 p.

² Par exemple : DIETRICH-DAUM, Elisabeth; DINGES, Martin; JÜTTE, Robert et ROILO, Christine (éds), *Arzpraxen im Vergleich : 18.-20. Jahrhundert*, Innsbruck [etc.] : Studienverlag, 2007, 364 p. ; HELM, Jürgen et WILSON, Renate (éds), *Medical Theory and Therapeutic Practice in the Eighteenth Century : A Transatlantic Perspective*, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 344 p.

³ COOK, Harold, *The Decline of the Old Medical Regime...*, *op. cit.* ; PELLING, Margaret, *Medical Conflicts...*, *op. cit.*

soins d'Ancien Régime serait régi par une idéologie purement libérale¹... Nonobstant ces travers et les dangers méthodologiques qu'ils impliquent, la notion de marché thérapeutique demeure utile étant donnée sa capacité à permettre d'envisager les pratiques médicales non pas en fonction de la supériorité ou de l'infériorité des prestations d'un praticien par rapport à un autre, de la plus grande justesse d'un savoir par rapport à un autre, mais en fonction d'une dynamique de l'offre de services médicaux dans un espace donné et structuré : les soignants de tous horizons auxquels s'adresse le patient peuvent être envisagés en tant que pourvoyeurs de services et donc sur un même pied. L'approche facilite l'élimination des *a priori* avec lesquels les différents soignants sont le plus souvent considérés². C'est en fin de compte la primauté qui est donnée à l'avis du patient qui confère au monde médical son aspect libre, mais cette liberté n'est pas absolue comme nous le verrons par la suite. Pour l'heure, retenons qu'au-delà de sa capacité à rendre compte de la marge de manoeuvre du malade dans le choix de son soignant, le marché-thérapeutique présente également l'avantage de conceptualiser la dimension géographique du monde médical. Du point de vue de l'intérêt des pratiques médicales étudiées, la nature du lieu n'a, théoriquement, que peu d'importance et le choix du cadre géographique se limite à s'assurer qu'il comprend des praticiens comme des malades. Par contre, les déplacements dans l'espace des acteurs – ceux des soignants et des malades – sont limités par les moyens de transport préindustriels. La plupart des voyages se font à pied ; seuls les soignants les plus aisés peuvent se permettre le cheval ou la voiture.

Pour poursuivre cette réflexion, il faut arrêter un lieu précis. Celui choisi pour servir de cadre ici est le territoire de la République de Genève au cours de l'Ancien Régime. C'est un lieu d'habitat dense. La République est alors enserrée dans les remparts de la ville de Genève, et ne contrôle que quelques arpents de terrain au-delà des murailles – un archipel de terrains repris de l'évêque de Genève par la République au XVI^e siècle – l'essentiel du territoire jouxtant la ville dépendait soit du duc de Savoie soit du roi de France³. Dans le cadre de recherche ainsi défini, il s'agit d'aller au-delà des sources médicales les plus évidentes pour sonder des sources politiques, ecclésiastiques et privées afin de révéler les traces les plus fidèles des rapports existant entre la médecine orthodoxe et la médecine domestique, entre les praticiens académiques et les soignants empiriques, etc. Le travail de repérage a révélé que les sources les plus fécondes pour aborder ces problématiques, outre les sources corporatives, sont les registres du Conseil, les registres du Consistoire, la correspondance privée et les actes notariés⁴. C'est dans ce type de documents que se récoltent les données sur des domaines aussi variés que la formation (contrats d'apprentissage, titres universitaires), les boutiques (inventaires après décès, testament), le contrôle exercé par les autorités et les soins prodigués (Registres du Conseil et du Consistoire). Ces fonds informent tant sur les pratiques courantes, sur les modalités permettant de distinguer une pratique médicale admissible d'une pratique scandaleuse, des activités des soignants agrégés dans la corporation de celles des praticiens irréguliers, que sur les valeurs inhérentes aux attentes de tous les

¹ Pour une analyse historiographique de la notion de marché thérapeutique, voir Jenner, Mark S. R. et Wallis, Patrick, "The Medical Marketplace", in Jenner, Mark S. R. et Wallis, Patrick (éd.), *Medicine and the market in England and its colonies, c.1450-c.1850*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2007, p. 1-23.

² Voir à ce propos : RIEDER, Philip, "Médecins et patients à Genève: offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne", in *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, Paris : Belin, Société d'Histoire moderne et Contemporaine, vol. 52, no 1, 2005, p. 39-63.

³ GEISENDORF, Paul-F., "D'une explication historique du paysage genevois", in *Genava*, 1963, vol. XI, p. 497-503.

⁴ Conservés aux Archives d'Etat de Genève [désormais A.E.G.].

acteurs présents sur le marché thérapeutique. Un survol rapide du chantier permet de brosser à grands traits un récit articulé autour des acteurs.

Acteurs classiques¹

Dans les rangs mêmes des acteurs classiques que sont les médecins, les chirurgiens et les apothicaires, ces documents mettent en scène une grande variété de profils. Aucun de ces regroupements de praticiens ne constitue un groupe homogène et imperméable, à commencer par les médecins. Avant la création de la Faculté de médecine genevoise en 1876, les médecins ou « docteurs médecins » pratiquant à Genève étaient formés dans une académie étrangère². Au cours des siècles précédents, notamment au 16^e et au 17^e siècle, les médecins ne possèdent pas systématiquement un doctorat. En l'absence d'une corporation médicale forte, c'est d'abord le Petit Conseil, instance politique et judiciaire suprême de la République genevoise, qui leur décerne l'autorisation de pratiquer sur examen ou sur recommandation. Au 16^e siècle, un grand nombre de médecins est originaire de l'étranger et ne s'établit à Genève qu'ensuite des guerres de religion et du 1^{er} Refuge. Le corps médical du 17^e siècle, par contre, est presque exclusivement autochtone, l'accès aux métiers médicaux incorporés étant alors réservé aux seuls bourgeois de Genève, et ce statut devient de plus en plus onéreux à acquérir à mesure que le temps passe. Dans un même temps, la possession du doctorat se systématise et la corporation (ou *Faculté de Médecine*) se fortifie. La multiplication des petites universités où le grade est réputé facile à décrocher, telle Valence, incite cette même corporation à instaurer, dans les années 1690, un examen professionnel³. Vers 1740, malgré la mise en place progressive de formations cliniques en marge des cursus universitaires, cet examen professionnel sera maintenu⁴. Au cours de l'Ancien Régime, une moyenne de six à dix « docteurs médecins » exerce à Genève, ville d'environ vingt mille habitants. Seule une tranche particulièrement aisée de la population consulte régulièrement les médecins. Les autres membres de la communauté, ne peuvent recourir à leurs services que ponctuellement, profitant à l'occasion de soins gratuits que la Seigneurie ne cesse d'encourager⁵, voire des soins donnés par des médecins attachés à l'Hôpital Général. Un faisceau d'indices suggère que le revenu provenant de soins médicaux – notoirement bons marché à Genève - ne constitue qu'une partie du revenu de ces hommes : les docteurs médecins bénéficient le plus souvent, les sources notariées

¹ Voir GAUTIER, Léon, *La médecine à Genève jusqu'à la fin du dix-huitième siècle*, réimpression de l'édition originale de 1906 augmentée d'un avant-propos de Jean Starobinski et d'une introd. de Micheline Louis-Courvoisier et Vincent Barras), Chêne-Bourg : Georg, 2001, XIX + XV + 696 p. (Bibliothèque de l'Histoire de la Médecine et de la Santé).

² Voir à ce propos : RIEDER, Philip, *Anatomie d'une institution médicale : la Faculté de médecine de Genève (1876-1920)*, Genève : Médecine&Hygiène ; Lausanne : Bibliothèque d'histoire de la médecine, 2009, p. 51-93.

³ 1680-1740, 80% étudient à Valence, puis la majorité à Montpellier. Dès 1740 environ, les stages cliniques deviennent plus importants dans les universités. RIEDER, Philip, « Médecins et patients... », *op. cit.*, p. 57.

⁴ Voir ZANIER, Sonia, « Genève se fait honneur : la première société des médecins de Genève (1713-1716) », in Fantini, Bernardino, *Actes du colloque en l'honneur de J.-J. Dreifuss*, (sous presse). Pour la progression de l'importance des études cliniques à cette époque, voir KEEL, Othmar, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815. Politiques, institutions et savoirs*, Genève ; Montréal : Georg & Les Presses de l'Université de Montréal, 2001, 542 p. (Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé).

⁵ Les premières Ordonnances médicales (1569) art. 8 stipulent que « chacun Médecin soit tenu visiter les povres malades du quartier auquel il habitera, estant requis par aumosne », in GAUTIER, Léon, *La médecine à Genève....*, *op. cit.*, p. 613. Pour un exemple, voir aussi A.E.G., *Registre du Conseil* (désormais : R.C.) 85, 3.06.1590, f.149.

l'attestent, d'autres entrées d'argent, notamment les loyers de fermes ou de terres. La pratique de la médecine est une activité respectable pour un homme issu d'une famille genevoise enrichie par le commerce ou l'industrie et non pas systématiquement un gagne pain. Les médecins genevois, comme leurs confrères d'autres villes, collaborent étroitement avec les autorités politiques, fournissant des avis en temps de peste, des conseils pour les maladies des animaux, ou encore des avis sur les modes médicales et les moyens de prévention. A travers le temps, certains se distinguent par leurs publications, notamment Théophile Bonet, l'auteur d'une oeuvre mettant en évidence les rapports entre les symptômes dont souffraient les malades et les observations faites à l'ouverture des cadavres, Le Clerc et Manget auteurs d'un ouvrage encyclopédique sur l'anatomie, etc. Outre leurs spécificités intellectuelles, les médecins genevois jouent un rôle politique peu conséquent et se contentent, le plus souvent, de répondre aux questionnements qui leur sont adressés par l'autorité politique. Un changement intervient à partir de 1750 ensuite d'une augmentation du nombre de praticiens et d'une transformation de leur formation : les étudiants en médecine de cette période se déplacent vers des centres intellectuels diffusant le programme médical des Lumières (Edimbourg, Leyde, Montpellier) et passent un temps considérable à parfaire leurs connaissances cliniques dans les centres les plus novateurs du moment (Edimbourg, Londres, Paris, Vienne). L'impulsion donnée par cette génération de médecins est conséquent et peut-être perçue au mieux à travers l'étude détaillée du membre le plus actif de ce groupe, Louis Odier (1784-1817). Odier est un praticien brillant et se trouve être la cheville ouvrière des prises de positions professionnelles des médecins genevois de cette époque. L'étude de ses écrits personnels offre un aperçu de la perspective que pouvait être celle d'un jeune médecin ambitieux vers 1770 et permet de reconstruire la dynamique qui incite le petit groupe de médecins genevois (ils sont 16 en 1773) à trouver une nouvelle autonomie corporative, à dessiner de nouveaux rapports avec les décideurs, à réduire la tolérance dont bénéficient les irréguliers et à transformer la ville en centre médical à part entière, et, *last but not least*, bâtir une posture médicale nouvelle¹.

Cette effervescence, dont l'importance doit être nuancée au vue d'un succès plutôt limité, témoigne de visées professionnelles et économiques évidentes et ne touche pas directement la pratique. Les malades issus des classes moyennes ou modestes de la population ont la possibilité de recourir à ces docteurs médecins, en fonction de leurs moyens et de l'accès qu'ils peuvent avoir à la charité publique (soit de l'Hôpital Général pour les Genevois soit des Bourses italienne et française pour les étrangers). Il n'est pas possible, à ce stade, d'évaluer le pourcentage de malades qui consultent régulièrement ou facilement un soignant au bénéfice d'une formation universitaire, mais la plupart ne rencontrent cette catégorie de praticiens qu'en cas de problème médical grave, de maladie chronique ou d'une souffrance perçue comme dangereuse². Ce type de recours s'apparente à un appel au secours plutôt qu'à une consultation classique. Au nombre des soignants réguliers, les figures qui dispensent la majorité des soins au plus grand nombre, ont moins retenu l'attention des historiens ; ce sont les chirurgiens et les apothicaires. Ces artisans de la santé sont formés par un apprentissage de trois à six ans dans la cité même. La formation est couramment suivie de quelques années de

¹ RIEDER, Philip et LOUIS-COURVOISIER Micheline, "Enlightened physicians : setting out on an elite academic career in the second half of the eighteenth century" in *Bulletin for the history of medicine*, 84, 2010, p. 578-606.

² RIEDER, Philip. "The Poor and the Patient: Protestant Geneva in the Early Modern Period" in *Hygiea Internationalis* 5, no. 1, Linköping : Linköping University Electronic Press, 2007, p. 33-50.

compagnonnage de ville en ville à travers l'Europe¹. Parmi les chirurgiens œuvrent aussi bien des barbiers qui pratiquent les actes médicaux mineurs et courants comme les saignées, que des spécialistes capables de réaliser des opérations plus complexes comme « abattre les cataractes des yeux » et « tirer les dents »². Ces distinctions perdurent jusqu'à la fin du siècle des Lumières. Les barbiers et les chirurgiens travaillent côté-à-côté au moment de la Réforme sans que la sphère d'activité de l'un ou de l'autre groupe ne soit clairement définie. Les ordonnances de 1569 prévoient l'incorporation des chirurgiens et non des barbiers. Apparemment les barbiers deviennent chirurgiens, partent ou oeuvrent en dehors de toute organisation professionnelle. Quoiqu'il en soit, les barbiers disparaissent officiellement en 1658, lorsque, apparemment en raison des difficultés rencontrées par les chirurgiens à vivre de la seule pratique de la chirurgie, ceux-ci obtiennent un monopole sur le rasage³. Les boutiques de chirurgie se présentent dès lors, dans la deuxième moitié du 17^e et au 18^e siècle, comme de véritables entreprises commerciales où s'activent des domestiques et des apprentis - ces deux groupes assurant l'essentiel des tâches de rasage et les soins simples - alors que les compagnons et les maîtres chirurgiens prennent en charge des soins plus complexes, notamment des opérations. Les maîtres eux-mêmes n'ont pas tous les mêmes compétences ; dès le début du 17^e siècle certains se décrivent comme des « chirurgiens opérateurs » dans les actes notariés, suggérant par ce biais que d'autres n'étaient pas des « opérateurs ». La consultation des autorisations de pratique décernées atteste du fait que certains obtiennent le privilège de tenir boutique sans exercer toute la chirurgie (leur pratique est confinée le plus souvent aux soins élémentaires : saignées, pose de vésicatoires, etc.) alors que d'autres se voient autorisés à pratiquer toute la chirurgie. Dans tous les cas, les maîtres chirurgiens sont mobiles et ont l'habitude de se déplacer chez les malades souffrant de maux complexes ou sur des lieux d'accidents pour apporter les premiers secours aux victimes. Il faut noter qu'ils ont l'habitude de vendre des remèdes, comme en atteste nombre d'arrangements pris par des chirurgiens associés pour gérer leurs bénéfices⁴. Comme les médecins et les apothicaires, ils donnent des conseils, comme les apothicaires, ils vendent des remèdes. De fait, les chirurgiens sont les seuls à ne pas être concurrencés par d'autres membres de la Faculté : apparemment, les membres de deux autres corps de métier ne leur disputent pas leur capacité à opérer. L'impossible séparation entre les affections internes, celles réservées aux médecins, et les affections externes qui seraient théoriquement du domaine des chirurgiens, est peut-être une explication au glissement progressif qui voit les maîtres chirurgiens se mettre à

¹ Voir, par exemple, le contrat qui liera pendant quatre ans l'apprenti Nathanael d'Aubigné et le maître chirurgien Jean Bryois, lequel promet de « luy monstrier et de tout son pouvoir faire apprendre son estat de chirurgie et ce qui en despend, sans luy en rien cacher ny receller en tant toutesfois que ledit apprentif le pourra comprendre », A.E.G., notaire Pierre Demonthoux (1617-1645), 16^e vol, f^{os} 271v-272, le 26.05.1635.

² A.E.G., R.C. 57, f^o 32, le 02.04.1562 et R.C. 162, p. 32, le 22.02.1662.

³ RIVOIRE, Emile ; BERCHEM, Victor van, *Les sources du droit du canton de Genève. De 1621 à 1700*, 4 vol., t. 4, Aarau : H.R. Sauerländer, 1934. (*Les sources du droit suisse 22e partie*), 713 p., p. 280, le 15.02.1658.

⁴ Le partage des bénéfices provenant de remèdes vendus est prévu, par exemple, dans l'association entre Daniel Thabuis et Antoine Ferrier en 1666 : AEG, Louis Pasteur (1645-1689), 43^e vol, fo 128, 2/7/1666. Il faut relever que lorsque le chirurgien Lamon est accusé d'avoir saigné une femme sans prescription, ce n'est ni l'absence de prescription ni la saignée *per se* qui déclenche une procédure pénale, mais la possibilité que la saignée ait eu pour finalité de mettre un terme à la grossesse de la patiente. AEG, P.C. 2^e série, 2708. Helen Dingwall décrit des pratiques similaires à Edinbourg où les chirurgiens revendiquent le droit de vendre des drogues DINGWALL, Helen M., *Physicians, Surgeons and Apothecaries : Medicine in Seventeenth-Century Edinburgh*, East Lothian: Tuckwell Press, 1996, p. 187 & 196.

pratiquer la médecine¹ ; elle traduit également le lien fort qui relie le corps de chirurgiens genevois à Paris où les plus ambitieux de ses membres se rendent à parfaire leur formation. Dans la deuxième moitié du 18^e siècle, les maîtres chirurgiens prennent leurs distances du monde des boutiques en nommant un privilégié qui leur sert de gérant. C'est le cas du chirurgien Louis Jurine qui incarne le renouveau intellectuel des chirurgiens genevois à la fin de l'Ancien Régime. Jurine publie bien dans le champ de la chirurgie que des sciences naturelles, ouvre un cours d'accouchement (1803) et est nommé professeur d'anatomie et de chirurgie de l'École préparatoire de médecine de Genève (1809). Sa renommée dépasse largement le cadre de la ville et, dans sa pratique, il se tourne progressivement vers la médecine².

Les apothicaires, pour leur part, sont également des boutiquiers aux statuts et aux activités pluriels. Les inventaires après décès de maîtres apothicaires révèlent que si certains sont fondamentalement des épiciers, d'autres sont d'importants marchands de la place, et d'autres encore sont de véritables entrepreneurs. La liste des produits présents dans leur boutique peut donner lieu à une analyse de l'évolution de la consommation de produits pharmaceutique, mais atteste également des transactions commerciales et d'une grande variété d'activités. Certains apothicaires se lancent dans la production devenant de véritables entrepreneurs (la production de bougies, par exemple), d'autres développent des activités annexes comme des espaces de consommation de tisanes placées dans leurs boutiques mêmes. La famille Colladon produit et commercialise dès la fin du 17^e siècle une eau cordiale, l'eau cordiale de Colladon appelée à devenir célèbre au 18^e siècle³. Certaines figures fortes émergent des rangs des apothicaires, comme celle d'Osée Baccuet, simple apothicaire, qui publie en 1670 un ouvrage de vulgarisation qui rend compte du contenu de l'échoppe et des usages thérapeutiques d'un grand nombre de remèdes, offrant ainsi un aperçu de l'arsenal thérapeutique qu'il pouvait proposer à ses clients. L'étude du livre et de la carrière de Baccuet révèle qu'il cherche de fait à gagner l'appui d'une des femmes les plus influentes de son temps, Elisabeth Baulacre, et à obtenir par ce biais une partie du marché public en devenant le pharmacien de l'Hôpital⁴... Genève comprend donc aussi bien de modestes revendeurs, des marchands prospères et des entrepreneurs qui officient au sein du corps des apothicaires. S'il est vrai que c'est dans leur boutique et arrière-boutique que les apothicaires pratiquent l'essentiel de leur art, comme les chirurgiens, les maîtres et même les employés des boutiques servent également de médecin de premier recours. Comme aujourd'hui, leur rôle de dispensateur de remèdes leur assure une position de choix pour donner des conseils, mais cette pratique les entraîne bien au-delà de ce rôle. Traditionnellement, les apothicaires étaient associés aux seringues servant aux lavements qu'ils préparent : les maîtres apothicaires et leurs employés se rendent, à

¹ C'est la thèse défendue dans IMBAULT HUART, Marie-José, *L'école pratique de dissection de Paris de 1750 à 1822 ou l'influence du concept de médecine pratique et de médecine d'observation dans l'enseignement médico-chirurgical au XVIIIe siècle et au début du XIXe siècle*, Lille : Service de reproduction des thèses, 1975.

² Sur Jurine, voir BARRAS, Vincent et LOUIS-COURVOISIER, Micheline, « Histoire naturelle d'un chirurgien : Louis Jurine », in *Louis Jurine, chirurgien et naturaliste (1751-1819)*, BARRAS, Vincent, RATKLIFF, Marc et SIGRIST, R. (éds), Genève, Georg, 1999, p. 53-78.

³ GAUTIER, Léon, *La médecine à Genève...*, op. cit., p. 259. Les apothicaires associés Colladon et Rubatti obtiennent en 1698 le privilège de la composition et vente de cette eau cordiale, renommée pour ses vertus toniques.

⁴ Baccuet, O[sée], *L'apothicaire charitable ou extraict en forme d'abrégé pharmaceutique qui traite des aliments, et médicaments, les plus usitez a present dans nos Boutiques*, Genève : Jaques Stoër, 1670. Voir à son propos : TOURN, Christine, « Aliments et médicaments : perspectives d'apothicaires charitables à Genève à la fin du XVIIe siècle », in *Aliments et santé = Ernährung und Gesundheit*, FURTER, Reto ; HEAD, Anne-Lise et LORENZETTI, Luigi (éds), Zürich : Chronos, 2008, p.

l'occasion, au chevet des malades pour effectuer un lavement¹. Dans les faits, ils sont régulièrement appelés – et ce jusqu'aux dernières années du 18^e siècle – à soigner des malades à domicile. Ils jouent de fait le rôle de médecins de premier recours², en transgression manifeste des *Ordonnances générales pour la médecine* en vigueur. La pratique est commune ; l'apothicaire peut donner des conseils officieux et guider *par charité* les malades dans leur maladie. Consulter l'apothicaire est moins onéreux que de consulter un docteur en médecine ne serait-ce que parce que le premier ne facture en général pas l'avis médical, mais les remèdes vendus... De nombreuses traces confirment ces pratiques. L'apothicaire Augustin Le Royer prend même, dans l'acte d'association qui le lie à un collègue, « spécialement l'obligation de faire toutes les visites de malades ou autres qu'exige leur dite profession »³. Le travail de praticien de premier recours de l'apothicaire s'estompe dans les dernières décennies du 18^e siècle, soit en raison de la complexification grandissante du travail d'officine ensuite des découvertes chimiques⁴, soit encore en suite de la concurrence faite par le nombre croissant de médecins académiques actifs à Genève⁵.

Une série d'efforts réalisés par les instances de contrôle pour empêcher les chirurgiens et les apothicaires de pratiquer la médecine signale que ces pratiques n'étaient pas tolérées par tous et que des tentatives ponctuelles étaient faites pour les endiguer⁶. Les instances de contrôle sont la corporation médicale et le Petit Conseil qui veillent au respect des règlements professionnels édictés en 1569⁷. Ici, une mise au point s'impose. La corporation ne dispose pas de moyens de police ; elle doit passer par le Petit Conseil. Or, si le Petit Conseil a bien été à l'origine de la création de la Faculté et de la mise en place des *Ordonnances sur la médecine*, il ne renonce jamais à contrôler lui-même la pratique. Un rôle qu'il joue avec les intérêts des habitants de la cité en tête, et ceux des membres de la corporation. C'est un cas de figure intéressant : l'accès à des statuts (médecin, chirurgien, apothicaire et sage-femme) est régi par la corporation, mais le contrôle effectif et les licences temporaires demeurent sous le contrôle de conseillers laïcs⁸. A la lecture des registres du Petit Conseil et de la corporation, il est patent que les infractions comme les dérogations sont nombreuses. Le monde de l'offre des soins est un espace souple où les rôles et les pratiques s'adaptent pour répondre à un subtil équilibre entre les prétentions de chacun, la confiance que chaque thérapeute inspire aux

¹ Voir par exemple la procédure pénale qui suit le décès du sautier Antoine de Normandie (1713-1761): A.E.G., Procès-criminel (désormais : P.C.) 10905.

² Ainsi l'apothicaire Louis de La Mer se rend en juillet 1622 au chevet d'un jeune homme, lequel « l'ayant recherché pour estre purgé, il lui donna une medecine a sa grande sollicitation composee de manne et rubarbe », A.E.G., R. Consistoire 51, f° 365, le 25.07.1622. L'apothicaire Augustin Le Royer s'engage « spécialement l'obligation de faire toutes les visites de malades ou autres qu'exige leur dite profession » dans le contrat d'association qu'il signe le 13 mars 1777 avec son collègue, Pierre-François Tingry. A.E.G., Notaire Jean Binet (1756-1798), vol. 39, p. 224- 235, « Société [d'apothicaires] », p. 228.

³ AEG, Notaire Jean Binet (1756-1798), vol. 39, p. 224- 235, "Société [d'apothicaires]", p. 228.

⁴ L'argument est avancé par le médecin Louis Odier : MHS, Z 92/5, Premier mémoire sur les différentes professions médicales, lu le 25 janvier 1810 à la Société de médecine et chirurgie du mardi, s. p.

⁵ RIEDER, Philip et LOUIS-COURVOISIER Micheline, "Enlightened physicians...", *op. cit.*

⁶ Parmi d'autres exemples : A.E.G., R.C. 101, 24.12.1605, f. 295.

⁷ 11 mai 1569. Publiées in GAUTIER, Léon, *La médecine à Genève...*, *op. cit.*, 1906, p. 610-618. L'original étant perdu, Gautier publie une copie datée de 1697 qui figure dans le registre des *Ordonnances de la médecine* (A.E.G., Santé F1, f° 8), ainsi que les deux révisions de 1658 et 1697, *ibid.*, p. 618-641.

⁸ Pour une vue d'ensemble sur le contrôle de la pratique médicale voir RIEDER, Philip, TOURN, Christine, "Le Conseil et la santé : histoire d'une autorité médicale laïque", in SANTSCHI, Catherine (ss la dir. de) *Les registres du Conseil de la République de Genève sous l'Ancien Régime*, Genève, Archives d'Etat et Fondation de l'Encyclopédie de Genève, 2009, p. 129-148.

particuliers et la crédibilité dont il bénéficie auprès des responsables politiques de la cité.

Le tableau serait incomplet sans l'inclusion des nombreuses irrégularités révélées par l'intervention d'une troisième instance dont l'influence en matière médicale reste à étudier : le Consistoire. Ce tribunal ecclésiastique constitué de pasteurs et d'anciens est d'une importance capitale pour appréhender le marché thérapeutique dans le cadre genevois. En effet, au nombre des affaires doctrinales et morales qu'il traite, se trouvent de nombreux cas où la santé et les soins entrent en ligne de compte.

Soignants subalternes et irréguliers

C'est par le biais de l'analyse du contrôle exercé par le Consistoire et par le Conseil, deux instances non médicales, que se dessinent les profils de nombreux soignants irréguliers, mais souvent tolérés par les instances de contrôle de la pratique médicale. Jointe à l'analyse des stratégies adoptées par les malades, cette approche a permis de doubler le nombre de figures soignantes connues jusqu'alors par le travail ancien de Léon Gautier. C'est ainsi que aux 671 noms qu'il énumère dans son étude publiée en 1906, quelques 668 nouveaux noms ont pu être ajoutés¹. Parmi eux figurent des soignants classiques, membres des corporations médicales, mais également des guérisseurs et guérisseuses occasionnels, sages-femmes, rebouteux, charlatans, vendeurs de remèdes, opérateurs itinérants, voire même mièges ou devins spécialisés dans le soin de maux précis.

Lorsqu'ils ont affaire aux autorités politiques ou ecclésiastiques de la ville, certains de ces soignants sont réprimandés, amendés voir excommuniés ou emprisonnés pour avoir vendu des soins ou remèdes sans autorisation, ou pour être soupçonnés d'avoir provoqué la mort de leur patient. D'autres, notamment les vendeurs d'orviétan et les opérateurs itinérants, reçoivent des autorisations particulières qui témoignent de la souplesse du marché. Avant comme après la promulgation des premières *Ordonnances* en 1569, certains de ces soignants se présentent devant le Conseil pour demander une autorisation de pratique. Des patients font de même pour obtenir qu'un soignant étranger puisse les soigner dans la cité même. C'est ainsi qu'au 16^e siècle certaines femmes - auxquelles la pratique de soins médicaux, hormis la médecine des femmes (accouchements, maladies des femmes et soins aux nouveau-nés) est théoriquement interdite - reçoivent l'autorisation de pratiquer². Ces femmes et d'autres individus fréquemment spécialisés dans la guérison de fractures, justifient leurs activités par un savoir acquis d'un parent, d'un autre soignant irrégulier, voire d'un médecin ou d'un chirurgien. Au cours du 17^e siècle, ce type de praticien est moins facilement identifiable, bien que toujours présent et toléré. Leur activité tend alors à se situer sur un terrain difficile à cerner, entre la pratique professionnelle et les soins prodigués dans la sphère privée. Durant cette même période, c'est l'arrivée d'un nouveau type de soignant qui est frappante. Il s'agit essentiellement de charlatans, des vendeurs de remèdes dont les plus célèbres sont les vendeurs d'orviétan, et d'opérateurs itinérants³. Ces soignants mobiles viennent principalement de France, tel Pierre du Chastelet qui demande l'autorisation de vendre « huiles et drogues, et aussi de pratiquer la médecine et

¹ GAUTIER, Léon, *La médecine à Genève...*, *op. cit.* Ces 1339 soignants (état au 31.03. 2007) sont répertoriés dans une base de données Access.

² Ainsi Antoinette Desserre reçoit l'autorisation de « de penser gens de la Rompure » ou fracture, A.E.G., R.C. 64, f° 80, le 27.05.1569. C'est donc une dérogation aux premières Ordonnances, Des Chirurgiens, art. 8, publié dans GAUTIER, Léon, *La médecine à Genève...*, *op. cit.*, p. 617.

³ Pour une étude détaillée de cette catégorie, voir GENTILCORE, David, *Medical Charlatanism in Early Modern Italy*, Oxford : Oxford University Press, 2006, XII + 426 p.

enseigner les mathématiques »¹, et d'Italie, tel Joseph Toscan Ferrantes qui propose « son orvietan, baume et onguent pour la bruslure »². Leurs requêtes se soldent régulièrement par la délivrance d'une autorisation de pratiquer dans la ville pendant une période limitée : même lorsque leurs connaissances sont faibles, les autorités laïques leur laissent le bénéfice du doute, au cas où un coup de main habile ou un produit inconnu à Genève puisse constituer un soulagement pour un ou plusieurs habitants de la cité³.

Espace du marché

Les déplacements constants des vendeurs de remèdes sont comme une première brèche dans le cadre géographique du marché que l'on pourrait imaginer circonscrit à l'intérieur des murs de la ville, où résident les médecins, apothicaires et chirurgiens. En effet, l'organisation politique de la République et son enfermement dans un espace extrêmement limité a longtemps incité à penser l'offre médicale de la place essentiellement en fonction de la réglementation de la *Faculté* et des soignants agréés par leurs pairs et par le Conseil. Cependant des chercheurs, dont Léon Gautier, ont relevé le fait que certains médecins, chirurgiens et apothicaires de la ville - par ailleurs formés en partie à l'étranger - ont une clientèle à l'extérieur des terres genevoises et de leurs franchises, tant dans les territoires de la Savoie toute proche, voire dans des lieux plus éloignés⁴. L'espace du marché pourrait ainsi être défini comme étant composé par une première limite géographique, un cercle concentrique correspondant à la moitié de la distance que les thérapeutes pouvaient parcourir en une journée : un déplacement simple ne nécessitant pas que le soignant découche. Une seconde ligne, plus souple, correspondrait à la distance que les soignants étaient prêts à parcourir pour soigner un client aisé... Ces déplacements sont une seconde brèche perçue dans les frontières géographiques et politiques du marché thérapeutique genevois. En élargissant la perspective pour comprendre les soignants irréguliers ainsi que les patients, d'autres brèches se font jour. Il s'avère dès lors évident que cet espace de marché dépasse largement les frontières de la République. Une observation fine des sources permet de relever les déplacements continus non seulement des soignants, mais des malades réformés vers des lieux de soins et des soignants catholiques. De tels recours étaient mal vus à Genève où Calvin et ses successeurs n'ont de cesse de combattre le « superstitieux » ; les soins surnaturels et religieux figurent en première ligne, pour les cadres réformés, dans les pratiques honnies. Malgré les efforts déployés pour assurer une certaine discrétion sur leurs démarches auprès de clercs et de soignants catholiques, les malades intéressés par ces services ne parviennent pas toujours à tromper la vigilance du Consistoire et du Conseil. Les enjeux sont confessionnels, mais aussi politiques. La hiérarchie catholique a conscience du pouvoir d'attraction que pouvait

¹ A.E.G., R.C. 119, f° 206, le 24.10.1620.

² A.E.G., R.C. 185, 20.03.1685, f° 41v ; voir aussi *ibid.*, 21.03.1685, f° 42, 06.04.1685, f° 51, 14.04.1685, f° 55v, 15.04.1685, f° 55v.

³ RIEDER, Philip, "Für eine anthropologische und medizinische Lektüre der Briefkultur im Jahrhundert der Aufklärung", in DINGES, Martin et BARRAS, Vincent, *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum*, Stuttgart, Franz Steiner, 2007, p. 143-156, p. 144.

⁴ GAUTIER, Léon, *La médecine à Genève...*, *op. cit.*, p. 356, *passim*. Les inventaires après décès informent sur la clientèle de privés comme de collectivités (monastère, collèges) en Savoie. Ainsi le riche maître apothicaire Jean-François Rubaty (1682) avait entre autres pour débiteurs les capucins de Saint-Julien, les Dames de la Visitation de Thonon et les curés de Vétraz-Monthoux, Etrembières, Collonges-sous-Salève, Thônex et Boège. Voir A.E.G., Jur. Civ. F. 571 (non paginé).

exercer la diffusion d'histoires de miracles aux portes de Genève : l'objectif n'est-il pas de convertir les hérétiques ?¹

Au-delà de ce questionnement, les efforts déployés par les tribunaux genevois pour contrôler l'orthodoxie médicale des résidents de la cité – le plus actif étant le Consistoire - révèlent une continuité du recours des Genevois aux services et rituels médicaux catholiques. Des sondages dans les instances de répressions suggèrent une continuité des pratiques avec une inflexion en fonction des différentes réputations et modes médicales à travers le temps. Dans un premier temps, il est évident que la Réforme n'a pu totalement interrompre les déplacements des Genevois vers un sanctuaire catholique, une chapelle, ou une statue dédiée à un saint thaumaturge². Dans les abords immédiats de la ville, le thaumaturge le plus couru est saint Albin³, connu pour guérir le rachitisme des petits enfants et solidement implanté à Vétraz-Monthoux, à Bernex et à Ambilly⁴. Au-delà des environs immédiats de la ville se trouvent Saint-Claude dans le Jura⁵, et Notre-Dame du Tinet à Seyssel⁶, deux centres catholiques fréquentés par les Genevois au 16^e siècle. Ceux-ci n'hésitent pas à solliciter également les prêtres et les curés des paroisses catholiques limithrophes. Les ecclésiastiques sont ainsi sollicités pour consoler voire soigner au moyen de préparations pharmaceutiques, de prières, de rituels ou d'exorcismes⁷. En 1578 par exemple, Jean Morand confesse « avoir esté vers les prestres à Annemasse pour chasser les demoniaques du corps de son enfant »⁸. Il est condamné à la prison. Les peines se feront plus légères au siècle suivant.

Enfin, dans ce même registre des pratiques médicales réprimées par le Consistoire et par le Conseil, on distingue quantité de devins, sorciers, sorcières et autres « mièges » ou guérisseurs actifs en terre savoyarde. Attirés par la réputation de devins aux talents de guérisseurs, certains Genevois n'hésitent pas à franchir les frontières de la République. Ils sont ainsi nombreux à consulter « le bon devin », « medecin », et « prétendu sorcier » Thyvent Colomb et ses successeurs dans le hameau d'Etrembières entre 1607 et 1671⁹. D'autres encore se rendront à la Roche entre 1702 et 1704, pour profiter du rituel mis en place par le jésuite Claude de Romeville, un rituel comprenant à la fois le baiser d'une bague qui aurait été placée au doigt de Saint François-Xavier, l'absorption d'une eau dans laquelle la même bague avait été trempée et, bien sûr, des neuvaines et des prières¹⁰. Différentes explications peuvent être trouvées pour rendre compte de la

¹ Pour une étude détaillée de ces migrations, voir RIEDER, Philip, « Miracles and Heretics : Protestants and Catholic Healing Practices in and around Geneva 1530-1750 », *Social History of Medicine*, vol. 23, no. 2, p. 227-243.

² Sur le culte des saints, voir VAN GENNEP, Arnold, *Culte populaire des saints en Savoie*, Paris : G.-P. Maisonneuve et Larose, 1973, 217 p. (Archives d'ethnologie française ; 3) [recueil d'articles publiés entre 1923 et 1939] et DEVOS, Roger, JOISTEN, Charles éd., *Moeurs et coutumes de la Savoie du nord au XIXe siècle : l'enquête de Mgr Rendu*, Annecy : Académie Salésienne ; Grenoble : Centre Alpin et Rhodanien d'Ethnologie, 1978, 502 p. (Mémoires et documents publiés par l'Académie salésienne t. LXXXVII et LXXXVIII. Collection documents d'ethnologie régionale vol.6.

³ Albin évêque d'Angers (mort vers 560). Il est souvent confondu avec le pape Urbain Ier (mort en 230). Voir DEVOS, Roger, JOISTEN, Charles éd., *Moeurs et coutumes*, *op. cit.*, p. 66.

⁴ Par exemple pour Vétraz-Monthoux voir A.E.G., R. Consistoire 34, 10.10.1594, f° 296v, A.E.G., R.C. 89, 11.10.1594, f° 137v. Pour Bernex voir A.E.G., R. Consistoire 53, 04.08.1625, f° 49v, 25.08.1625, f° 53. Pour Ambilly, voir A.E.G., R. Consistoire 38, 12.10.1609, f° 99.

⁵ Par exemple A.E.G., R.C. 75, 06.09.1580, f° 158.

⁶ Par exemple A.E.G., R. Consistoire 2, 12.08.1546, f° 74.

⁷ Les membres du clergé romain sont soupçonnés d'offrir leur secours aux malades et mourants à des fins de prosélytisme. Par exemple A.E.G., R.C. 119, 23.07.1619, f° 137v.

⁸ A.E.G., R.C. 73, 02.04.1578, f° 66v.

⁹ A.E.G., R. Consistoire 36, 19.03.1607, f°s 14, 16, 18, *passim*.

¹⁰ Sur cet épisode, voir RIEDER, Philip, "Miracles and Heretics...", *op. cit.*, p. 234-239.

disparition d'affaires de cet ordre au cours du 18^e siècle. Les élites de la ville et les cadres du Consistoire tendent à prendre moins au sérieux ce type de pratique alors même que d'autres affaires, dont les problèmes matrimoniaux, tendent à envahir les séances du tribunal.

Quelle que soit la cause de la disparition des comparutions de personnes soupçonnées de recourir à une thérapie de type magique ou à un rituel de guérison catholique, les malades genevois conservent un intérêt pour les thérapies alternatives et n'hésitent pas à se déplacer pour consulter des soignants irréguliers établis à l'étranger¹...

Enjeux pratiques

La confrontation du cadre du marché thérapeutique à une variété de sources met en évidence une étonnante porosité des frontières, non seulement géographiques, mais également sociales, politiques, confessionnelles, professionnelles et « savantes ». Le contexte reconstruit par ce biais permet de réinsérer les pratiques et les savoirs médicaux au niveau du quotidien. Il invite à apporter une attention nouvelle aux apothicaires dont le rôle au quotidien est primordial alors que l'historiographie de la densité médicale ne tient, jusqu'à présent, compte que des médecins et des chirurgiens. Il y a là matière à réviser notre compréhension de l'encadrement médical sous l'Ancien Régime. Le tableau met aussi en évidence quelques unes des valeurs qui structurent l'offre et la demande sur le marché. Ce n'est pas la nature des remèdes ou la particularité des formations, mais le choix du patient qui prime et qui sert à la fois de moteur et de justification à la structure du marché. C'est là une des caractéristiques d'une société fortement médicalisée, soit une société où la santé est une valeur importante et l'offre en services médicaux est importante. Dans l'historiographie, l'usage courant et parfois peu réfléchi du terme de médicalisation pour désigner soit une progression en nombre des cadres médicaux après la Révolution, soit un processus de colonisation par la médecine de domaines nouveaux à partir du XIX^e siècle, donne une idée fautive de la société d'Ancien Régime en suggérant qu'elle était peu médicalisée². Le malade ou son entourage choisit un soignant selon des critères qui nous échappent, basés probablement à la fois sur sa réputation et sur la confiance qu'il inspire³. Cette réalité et le nombre de Genevois à recourir à des services thérapeutiques de la Contre-réforme contribue à nuancer l'image sectaire et isolée qui colle aux habitants de la ville : de toute évidence, non seulement ils entretiennent des relations économiques et sociales avec des habitants catholiques – on le savait de longue date - mais face à des problèmes de santé, la nature confessionnelle du geste thérapeutique ne dicte pas systématiquement leur conduite. Autrement dit, en dépit des enseignements des pasteurs réformés, le monde où vit une partie de la population est encore un monde où le surnaturel peut avoir une emprise directe sur la réalité, voire une emprise positive : le miracle ne semble pas avoir complètement disparu de la cosmologie des habitants de la cité.

¹ Voir RIEDER, Philip, "Médecins et patients à Genève...", *op. cit.*, p. 58.

² Voir aussi RIEDER, Philip, « La médicalisation en question. Genève, l'Ancien Régime et la demande médicale », *Bulletin de la Société d'histoire et d'archéologie de Genève* (sous presse).

³ Les efforts faits par les praticiens pour inspirer confiance et convaincre pourraient servir de point de départ afin de penser cet aspect de la problématique. Voir GRELL, Ole Peter, "From God to Devil : Self-presentation and Performance by early modern Physicians and Surgeons", in *Ludica, annali di storia e civiltà del gioco*,

2000, [Treviso] : Fondazione Benetton Studi Ricerche, vol. 5-6, p. 127-143 ; ROCHE, Daniel, "Talents, raison et sacrifice : l'image du médecin des Lumières d'après les Éloges de la Société royale de médecine (1776-1789)", in *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1977, Paris : EHESS, vol. 32, no. 2, p. 866-86.

Au-delà du contexte religieux, dans la sphère de la santé, le choix des patients en matière de soignant est largement respecté à la fois par les praticiens agrégés et par les autorités politiques et médicales. Un patient n'est réprimandé que lorsqu'il choisit un soignant réputé dangereux ou recourant à des procédés illicites, tels la divination. La répression révèle des pratiques, mais seules celles qui sont ébruitées... A cet égard, une fois de plus, les frontières que l'historiographie tente de distinguer, voire de créer, entre soignants, sont floues. Le cas du chirurgien Pierre Blandin¹, qui en 1640 fait examiner les urines de son oncle, médecin réputé, par une devineresse savoyarde non moins réputée, est probant à cet égard. Il est symptomatique de la porosité des limites professionnelle et de la richesse du marché thérapeutique genevois. Des échanges entre un chirurgien et un rebouteux, ou entre un vendeur de remède itinérant et un apothicaire sont possibles. Ces échanges, bien que peu documentés, méritent d'être étudiés². Un guérisseur ou un magicien peuvent conjointement pratiquer la divination tout en recourant aux procédés et à la pharmacopée des praticiens réguliers. A un niveau ou à un autre, ces soignants pratiquent l'écoute du patient, l'observation de son corps, l'analyse des urines et la palpation de son pouls, ils prescrivent des saignées et vendent des médicaments, le plus souvent les mêmes que celles trouvées dans la pharmacopée locale, soit des purgatifs et des vomitifs.

En définitive, cette focalisation sur les actes et les acteurs du marché thérapeutique montre que tant les pratiques que les savoirs ne sauraient être compartimentés. Un récit qui chercherait à rendre compte de l'histoire de l'offre médicale sur une durée longue devrait ainsi prendre en compte de nombreuses variables. Parmi elles figurent les règlements successifs sur l'offre de soins et l'accès à la pratique, réédités régulièrement depuis 1569. Ils donnent bien une base légale aux pratiques de ceux qui sont agrégés. La façon dont ces règlements sont appliqués doit aussi être prise en considération. Ici, des arrêts sur image sur des figures concrètes et bien étudiées (comme Osée Baccuet, Louis Odier et Louis Jurine) permettent de mettre de véhiculer la réalité pratique qu'induisent à la fois les règlements et l'esprit dans lequel ils sont interprétés. L'offre médicale est fortement conditionnée par le fait qu'il demeure relativement facile d'obtenir une licence temporaire de pratique pour celui qui connaît le système et bénéficie d'un peu d'argent voire d'un patron influent. Ici aussi, des exemples mais aussi des données chiffrées peuvent contribuer à dessiner les contours des pratiques. Un autre élément constitutif de cette histoire serait l'évolution importante des statuts des praticiens à travers le temps : derrière des figures soignantes apparemment stables, les profils changent en fonction de critères sociaux et culturels dont la dynamique nous échappe le plus souvent. Seule l'analyse de pratiques attestées permet d'en déterminer les aléas. L'existence de réseaux informels, qu'ils soient sociaux (domestiques, de voisinage) ou extérieures à la cité (les rites de guérison catholiques) est une autre variable qui doit être prise en compte. Il y en a d'autres, mais l'exhaustivité n'est pas l'objectif premier ici. L'essentiel demeure qu'il est possible de les identifier pour leur capacité à influencer la réalité de l'offre en suivant les pratiques des malades comme des soignants.

¹ R. Consistoire 55, mardi 31.03.1640, f° 111v. Voir aussi *ibid.*, 19.05.1640, f° 115v. Le Conseil n'est pas informé du cas.

² Par exemple le célèbre médecin Samuel Auguste Tissot recommande une poudre contre des vers intestinaux débitée par une veuve de chirurgien, dans RIEDER, Philip, « Médecins et patients », *op. cit.*, p. 41. Sur les relations entre charlatans et apothicaires, quelques pistes dans GENTILCORE, David, *op. cit.*, p. 121-122, 161-164, 247, *passim*.

A DOENÇA NO DISCURSO QUEIROSIANO: QUADROS DO MAL DA ALMA E DO MAL DA NAÇÃO

Ana Teresa Peixinho

“Uma consciência clarividente demais, asseguro-vos senhores, é uma doença, uma doença muito real.”

NIETZSCHE

Resumo

Num dos primeiros textos doutrinários de Eça de Queirós, «Uma Carta – a Carlos Mayer», publicado no folhetim da *Gazeta de Portugal* em 1867, o então jovem escritor partilha com o seu destinatário o seguinte: “Nós, meu amigo, somos uma geração desiludida por três revoluções, amolecida por uma invenção horrível (...) Quais podem ser as obras desta geração? Criações febris, convulsões cerebrais, idealistas e doentias, todo um pesadelo moral. (...) Qual vale mais, esta doença magnífica, ou a saúde vulgar e inútil, que se goza no clima tépido que vai desde Racine até Scribe? Eu prefiro corajosamente o hospital, sobretudo quando a primeira febre se chama Julieta e a última Margarida!” (Queirós, 2009: 92).

A apologia da doença, entusiasticamente partilhada por Eça, deve ser, neste contexto, estreitamente relacionada com um estado anímico típico do comportamento romântico europeu, explorado até à exaustão sobretudo na poesia da segunda geração romântica portuguesa, sob o signo do exagero e do melodramatismo deliquescente.

Contudo, em romances posteriores, nomeadamente naqueles em que o escritor aparentemente se submete à norma realista e naturalista, são colocadas em cena muitas personagens, sobretudo aquelas cujo valor referencial e típico remetem para a caricatura do Portugal oitocentista, construídas sob o signo desta mesma doença, então já vista sob um outro olhar: a fragilidade de Pedro da Maia, a debilidade de Eusebiozinho, ambos contrastantes com a energia saudável de Carlos, em *Os Maias*, são exemplos paradigmáticos de como a doença romântica, tão veementemente defendida pelo então jovem escritor, será posteriormente utilizada como significado disfórico de composição de personagens de dimensão sociocultural declarada.

O presente texto pretende, assim, partindo de um confronto de textos queirosianos, problematizar a importância deste *topus* no imaginário romanesco, contextualizando-o e focalizando-o à luz da evolução estética de Eça. O que era esta doença tão romanticamente evocada na *Gazeta de Portugal*? Em que medida a sua própria debilidade física não terá contribuído para intervir no modo como a perspetivava? Estas são questões de partida, que pautarão a nossa leitura.

1. Palavras prévias

Em 1867, com então vinte e dois anos, Eça de Queirós escreve o seguinte, naquele que é hoje considerado o seu primeiro texto doutrinário - «Uma Carta – a Carlos Mayer» - publicado no folhetim da *Gazeta de Portugal*:

“Nós, meu amigo, somos uma geração desiludida por três revoluções, amolecida por uma invenção horrível (...) Quais podem ser as obras desta geração? Criações febris, convulsões cerebrais, idealistas e doentias, todo um pesadelo moral. (...) Qual vale mais, esta doença magnífica, ou a saúde vulgar e inútil, que se goza no clima tépido que

vai desde Racine até Scribe? Eu prefiro corajosamente o hospital, sobretudo quando a primeira febre se chama Julieta e a última Margarida!” (Queirós, 2009: 92).

A apologia da doença, entusiasticamente partilhada por Eça com o jovem companheiro da geração de Coimbra, médico de formação¹, deve ser, neste contexto, estreitamente relacionada com um estado anímico típico do comportamento romântico europeu, explorado até à exaustão, sobretudo na poesia da segunda geração romântica portuguesa, sob o signo do exagero e do melodramatismo deliquescente.

Contudo, em romances posteriores, nomeadamente naqueles em que o escritor, aparentemente, se submete à norma realista e naturalista, são colocadas em cena muitas personagens, sobretudo aquelas cujo valor referencial e típico remetem para a caricatura do Portugal oitocentista, construídas sob o signo desta mesma doença, então já vista sob um outro olhar: a fragilidade de Pedro da Maia, a debilidade de Eusebiozinho, o anacronismo de Alencar, todos eles contrastantes com a energia saudável emanada da educação proativa do promissor Carlos da Maia, em *Os Maias*, são exemplos paradigmáticos de como a doença romântica, tão euforicamente defendida pelo então jovem escritor, será posteriormente utilizada como significado disfórico de composição de personagens de dimensão sociocultural declarada, capazes de denunciar o estado de decadência de um país enclausurado em valores retrógrados e ideias anacrónicas.

Assim, partindo de um confronto de textos queirosianos, pretende-se aqui problematizar a importância do *topos* «doença», no imaginário romanesco do autor, contextualizando-o e focalizando-o à luz da evolução estética de Eça. O que era esta doença, tão romanticamente evocada na *Gazeta de Portugal*? Em que medida a própria debilidade física do escritor e o seu estado de doença crónica não terão contribuído para intervir no modo como a perspectivava²?

Eça de Queirós é um daqueles escritores cujo legado literário e cultural se presta a múltiplas abordagens e aos mais diversos enfoques. A riqueza e abrangência da sua obra tornam-na apetecível para, a partir dela, se dissertar sobre os mais diversos temas, mais ou menos distantes da literatura. Frequentemente, sobretudo quando se trata de motivos marginais e menores, essas abordagens resvalam para o campo do *fait divers* pitoresco, anedótico, para o terreno da pequena curiosidade e do pormenor, certo que aliciantes e apetecíveis, mas cujo alcance e interesse desmerecem a fortuna estético-cultural do escritor.

A tónica da doença é precisamente um desses temas, sobretudo se considerarmos a frágil condição física do escritor que, a ver pela sua epistolografia privada³, cedo começou a padecer de inúmeros problemas somáticos que conduziram à sua prematura morte. Por muito sedutora e interessante que pareça esta abordagem, a reflexão que aqui propomos não pretende explorar o filão biográfico, privilegiando, ao invés, o tratamento estético-narrativo e ideológico da doença, como tema, isotopia e signo atuante nas narrativas queirosianas.

¹ Carlos Mayer, um membro da geração do autor, seu colega em Coimbra que, no final do século integrará o grupo dos onze “Vencidos da Vida”, é das figuras menos conhecidas desta geração. Praticamente da mesma idade de Eça, nascido em 1846, formou-se em Medicina, na Escola Médica de Lisboa, apesar de se ter inicialmente formado em Filosofia em Coimbra, onde conheceu Eça e Antero. Foi, segundo António Zorro, “um desses belos espíritos multifacetados, dos quais se fica a conjecturar acerca do muito que nos poderiam ter legado se não se tivessem distribuído por tantas manifestações de atividade e, sobretudo, se houvessem tomado a vida um pouco mais a sério.” (Zorro, 1989: 160).

² Sobre a doença que vitimou Eça veja: Cruz, 2004.

³ No artigo «Doenças I», Álvaro Campos Matos faz uma breve resenha de cartas particulares, em que Eça alude ao seu estado de saúde (Matos, 1993: 287-288).

A obra de Eça de Queirós, à semelhança do que ocorre noutras de seus contemporâneos, tematiza recorrentemente o tema da doença, glosando diversas isotopias¹ que permitem múltiplas focagens e perspectivas². Importa, assim, desde já destrinçar duas vias de análise, igualmente proficuas e que não ficarão esgotadas, seguramente, nesta abordagem: uma que lê a doença anímica, fortemente simbólica, de matriz ideológica romântica; outra, porventura mais interessante que esta, que perspetiva a ‘doença’, no sentido denotativo do termo, e que tem consequências narratológicas interessantes, nomeadamente na construção de algumas personagens e de certos cenários sociais.

2. Da doença simbólica: a “doença magnífica”

Num conhecido passo de *Os Maias*, Afonso da Maia, o respeitado patriarca da família, tece o seguinte comentário, a propósito da decisão de seu neto Carlos em cursar Medicina, contrariando a tradição que destinava aos jovens aristocratas o bacharelato em Direito:

Num país em que a ocupação geral é estar doente, o maior serviço patriótico é incontestavelmente saber curar (Queirós, s/d: 89).

Além de traduzir um argumento de inteligência superior que destaca a exceção de Afonso, na galeria de personagens deste romance, estas palavras arrastam consigo implicações mais profundas, aqui matizadas pela opção humorística e desconcertante da cena dialogada³. Esta declaração de Afonso, para escândalo das velhas Silveiras, poderia constituir-se como subtítulo desta obra, pois a doença a que Afonso alude é a tradução metafórica do quadro sociopolítico desenhado e caricaturado em muitos locais desta narrativa, desde os mais conhecidos episódios de forte incidência social, até ao âmago da intriga incestuosa que acaba por preencher a substância grotesca da diegese (Monteiro, 1990). As cenas da vida romântica que compõem o mosaico de *Os Maias* evidenciam, de facto, como denominador comum, o tópico da doença anímica, expressivamente representada no diálogo entre Carlos e João da Ega, na última cena da narrativa:

Uma comoção passou-lhe na alma, murmurou, travando do braço do Ega:

— É curioso! Só vivi dois anos nesta casa, e é nela que me parece estar metida a minha vida inteira!

Ega não se admirava. Só ali, no *Ramalhete*, ele vivera realmente daquilo que dá sabor e relevo à vida — a paixão.

— Muitas outras coisas dão valor à vida... Isso é uma velha ideia de romântico, meu Ega!

— E que somos nós? — exclamou Ega. — Que temos nós sido desde o colégio, desde o exame de latim? Românticos: isto é, indivíduos inferiores que se governam na vida pelo sentimento, e não pela razão... (Queirós, s/d: 714).

A doença da degenerescência social e do sentimentalismo desarmado que afeta a maior parte das personagens da narrativa é olhada pelo velho Afonso com uma grande lucidez

¹ Usamos o conceito de isotopia, tal como o definiu Greimas em *Sémantique Structurale*, no final da década de 60 do século XX: “Considerando-se *iteratividade* a reprodução, na cadeia sintagmática, de grandezas idênticas ou comparáveis, situadas num mesmo nível de análise, entende-se por *isotopia* a iteratividade de classes responsáveis pela homogeneidade do discurso. O termo foi criado por A. J. Greimas e apareceu pela primeira vez em *Sémantique structurale* (1966).” (Quintela, s/d).

² A este respeito, leia-se um artigo de Carlos Reis, em que se apresenta o panorama da literatura portuguesa de Oitocentos que tematiza a doença e a medicina, enquadrando-as no Positivismo do século (Reis, 2006).

³ A narração em *showing*, processo narrativo que anula a distância entre tempo diegético e tempo discursivo, é uma opção bem conhecida dos narradores de Eça que geralmente dela retiram certas consequências teatrais e humorísticas.

e distanciamento, levando-o a tentar proteger o neto da educação caduca, bafienta e pouco esclarecida do Portugal de então, ao optar por um conjunto de decisões polémicas e pouco ortodoxas. Contudo, numa ágil construção trágico-cômica, o destino reserva a Carlos da Maia um desfecho semelhante: Ofélia Paiva Monteiro oferece, a este respeito, uma interessante leitura do substrato grotesco de *Os Maias*, sublinhando que as histórias das três gerações Maias ilustram, todas, a “endêmica do sentimentalismo inerme, onde paixão e ideologia se reúnem como em *L'éducation sentimentale* de Flaubert, mostram na última delas a virulência mais grave da doença, já que aí ocorre o clímax aberrante do incesto, cometido por um jovem educado à inglesa para ser furtado aos malefícios da canhestrice beata da formação lusa, efetivamente geradora de Eusebiozinhos.” (Monteiro, 1990: 31).

Que doença será esta, então, que contamina o país, não poupando classes, grupos nem instituições? Poderemos lê-la como uma contingência portuguesa, típica de um país em estado de decadência permanente? Haverá, na ótica de Eça, alguém que escape a esta peste que parece estar inscrita no código genético da nação?

A prosa queirosiana, desde os primeiros textos de estreia na *Gazeta de Portugal*, ensaia a construção de espaços sociomentais propensos a este exercício de decadência anímica que, nos romances realistas, será aperfeiçoado e desenvolvido de um modo mais metódico. Imbuídos ainda de um lastro romântico inquestionável, os “folhetins bárbaros”, publicados nos anos de 1866 e 1867, fazem a apologia da doença, ilustrada pelo excerto supracitado de «Uma Carta». Inclusive, transpondo as fronteiras do ficcional, se lermos a descrição que Jaime Batalha Reis¹ faz do próprio jovem Eça, no momento de criação destes textos, conseguimos captar os mesmos tiques nervosos e a mesma atração pelo lado febril da vida:

Não podia suportar poeira nas mãos e erguia-se amiúde da mesa para – interrompendo a composição, mas recitando em voz alta as frases já escritas – ir, cuidadosamente, lavar as pontas dos dedos. Fumava cigarros sem cessar, enquanto compunha, inclinado sobre o papel que olhava muito de perto. E, uma vez embebido nas suas criações, não falava, não escutava, não atendia a coisa alguma – embrulhando o cigarro, indo lavar as mãos ou fechar a porta, passeando pela casa, muito curvo, dando passadas altas e largas, fazendo gestos de dialogar com alguém invisível, resfolegando ruidosamente, abrindo muito os olhos, elevando e baixando nervosamente as sobrancelhas, as pálpebras e a rugas horizontais da testa, onde ondulava, convulsa, a sua madeixa corredia, negra e triangular. (Reis, 2004: 170).

No tempo em que o Romantismo “estava nas nossas almas”, como Eça confia a Carlos Mayer, e em que até a encenação criativa era contaminada por essa atração romântica, mais literária e simbólica do que real, pelos estados febris e alucinados, Eça valoriza, nas suas narrativas ainda incipientes, todas as personagens marginais que, de uma forma ou de outra, se opõem ao materialismo da sociedade real: saltimbancos, poetas líricos, músicos, artistas. Todos almas sensíveis e todos descritos sob o signo da hipersensibilidade, da doença anímica, da alucinação. Assim é Estêvão Basco, o protagonista de «Onfália Benoiton», vítima do desajustamento social; assim é o saltimbanco ou o poeta lírico de «Farsas» ambos proscritos e miseráveis; assim é o “pobre moço” de «A ladra»².

O lastro romântico que originou estas personagens em projeto manter-se-á na ficção da maturidade, em que todas as personagens conotadas com o Romantismo são identificadas com o topos temático da doença. Do poeta Alcoforado de *O Crime do*

¹ Referimo-nos ao prefácio que Batalha Reis escreveu para a primeira edição de *Prosas Bárbaras*, em 1903, por Luís de Magalhães, agora publicado na edição crítica de *Textos de Imprensa I* (Queirós, 2004).

² Título do primeiro fragmento de «Farsas» (Queirós, 2009).

Padre Amaro, a Alencar de *Os Maias*, sem esquecer Ernestinho Ledesma de *O Primo Basílio*, todas eles são envoltos num halo lúgubre, traduzindo atitudes e valores que remetem para um certo fascínio pelo *locus romanticus*: desde a descrição física, cuidadosamente débil e teatral, até às atitudes excêntricas, tudo nelas aponta para um diálogo com o seu tempo, não em termos de cópia servil do real¹, mas como componentes de mundos epistémicos que representam crenças, atitudes, valores e ideias de um tempo².

Porém, através destas personagens, Eça acaba por valorizar a dimensão romântica desta *doença*, cujo testemunho mais eloquente se encontra na pervivência de Alencar ao longo da narrativa de *Os Maias*, figura que aparece e reaparece, ostentando, nas palavras de Carlos Reis, uma significativa “resiliência” que dá que pensar³. A pureza, a candura, a genuinidade de Alencar acabam por torná-lo uma personagem muito mais relevante e importante do que aparenta, sobretudo porque exposta em antítese com outros tipos, veiculando alguns sentidos valorizados do *mal romântico*. Através dele, é novamente enaltecida a “doença” romântica, embora de um modo menos entusiástico do que na década de sessenta, mais matizado e muito mais problemático.

3.A doença como social e política: a lição comtiana

Todavia, enquadrada num cenário de tematização social realista, esta doença é também um mal coletivo, partilhado geracionalmente, endémico ao país. A descrição do Largo de Camões ao Chiado, no final de *O Crime do Padre Amaro* é bem reveladora de um cenário social degenerado, inerte, mole, apático e doente:

E com um grande gesto mostrava-lhes o Largo do Loreto, que àquela hora, num fim de tarde serena, concentrava a vida da cidade. Tipoiias vazias rodavam devagar; pares de senhoras passavam, de cuia cheia e tacão alto, com os movimentos **derreados**, a **palidez clorótica** duma **degeneração** de raça; nalguma **magra** pileca, ia trotando algum moço de nome histórico, com a face ainda **esverdeada** da noitada de vinho; pelos bancos de praça gente estirava-se num **torpor de vadiagem**; um carro de bois, aos solavancos sobre as suas altas rodas, era como o símbolo de agriculturas atrasadas de séculos; fadistas gingavam, de cigarro nos dentes; algum burguês **enfastiado** lia nos cartazes o anúncio de operetas obsoletas; nas **faces enfezadas** de operários havia como a personificação das indústrias **moribundas**... E todo este mundo **decrépito** se movia lentamente, sob um céu lustroso de clima rico, entre garotos apregoando a lotaria e a batota pública, e rapazitos de voz plangente oferecendo o *Jornal das pequenas novidades*: e iam, num vagar madraço. Entre o largo onde se erguiam duas fachadas tristes de igreja, e o renque comprido das casarias da praça onde brilhavam três tabuletas de casas de penhores, negrejavam quatro entradas de taberna, e desembocavam, com um **tom sujo de esgoto aberto**, as vielas de todo um bairro de prostituição e de crime. (Queirós, 2000: 1033-1034).

Assinaladas a negrito, realçam-se as palavras que apontam para a descrição de uma sociedade doente, inerte e sem capacidade de se regenerar. Neste cenário, se passeiam,

¹ A este respeito, é muito interessante a carta pública que Eça dirige a Carlos Lobo d'Ávila sobre a construção da personagem de Alencar demonstrando que a sua criatura não fora inspirada pelo poeta Bulhão Pato, como Pinheiro Chagas abusivamente o acusa, num artigo publicado no jornal brasileiro *País*. Veja-se: «Tomás de Alencar: uma explicação» (Queirós, 2009: 223-231).

² Sobre a capacidade representativa da figura de ficção, veja-se artigo de Carlos Reis, «Narratologia(s) e Teoria da Personagem» (Reis, 2006^a: 9- 23).

³ Citamos um texto do autor inédito, gentilmente cedido: REIS, C. (2011). «Figurações da personagem realista: os bigodes e os rasgos de Tomás de Alencar». Congresso Internacional “O Século do Romance. Realismo e Naturalismo na Ficção Oitocentista” (Coimbra, CLP/FLUC, 10 a 13.11.2011).

alheios a tudo, o Padre Amaro, o cónego Dias e o Conde de Ribamar, representantes da elite eclesiástica e política de um país a que chegavam ecos das convulsões europeias. Um panorama degenerescente que poderia muito bem ser rotulado com uma breve descrição de «Onfália Benoiton»¹:

Hoje entre esta geração sonolenta, noturna, inútil, e fraca, homens entorpecidos pela retórica, pelos textos, pelas regras, que petrificam as livres palpitações do ser, que passam um traço negro sobre o ideal, que são os fechos da Bíblia humana, que são os sacristães da arte e os glorificadores de toda a víscera morta (...) (Queirós, 2009^a: 98).

Teria Eça lido Auguste Comte quando isto escreveu? É que a lição comtiana está aqui, bem ilustrada. O positivismo de Comte, na valorização da doença como fenómeno sociopolítico, perpassa nestes textos do autor, ecoando nas palavras do velho Afonso da Maia supracitadas. A doença queirosiana é, assim, sobretudo um fenómeno político e social que ultrapassa a mera sintomatologia fisiológica. A apatia moral, a indiferença, a infertilidade criativa, refletidas pelos cenários sociopolíticos das narrativas queirosianas, desde os esboços de contos da *Gazeta de Portugal*, até aos romances do final da sua vida, denunciam uma visão filosófica da doença, de matriz comtiana. Para Auguste Comte, doença e saúde são conceitos que devem, obrigatoriamente, suscitar leituras transversais e abrangentes, pois que são fenómenos sociais e de dimensão filosófica e política:

“Le véritable objet de la médecine comtienne serait donc de guérir la société de ses maux, davantage que de soigner une mécanique corporelle; la maladie qu’il considère au-delà de tous les symptômes individuels, c’est la maladie historique qui enfievre l’occident depuis l’embranlement de l’équilibre féodal.” (Dupin, 2010: 3).

4. Carlos da Maia: médico em projeto e a ironia do tempo

Nesta perspetiva positivista, o médico não poderia ser apenas o técnico cirúrgico que, dominando um conjunto de técnicas, resolveria problemas físicos. O médico comtiano, à semelhança de um sacerdote, deveria ser um homem excecional, capaz de integrar o seu saber científico num âmbito filosófico mais alargado.

Nesta linha de raciocínio, parece-nos interessante explorar a vocação médica de uma personagem queirosiana: Carlos da Maia. Como já notámos, a escolha pela Medicina em Carlos provocou, na conservadora sociedade assídua nos serões de Santa Olávia, uma reação de estupefação e de incompreensão. Nos primeiros capítulos de *Os Maias*, o narrador descreve com algum pormenor esta vocação por parte do protagonista, menino educado fora dos padrões protetores e antiquados da educação portuguesa, amante da natureza e do lado prático da vida. Assim, cursar Medicina seria mais uma marca da excecionalidade do protagonista, distinguindo-o da corrente nacional que reservava o bacharelato em Leis aos filhos de boas famílias. Opção, além do mais, apoiada por Afonso, que, como o próprio afirma, não o educa “para vadio, muito menos para amador: educo-o para ser útil ao seu país...” (Queirós, s/d: 88).

De facto, o narrador onisciente explica a escolha de Carlos: “como em pequeno o tinham encantado as formas pitorescas das vísceras – atraíam-no agora estes lados militantes e heroicos da ciência.” (Queirós, s/d.: 89). Fruto da educação progressista e liberal que o avô lhe proporcionara, a formação em Medicina era vista como um indício de vida útil, prática e ativa. Contudo, já nesta visão projetiva da personagem se detetam marcas vividamente românticas e ideais que, no final, ditarão o seu fracasso, marcas

¹ Penúltimo folhetim publicado na *Gazeta de Portugal* em 1867. Presentemente, o texto encontra-se em: Queirós, 2009^a: 95-106.

aliás bem claras na descrição que o narrador nos deixa da montagem do seu consultório em Lisboa.

Carlos da Maia, médico em projeto, é vencido por marcas estruturantes que nenhuma educação conseguiria debelar: o esteticismo, o diletantismo e a dispersão, indícios de um Fradique *avant la lettre*, impedem-no de concretizar a missão de utilidade cívica que a formação em Medicina lhe poderia abrir.

A ironia suprema deste romance é, assim, conseguida através da construção do seu protagonista: educado e iniciado na vida social com um conjunto de instrumentos que lhe poderiam ditar o sucesso, Carlos perde-se e fracassa. Esta é a mensagem mais vívida do estado de um país doente, endemicamente doente, impossibilitado de se regenerar: a inviabilização do futuro profissional de Carlos da Maia é o símbolo de uma congénita vocação para o fracasso do próprio país. Mais do que a familiar “vocação para a desgraça” ou “espécie de maldição familiar”, o fracasso de Carlos da Maia deve ser entendido como um signo ideológico operante, denunciador do estado anímico, moral, político e social do Portugal oitocentista.

BIBLIOGRAFIA

Buescu, H. C. (Coord.) (1997). *Dicionário do Romantismo Literário Português*. Lisboa: Caminho.

Cruz, I. (2004). *O caso clínico de Eça de Queirós*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia.

Dupin, F. (2010). «Réformer la médecine par la littérature: l'éducation des médecins dans la politique positive d'Auguste Comte». In: *Cahiers de Narratologie*. N.º 18. Consultado em março de 2012 em <http://narratologie.revues.org/5981>; DOI:10.4000/narratologie.5981

Guerra da Cal, Ernesto, (1975), *Lengua y Estilo de Eça de Queiroz – Apêndice Bibliografia Queirociana sistemática y anotada e iconografia artística del hombre y la obra*, Tomo 1º, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.

Guerra da Cal, Ernesto, (1976), *Lengua y Estilo de Eça de Queiroz – Apêndice Bibliografia Queirociana sistemática y anotada e iconografia artística del hombre y la obra*, Tomo 2º, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lima, Isabel Pires, (1987), *As máscaras do Desengano. Para uma abordagem Sociológica de «Os Maias» de Eça de Queirós*, Lisboa, Caminho.

Magalhães, José Calvet, (2000^a), *Eça de Queiroz. A Vida Privada*, 4ªed., Lisboa, Editorial Bizâncio.

Matos, A. C. (Org. e Coord.), (1993). *Dicionário de Eça de Queiroz*. 2.ª ed. Lisboa: Caminho.

Monteiro, O .P. (1990). «A poética do grotesco e a coesão estrutural de *Os Maias*». In: Reis, C. (Coord). *Leituras d'Os Maias*. Coimbra: Livraria Minerva, pp. 15 - 42

Queirós, E. (2000). *O Crime do Padre Amaro*. Edição Crítica de Carlos Reis e Maria do Rosário Cunha. Lisboa: INCM.

Queirós, E. (2009). *Cartas Públicas*. Edição Crítica de Ana Teresa Peixinho. Lisboa: INCM.

Queirós, E. (2009^a). *Contos I*. Edição Crítica de Marie-Hélène Piwnik. Lisboa: INCM.

Queirós, E. (s/d). *O Primo Basílio*. Lisboa: Livros do Brasil.

Queirós, E. (s/d). *Os Maias*. Lisboa: Livros do Brasil.

Queirós, E. (s/d). *Uma Campanha Alegre*. Lisboa: Livros do Brasil.

- Quintela, R. (s/d). «Isotopia». In: Ceia, C. (s/d). *E-Dicionário de Termos Literários*. http://www.edtl.com.pt/index.php?option=com_mtree&task=viewlink&link_id=450&Itemid=2(Consultado em março de 2012).
- Reis, C. (1997), *Eça de Queirós Consul de Portugal à Paris 1888-1900*, Paris, Centre Culturel C. Gulbenkian.
- Reis, C., (1999), *Estudos Queirosianos. Ensaio sobre Eça de Queirós e a sua Obra*, Lisboa, Presença, pp. 156-163.
- Reis, Carlos, (2002), «Eça de Queirós e a estética do pormenor», *Actas do Congresso de Estudos Queirosianos. IV Encontro Internacional de Queirosianos*, Coimbra, Livraria Almedina, pp.13-30.
- Reis, C. (2006). «Nada de sustos: representações literárias da ciência e da medicina». In: Pereira, A.L. e Pita, J. R. (Coord.). *Miguel Bombarda e as singularidades de uma época*. Coimbra: IUC, pp. 23- 39.
- Reis, C. (2006^a). «Narratologia(s) e Teoria da Personagem». In: Reis, C. (Coord.). *Figuras da Ficção*. Coimbra: CLP, pp. 9-23.
- Reis, J. B. (2004). «Na primeira fase da vida literária de Eça de Queirós». In: Reis, C. e Peixinho, A.T. (Eds). *Textos de Imprensa I (da Gazeta de Portugal)*. Edição Crítica da Obra de Eça de Queirós. Lisboa: INCM, pp. 165-198.
- Zorro, A. M. (1989).), «Carlos Lima Mayer desmente Fialho de Almeida». In: A.A. (1989). *Os Vencidos da Vida*, Ciclo de Conferências Promovido pelo Círculo Eça de Queiroz, Lisboa, pp.155-165.

UMA HISTÓRIA DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: O PATRIMÔNIO CULTURAL DA SAÚDE DE MINAS GERAIS – BRASIL

Rita de Cássia Marques
Anny Jackeline Torres Silveira
Betânia Gonçalves Figueiredo

Resumo

O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa desenvolvida, entre 2008 e 2011, sobre o patrimônio arquitetônico de instituições de saúde construídas desde 1808 a 1958, em Minas Gerais (Brasil). Foram elaborados 55 verbetes de instituições como hospitais, centros de pesquisa, escolas e órgãos públicos de três cidades que foram capitais do estado: Mariana, Ouro Preto e Belo Horizonte. Nos verbetes constam um histórico, a descrição arquitetônica, fotos e informações sobre tombamento ou não da instituição. A pesquisa também apresentou diagnóstico sobre os acervos que se encontram nessas instituições favorecendo o surgimento de novas pesquisas

Introdução

O conceito de patrimônio que informa a execução deste trabalho fundamenta-se em uma percepção ampliada, apoiada no debate internacional mais recente referente ao tema e que tem possibilitado construir uma agenda de preservação que não se limita aos cuidados com os bens edificados. Trata-se de compreender a inserção dos homens e das mulheres nesses espaços, suas representações sociais, as construções de significados envolvendo a atividade profissional. Desse modo, foi possível elaborar e trabalhar com uma agenda de preservação do patrimônio histórico e cultural, iniciada nos anos 1960 e com ressonância em diversos países, na formulação e implantação de iniciativas de resgate da memória e de conscientização da sociedade sobre a importância desse patrimônio.

Nos anos 1980, cresceu o número de iniciativas de preservação dos suportes da memória e de valorização de seus vários modos de registro. Essas duas linhas de iniciativas apoiam-se na ideia do direito à informação como atributo fundamental ao exercício da cidadania. No caso do Brasil, é possível afirmar que, sob certos aspectos, o processo de redemocratização do país viabilizou a restituição de direitos civis e políticos, o que proporcionou condições favoráveis para inúmeras ações dirigidas à valorização e à preservação da memória e do patrimônio documental de vários segmentos sociais e profissionais no país. O mesmo movimento aconteceu em outros países latino-americanos, com a recuperação e a consolidação da liberdade de expressão e a ampliação da participação social, com repercussões na forma de se lidar com temas como memória e patrimônio.

No Brasil, constatam-se inúmeras ações, especialmente a partir dos anos 1980, exemplificadas pelo desenvolvimento de áreas específicas do conhecimento no campo da saúde com a formação de profissionais e a produção de pesquisas nas áreas de história da saúde e de suas práticas, além das políticas de divulgação das ciências da saúde. Nesse sentido, é crescente o número de pesquisas abordando a história da ação de entidades profissionais, a trajetória dos espaços de formação (academias e escolas médicas), a produção científica, o percurso de personagens na área da saúde. Concomitantemente, cresce a necessidade de se preservar os diversos registros (documentos, edificações, práticas e padrões de procedimento) produzidos e desenvolvidos na área. Todo esse movimento inscreve-se – ao lado das pesquisas históricas – em um processo bem sucedido que hoje nos demanda maior integração e

ações cooperativas. No Brasil, essa integração já se efetiva entre os Ministérios da Saúde e da Cultura e, recentemente, passou a ter tratamento adequado na programação orçamentária pública na área da saúde. Na América Latina, esse movimento não se restringe ao Brasil. Começou no Chile e hoje se espalha pelo continente, com uma base de dados constituída e sítios na internet, com o apoio Organização Pan-americana da Saúde -OPAS. Citam-se a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e a constituição de uma rede do Patrimônio Cultural da Saúde.

Um dos frutos desse processo é o projeto “Rede Brasil: Inventário do Patrimônio Cultural da Saúde: bens edificados e acervos 1808-1958”, coordenado pela Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz/Ministério da Saúde. Esse projeto integra um movimento mais amplo dedicado à preservação e à divulgação do patrimônio da saúde em países da América Latina e do Caribe. No Brasil, o projeto conta com coordenadores regionais, responsáveis pelas pesquisas sobre as instituições das capitais de vários estados. O marco cronológico foi delimitado de forma a serem incluídos os bens móveis e imóveis da saúde, no período compreendido entre os anos de 1808 – data da chegada da Corte portuguesa ao Brasil – e a década de 1950, período considerado como marco no desenvolvimento e na institucionalização da medicina e da saúde pública no país. Merecem destaque a criação do Ministério da Saúde em 1953 e a imposição de um novo modelo de edificação e organização dos estabelecimentos hospitalares (o monobloco), além da instauração de um novo momento da vida política brasileira com a inauguração de Brasília (SANGLARD e COSTA, 2008).

O projeto nacional contempla apenas as capitais dos estados. Mas, visto que, no período, a capital de Minas Gerais mudou de cidade, optamos por pesquisar as instituições de Ouro Preto (1720-1897) e Belo Horizonte (1897-atual). Aberta a exceção, decidimos por incluir Mariana (1711-1720), a primeira capital do estado. Nas três cidades, foram pesquisadas 55 instituições da área de saúde, entre escolas, institutos de pesquisa, hospitais e órgãos da burocracia (MARQUES, SILVEIRA, FIGUEIREDO, 2011).

Foi desenvolvida uma metodologia para o inventário realizado nas capitais brasileiras, ajustada com a coordenação nacional do projeto e com a coordenação latino-americana, baseada em uma ficha de catalogação que inclui: nome da instituição (atual e demais denominações), localização, categoria (hospital geral, estabelecimento de ensino, etc...), proprietário, construtor, um pequeno histórico da instituição, descrição arquitetônica, dados sobre o tombamento, com as respectivas referências bibliográficas e imagens.

Os historiadores que se dedicam às novas abordagens do tema do patrimônio enfrentam dificuldades variadas relacionadas às fontes nem sempre organizadas e muitas vezes inexistentes, revelando a falta de preocupação com a preservação da memória desses lugares/instituições. Infelizmente essa situação não se restringe ao estado de Minas Gerais. A pouca importância devotada à memória fica exemplificada na grande dificuldade encontrada durante a pesquisa na identificação dos autores/construtores das instituições focalizadas. Na maioria das vezes, não foram encontradas as plantas originais e, nas construções mais antigas, os proprietários atuais não possuem os registros ou informações que pudessem indicar o destino da planta arquitetônica original. Tais dificuldades reforçam a necessidade de uma política moderna de preservação documental, alinhada com as práticas da museologia e da arquivologia contemporânea; entre elas, a construção de tabelas de temporalidades que estabelecem toda a vida da documentação até o descarte ou o recolhimento em arquivo permanente.

Os primeiros hospitais em Minas Gerais

Os estudos dedicados à história da saúde – formas de assistência, práticas e crenças relacionadas à cura das enfermidades partilhadas pelas sociedades do passado –

sugerem que ,até o final do século XIX, a assistência hospitalar representava apenas “uma pequena parte no interior de um *patchwork* de cuidados formais e informais com a saúde” (GRANSHAW, 1997, 1180). Tais estudos também revelam que foi somente na segunda metade do século XIX que a instituição hospitalar passou realmente a ser um centro de discussão, desenvolvimento, divulgação, ensino e aplicação das teorias médicas. Até aquele momento, esses estabelecimentos foram, “predominantemente um lugar de assistência e convalescença” (GRANSHAW:1997, 1180) assemelhando-se mais a um asilo para o acolhimento e proteção dos desamparados – órfãos, velhos, loucos, enfermos e miseráveis – que propriamente a um espaço dedicado à cura (SILVEIRA et all. 2011b). .

No Brasil, do século XIX, a assistência à saúde nem sempre passava pelos hospitais. Os médicos e cirurgiões eram escassos e o uso de plantas medicinais, águas minerais, rezas e mandingas concorria com os preparados dos boticários que proliferavam pelas cidades, assim como os tratados de medicina caseira (FURTADO, 2011; FIGUEREDO, 1999; MARQUES, 2007). A assistência hospitalar, quando existia, estava concentrada nos hospitais militares e nas Santas Casas de Misericórdia, comuns no litoral mas raras no interior do país (RUSSEL-WOOD, 1981). A explicação para a escassez de hospitais em Minas Gerais estava nas restrições que a Coroa Portuguesa fazia à circulação de religiosos pela região mineradora. No afã de combater o contrabando, os religiosos foram perseguidos, não pela religião, mas por poderem circular irregularmente com o ouro (BOSCHI, 1986). A diminuição de religiosos fez proliferar as irmandades leigas que assumiram o controle das igrejas e a assistência a seus filiados. (BOHRER, 1972, MARQUES, 2011a)

As irmandades leigas lutavam contra a falta de recursos e as esmolas e doações aumentavam ou diminuíaam de acordo com o estímulo dos governantes. As três cidades que abrigaram a capital mineria contaram com a presença das Santas Casas. Além de investigar as Santas Casas de Ouro Preto e Mariana, trabalhamos com mais três edificações do século XIX, na região: a Escola de Farmácia de Ouro Preto, o Hospital Vila São Vicente e o Hospital Mina da Passagem. A Santa Casa de Ouro Preto foi fundada em 1730 e instalada em 1740 na Praça Tiradentes. Em 1855, foi transferida para um prédio na Rua Nova. Para a Santa Casa de Ouro Preto, encontramos fontes sobre o prédio da Rua da Ponte, _mas tivemos dificuldades com a escassez de informações sobre os outros edifícios onde a instituição funcionou, consequência da inexistência de uma instância de preservação da memória da instituição. Alguns desses prédios serviram (ou ainda servem) a outras finalidades e outros ostentam apenas ruínas.

Apesar de encontrarmos algumas referências em textos sobre a Santa Casa de Misericórdia de Mariana, os dados sobre essa instituição são escassos. Instalada em fins do século XVIII, já em 1847 não recebia doentes, os quais passaram a ser atendidos no pequeno hospital montado pelas irmãs de caridade. Assim como desapareceu esse primeiro prédio, tanto em Ouro Preto quanto em Mariana, poucos exemplares da arquitetura colonial para a saúde sobreviveram até o século XX. Instituições pesquisadas ainda em funcionamento não mais ocupam os prédios originais, como a Santa Casa ou a Escola de Farmácia, na cidade de Ouro Preto.

A Escola de Farmácia da Universidade de Ouro Preto é um espaço que não poderia estar ausente da pesquisa, mesmo tendo mudado sua sede. O prédio antigo sobrevive graças ao empenho de algumas pessoas, como o Prof. Dr. Vitor Godoy, que, engajado na preservação da história e do patrimônio da instituição, contribuiu com esclarecedoras informações a respeito da criação, da trajetória e das mudanças por que passou a instituição.

O Hospital São Vicente de Paula, fundado em 1852, integrante das obras assistenciais da Congregação das Irmãs Vicentinas, abrigava, além do hospital, um lactário, um dispensário e um orfanato. Nenhuma dessas instituições está em funcionamento atualmente, mas suas edificações permaneceram com outra destinação dada pela Congregação. Os dados referentes ao Hospital São Vicente de Paula foram levantados junto às freiras da Congregação que continuam residindo na cidade de Mariana, onde mantêm uma escola e um pequeno hotel. Além dos relatos pessoais, as irmãs nos franquearam o acesso aos documentos escritos, imagens e objetos que são mantidos em um pequeno museu por elas organizado.

O Hospital da Mina de Passagem, em Mariana, foi obra de investidores ingleses que administraram a mina desde o século XIX. A implantação do hospital tinha como finalidade atender os funcionários da mina, mas esse atendimento acabou sendo estendido a toda a pequena comunidade da região que vivia em função das atividades geradas pela mineração. O hospital funcionou até meados do século XX, passando pela administração dos diferentes proprietários da Mina. Hoje demolido, o hospital foi excepcionalmente inserido no levantamento, visto que se mantém na memória dos moradores, que se referem a ele, com frequência, como “o seu hospital”. A existência do hospital na memória da população de forma tão viva reforça a ideia de patrimônio que permanece para além da mera edificação.

Ao fazer o levantamento em acervos variados e com fontes diversas, foi possível traçar um quadro sobre a assistência nessas duas cidades, pois na história dessas instituições encontramos informações sobre como se organizaram para atender à crescente demanda de sua população pelos serviços de saúde.

Belo Horizonte: a capital salubre

Em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais a partir de 1897, a distribuição espacial das edificações ligadas à saúde está relacionada com a história da ocupação do espaço urbano. Planejada nas pranchetas dos engenheiros, a cidade incorporava todas as modernas concepções do higienismo (BARONA, 2009). Inaugurada em 1897, encantou a todos com suas ruas largas, casas separadas umas das outras por jardins e quintais, áreas reservadas ao comércio, à administração pública, a moradias de funcionários e de militares. Além de ter cemitério, matadouro e demais equipamentos de higiene regulados pelo estado.

Um dos aspectos que mereceu destaque nos estudos realizados pela Comissão que escolheu o local da nova capital foi a salubridade da região. Os responsáveis pelo estudo ficaram atentos à topografia, ao clima, à umidade, à pressão, ao regime dos ventos, à composição e à permeabilidade do solo, à nosologia, à qualidade dos mananciais, à drenagem e ao sistema de esgotamento entre outros. Essa preocupação com a higiene reflete a importância assumida pela salubridade urbana na segunda metade do século XIX. Por essa época, o crescimento dos problemas sanitários trazidos pela urbanização reafirmava, no campo médico, uma percepção ambientalista das doenças, tributária do neo-hipocratismo (SILVEIRA, 2007) Ao mesmo tempo, o conhecimento médico ampliava-se, ao incorporar paulatinamente as descobertas proporcionadas pela “era da bacteriologia”, que atribuía a enfermidade à ação de um agente causal específico, presente no ambiente.

A associação entre doença e sujeira, que perpassava a opinião de médicos e leigos, tornou-se um componente instituinte do imaginário sobre a cidade, fundamentando grande parte das intervenções urbanas realizadas pelas autoridades daquele período. Outra associação importante era a que vinculava a higiene ao progresso: a salubridade urbana era vista como índice de modernidade e civilização. Esse ideário acabou

compondo a história da nova capital mineira, desde o momento de sua concepção até já bem entrado o século XX (SILVEIRA, 2011). Cidade moderna e higiênica contrapunha-se à antiga capital Ouro Preto marcada por ladeiras íngremes, clima frio e úmido, casas muito próximas umas das outras e excessivamente marcada pela herança colonial portuguesa de que a República, proclamada em 1889, tentava se livrar.

Com as boas condições de salubridade garantidas, não houve preocupação em inaugurar um hospital, em Belo Horizonte. Mas esse equipamento não demorou a se fazer necessário. Na área demarcada, próxima ao Parque Municipal, o primeiro hospital da cidade, chamado de Casa de Caridade, foi instalado em barracas de lona doadas provisoriamente pelo governo do estado e precisou da ajuda da sociedade local - com destaque para os maçons - que criou a Sociedade Humanitária da Cidade de Minas. No ano seguinte, em 1900, a Casa de Caridade muda de nome e passa a se chamar Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (MARQUES, 2001a), mesmo não estando ligada a uma irmandade de Misericórdia. A fundação da Santa Casa, contudo, não é suficiente para atender à demanda por assistência médica. Em suas proximidades, outras instituições surgiram, constituindo a primeira e a mais importante região hospitalar da cidade.

Como o planejamento da cidade não previra um grande espaço para a instalação de instituições de saúde, a solução encontrada foi a ocupação de terrenos do pulmão da cidade, o Parque Municipal, localizado nas proximidades da Santa Casa. Vários lotes foram cedidos e, assim, surgiram a Diretoria de Higiene, o Desinfectório, o Laboratório de Análises Químicas, o Instituto de Proteção e Assistência à Saúde (depois Hospital São Vicente,) a Escola de Enfermagem da UFMG; a Faculdade de Ciências Médicas; o Hospital dos Servidores do Estado (IPSEMG); a Cruz Vermelha de Minas Gerais; o Hospital SEMPER; o Hospital do Pronto Socorro; e o Hospital Infantil João Paulo II. O Hospital São Vicente foi o embrião do atual complexo do Hospital das Clínicas que engloba os seguintes anexos: Hospital São Geraldo, Hospital Borges da Costa, Ambulatório Oswaldo Costa, Instituto Jenny Faria, Ambulatório Bias Fortes, Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas Orestes Diniz, Ambulatório Pediátrico São Vicente e a Residência Médica.

A Santa Casa também se expandiu ganhando novo prédio na década de 1940 e incorporando novas edificações que hoje compõem o complexo da Santa Casa: Hospital São Lucas, Maternidade Hilda Brandão, Asilo Afonso Pena, Sanatório Imaculada Conceição (atual Centro de Especialidades Médicas). Ainda na mesma região, estão instalados o Hospital Maria Amélia Lins, o Hospital Militar, o Centro Psíquico da Adolescência e da Infância, o Instituto Raul Soares e o Hospital Mario Penna, entre outras instituições construídas após 1958 e, portanto, não pesquisadas neste projeto.

Outra região hospitalar configurou-se na cidade, no local que abrigou seu primeiro lazareto e que atendia aos variolosos: a região do Barro Preto. Nas imediações desse bairro, ocupado pelos trabalhadores que vieram construir a Nova capital, hoje estão instalados: o Hospital Felício Rocho, a Maternidade Odete Valadares, a Escola de Saúde, o Centro de Pesquisas René Rachou (Fiocruz-MG), o Hospital Vera Cruz e o Hospital Universitário São José.

As demais instituições pesquisadas encontram-se dispersas pela cidade e as mais distantes integram o terceiro agrupamento que se destaca, desta vez não pela localização mas pela destinação primeira – os sanatórios. O bom clima da cidade foi responsável pela instalação de diversos estabelecimentos para atender à demanda crescente por tratamento dos doentes atacados por tuberculose, na primeira metade do século XX. Além das pensões, hotéis e casas de repouso, presentes nas imediações do Parque Municipal, na década de 1920, foram aparecendo os primeiros sanatórios que se

localizam inicialmente fora da área central. Os construtores buscavam as regiões mais altas e mais afastadas do então centro urbano, com clima mais ameno, indicado para o tratamento da doença juntamente com repouso e boa alimentação. Nos morros distantes, surgiram os atuais hospitais: Madre Teresa, Julia Kubitschek, Eduardo de Meneses, Alberto Cavalcanti, Sanatório Hugo Werneck e Hospital da Baleia.

No início do século XX, Belo Horizonte era chamada de “cidade sanatório” denominação comum às cidades que se destacavam no tratamento da tuberculose. Outra alcunha que a cidade ganhou foi de “Suiça Mineira”. Com clima ameno e topografia montanhosa, a capital logo se tornou um polo de atração para tuberculosos que chegavam em busca da cura, forçando a construção de instituições específicas e a especialização de profissionais. Os tratamentos nos melhores estabelecimentos da cidade seguiam o padrão dos grandes sanatórios suíços como o de Davos: isolamento, tratamento rigoroso e disciplina extrema, cura baseada no repouso em posição alongada e banhos de sol.(CREMNITZER,2005, 19).

Embora Belo Horizonte tenha abrigado tuberculosos desde seus primeiros anos, seus grandes sanatórios só começaram a ser construídos no fim dos anos 1920. Esse processo culmina com a inauguração do Hospital Julia Kubitschek, em 1951, com seus 400 leitos dedicados ao tratamento da moléstia. Tais sanatórios confirmaram a fama da cidade que perdurou até a década de 1970 quando aconteceram mudanças na terapêutica e na política de assistência aos tuberculosos forçando a desativação e/ou as adaptações desses espaços.(MARQUES, GONÇALVES, 2011)

A realização do inventário arquitetônico e documental dessas instituições despertou o interesse pelo registro da história da saúde em Minas Gerais, o interesse por novas possibilidades de investigação dentro de um campo pouco explorado como a história das instituições pioneiras da saúde no Brasil. Este levantamento inicial tem como resultado um guia para futuras pesquisas e deve ser considerado um primeiro passo no sentido de se chamar a atenção para a importância da manutenção do patrimônio histórico dessas instituições e a preservação de sua memória.

Um aprendizado importante da pesquisa realizada foi a compreensão da obrigatoriedade de se abordar o tema do patrimônio com enfoque interdisciplinar. O trabalho conjunto dos historiadores com a arquiteta foi fundamental, tanto na pesquisa quanto na análise das fontes, pois as mudanças nas concepções de saúde ao longo do tempo foram acompanhadas por mudanças significativas na arquitetura que servia a instituições de saúde, como hospitais, institutos de pesquisas e escolas de formação dos profissionais de saúde.

O material coletado, muitas vezes inédito, oferece a oportunidade de uma análise mais ampla sobre o contexto do surgimento, implantação e consolidação das instituições de saúde em Minas Gerais. O pequeno número de instituições encontradas no século XIX pode ser entendido como reflexo do modo como a assistência à saúde se organizava no período, combinando a presença tímida do poder público com a mobilização e a atuação mais efetivas da caridade e da filantropia privadas. Esse número reduzido de instituições pode ser analisado como indício de concepções em torno dos processos saúde-doença que envolviam práticas e personagens distintos dos doutores formados nas academias.

Por outro lado, o século XX pode ser pensado como o período no qual a prática da medicina e sua importância junto à população aumentaram, ampliando significativamente o número e a natureza das instituições voltadas para a saúde – hospitais, institutos de ensino, órgãos administrativos ou de representação profissional. Esse avanço também pode ser mensurado pelo aumento e pela diversificação das profissões ligadas ao campo da saúde, assim como por sua crescente especialização. Por fim, a pesquisa realizada também sugere as mudanças na percepção sobre os

significados dos cuidados com a saúde, cada vez mais apoiados nos preceitos da medicina estruturada nos espaços acadêmicos, em sintonia com a saúde pública e a ação do estado.

A pesquisa evidencia a riqueza e a importância da preservação desse patrimônio da saúde em Minas, contribuindo para sua sistematização e divulgação. Aos poucos, mesmo que tardiamente, desenvolve-se uma cultura de respeito aos documentos do passado, preservando-os e disponibilizando-os à consulta e à pesquisa. Além disso, estimula-se o interesse, em Minas Gerais e no Brasil, em torno dessa temática e de outras iniciativas voltadas à preservação da memória e da história de instituições envolvidas com saúde e ciência. Por fim, este trabalho suscita reflexões que contribuem para o maior entendimento sobre a saúde em Minas além de disponibilizar acervos documentais para novas análises sobre o tema.

BIBLIOGRAFIA

- BARONA, Josep L. Genesis y dimensiones del higienismo. *LARS-cultura y ciudad*. N.15, 2009
- BOHRER, Alex Fernandes. *Breve Histórico Da Santa Casa De Ouro Preto*. Ouro Preto: Prefeitura Municipal De Ouro Preto;
- BOSCHI, Caio Cesar. *Os leigos e o poder: irmandades leigas e política colonizadora em Minas Gerais*. São Paulo: Ática, 1986
- CREMNITZER, J-B. *Architecture et santé: le temps du sanatorium en France et en Europe*. Paris: Editions Picard, 2005
- FIGUEIREDO, Betania Gonçalves. 'Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI(2): 277-91, jul.-out. 1999
- FURTADO, Junia. A medicina no império marítimo português. In; STARLING, Heloisa Maria Murgel, GERMANO, Ligia Beatriz de Paula, MARQUES, Rita de Cássia (orgs). *Medicina: historia em exame*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011
- Granshaw, Lindsay. The Hospital. In: Bynum, W F e Porter, Roy. (ed). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol.2. London: Routledge, 1997
- LOPES, Helio. Santa casa de Ouro Preto. IN; *Esboço Histórico do Hospital*. Instituto de Técnicos em saúde e Hospital, Fundação Belo Horizonte, 1972.
- MARQUES, Rita de Cássia. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) séculos XVIII-XX. *Dynamis*, 31(1), 2011a
- _____. A saúde na terra dos bons ares, poucos médicos e pouca fé. RESENDE< Maria Efigênia Lage e VILLALTA, Luiz Carlos (orgs.) *Historia de Minas Gerais: as Minas setecentistas*, vol.2. Belo Horizonte: Autentica, 2007, p.225-245
- _____, GONÇALVES, Huener. Construir, tratar e curar: a tuberculose na Suíça Mineira do século XX. In: MARQUES, Rita de Cássia, SILVEIRA, Anny Jackeline T. e FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *Historia da saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri-SP/Manole, 2011b, p.71-116
- _____, SILVEIRA, Anny Jackeline T. e FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *Historia da saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri-SP/Manole, 2011b
- Porter, Roy. *Das tripas coração: uma breve história da medicina* Rio de janeiro: Record. 2004
- Russel-Wood. Anthony J. R. *Fidalgos e Filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia. 1550-1755*. Brasília: UnB, 1981

SANGLARD, Gisele, COSTA, Renato Gama-Rosa. Memória, História e Patrimônio Cultural da saúde: uma história possível. In: PORTO, Angela, SANGLARD, Gisele, FONSECA, Maria Raquel Froes, COSTA, Renato da Gama-Rosa. *Historia da Saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico(1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVEIRA, Anny J T ; Marques, Rita C; Martins, Cláudia M M e Figueiredo, Betania F. Saúde e arquitetura em Belo Horizonte. In: . MARQUES, Rita de Cássia, SILVEIRA, Anny Jackeline T. e FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *Historia da saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri-SP/Manole, 2011b, p.117-158.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. A cidade da Faculdade. In: STARLING, Heloisa Maria.M, GERMANO, Ligia Beatriz, MARQUES, Rita de Cássia(orgs). *Medicina: historia em exame*. Belo Horizonte: UFMG, 2011. p.120-159

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. A Influenza Espanhola e a cidade planejada: Belo Horizonte, 1918. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2007.

LA CÁTEDRA DE HIGIENE EN LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 1900-1929.

Martha Eugenia Rodríguez Pérez

Resumo

La Escuela Nacional de Medicina de la ciudad de México, que debía arreglar sus programas en consonancia con las exigencias prácticas, impartió la cátedra de Higiene, enfocada a la salubridad pública y procurando que sirviera como uno de los factores para disciplinar moral y socialmente a los alumnos. A partir de 1904 contó con un libro de texto escrito por un autor mexicano, el *Tratado elemental de higiene* (leído durante muchos años) del doctor Luis E. Ruiz, hecho importante porque permitió que los estudiantes conocieran lo más moderno sobre la materia y empezaran realmente a estudiar la situación sanitaria de la capital.

Se analizará el plan de estudios de la cátedra de higiene y su contenido; los profesores que impartieron la materia y su aplicación práctica, que llevaba a tomar conciencia del ambiente insalubre y epidemiológico del país. El estudio finaliza en 1929, cuando la Universidad Nacional se declara autónoma, y por ende, la Escuela de Medicina, que revisaría su plan de estudios.

Introduccion

El presente estudio analiza la cátedra de higiene que se impartía en la Escuela Nacional de Medicina de la ciudad de México en el primer tercio del siglo XX, cuyo programa debía estar en consonancia con las exigencias prácticas, por ello se enfocó a la salubridad pública y procuró que sirviera como uno de los factores para ubicar a los alumnos en la sociedad, en la que debían guardar una correcta postura a nivel individual y hacia los demás.¹ Por tanto, se hace una reseña la escuela médica, del contenido de la cátedra de higiene, de la situación sanitaria de la capital mexicana y finalmente se hará referencia a la cátedra y su aplicación práctica, que llevaba a tomar conciencia del ambiente insalubre y epidemiológico del país. El estudio finaliza en 1929, cuando la Universidad Nacional se declara autónoma, y por ende, se reorganizan sus escuelas y planes de estudios.

La Escuela Nacional de Medicina

La Escuela de Medicina del México independiente se fundó en la capital del país en 1833 bajo el nombre de Establecimiento de Ciencias Médicas; con el correr de los años fue cambiando su denominación hasta llamarse en 1843 Escuela Nacional de Medicina, instalada en el imponente edificio que había pertenecido al Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición.²

La misión de la Escuela Nacional de Medicina consistió en formar profesionistas que atendieran las necesidades nacionales de prevención y asistencia médica. Para ello actualizó constantemente sus planes de estudio, que en el siglo XIX siguieron los patrones de las escuelas europeas, particularmente de Francia, y con el cambio de siglo principió la influencia norteamericana. De igual manera empezó un estrecho vínculo entre la Escuela Nacional de Medicina y el Hospital General, fundado en

¹ Archivo Histórico de la Facultad de Medicina (en adelante AHFM), Cátedra de higiene, leg. 195, exp. 2, (1914), 56-57.

² Y donde actualmente se ubica el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina, UNAM.

1905, a donde asistían los estudiantes a cursar la cátedras clínicas y las especialidades. Asimismo se reforzaron los cursos de histología, microbiología y aún más los de fisiología, fundamentalmente bajo la administración del doctor Fernando Ocaranza, quien dirigió la Escuela de 1925 a 1933. Un logro de este director fue consolidar el internado, que apareció en el plan de estudio de 1911, pero desaparecía con otros. En el internado, planeado para el sexto y último año de la carrera de medicina, los educandos debían rotar por los servicios de medicina, cirugía y obstetricia en el hospital citado y en el Hospital Juárez, que despuntaba por sus salas quirúrgicas.

Al iniciar el siglo XX la institución que se reseña pasó por una etapa difícil tanto política como económicamente, ya que en 1910 estalló la revolución mexicana, en la que hubo agitaciones sociales y se enfrentaron diferentes grupos políticos contra las autoridades gubernamentales. Ello repercutió en la Escuela, que vivió una etapa austera e inestable, que llevó a cambiar de directores con mucha frecuencia e impidiendo consolidar planes de trabajo. Por ejemplo, de 1902 a 1911 el titular de la institución fue el destacado médico higienista Eduardo Liceaga, quien también dirigió la máxima instancia en materia de salud, el Consejo Superior de Salubridad de 1885 a 1914. A partir de la renuncia de Liceaga a la dirección de la Escuela, entre 1911 y 1916 hubo nueve directores, para después reiniciar una época de ascenso, con autoridades que en promedio duraban en su cargo cuatro años.

La cátedra de higiene

Desde 1833, cuando se funda la moderna escuela de medicina, los planes de estudio contemplaron el tema de la higiene, aunque no como asignatura independiente. Del año citado a 1867 se denominó “Fisiología e higiene”; en 1868 adquirió el nombre de “Higiene pública”; en 1874 se llama “Higiene pública y materia médica”; en 1886 “Higiene”; en 1902 “Higiene y meteorología médica”; cuatro años más tarde se designa “Curso teórico práctico de higiene”¹ y posteriormente, retomó el nombre de “Higiene”. Los profesores que impartieron la materia en nuestro periodo de estudio fueron Luis E. Ruiz, Ángel Gaviño, Francisco Valenzuela y Salvador Bermúdez.

En nuestro periodo de estudio se da un hecho de gran trascendencia, se utiliza en las aulas un libro de texto escrito por un autor mexicano, que además era el titular de la materia, el doctor Luis E. Ruiz (1857-1914), quien hacía referencia a la situación sanitaria de la capital, a los problemas insalubres del país y a las enfermedades propias, ya que en el siglo pasado se leían textos europeos. El libro de Ruiz, el *Tratado elemental de higiene* (1904), fue leído en la Escuela durante muchos años, logrando que los estudiantes conocieran lo más moderno sobre la materia y tomaran conciencia de su realidad.

Por tanto, en el comienzo del siglo XX los conceptos que rigen la materia que nos ocupa son los del Profesor Ruiz, quien fue vocal del Consejo Superior de Salubridad. Así, para Ruiz la higiene era “el arte científico de conservar la salud y aumentar el bienestar”. Para mantener la salud había que poner en práctica ciertas reglas que prevenían las causas de la enfermedad, en tanto que el bienestar del organismo o su vigorización, radicaba en llevar una vida activa, con buena alimentación; hacer uso de la hidroterapia y someterse a las vacunaciones.² Para el ya citado titular del Consejo Superior de Salubridad, don Eduardo Liceaga, la higiene consistía en “mantener la salud y mejorar la condición física del ser humano” y para conseguirlo, no intentaba

¹ Rodríguez, Martha Eugenia, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833-1910*, México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008, pp. 87, 93.

² Ruiz, Luis E. *Tratado elemental de higiene*, México, Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento, 1904, pp. 3-5.

en principio curar a los enfermos, sino evitar que los sanos se enfermaran.¹ Estos principios continuaron vigentes en el primer tercio del siglo XX; había que poner atención en la población que gozaba de salud y por ende, podía ser productiva para la sociedad.

La cátedra de higiene fue teórico práctica; la primera se impartía en las aulas sumando un total de tres horas y media de clase a la semana; se ilustraba con el estudio de cartas murales y siempre que fuera posible, con proyecciones. Por su parte, la clase práctica consistió en realizar recorridos a los diversos rumbos de la ciudad para ver los resultados de las disposiciones vigentes para el alejamiento de los desechos humanos, basuras, aguas sucias, desechos industriales y animales; visitas a los barrios de la ciudad para estudiar el estado de las habitaciones de la gente pobre y la estadística de morbilidad y mortalidad; a obras y edificios públicos (hospitales, escuelas, mercados, plazas, cárceles), a un puerto de altura de la República y en repetir los estudios microscópicos y análisis de materias alimenticias que efectuaban el profesor y el preparador o ayudante, entre otras.² Para que la práctica fuera totalmente provechosa era preciso contar con un número de alumnos reducido, por lo que el día de la clase se distribuirían los estudiantes en tres grupos: uno trabajaría en el laboratorio, otro asistiría al Consejo de Salubridad y el último visitaría los establecimientos en la ciudad, de esta manera se irían rotando las actividades.³

Respecto a la importancia de la materia, el Profesor Luis E. Ruiz expresaba que todas las cuestiones gubernativas de interés internacional iban siempre aparejadas con la higiene, como el comercio exterior y la inmigración, a fin de que quedara garantizada la salud pública. “Esto hace ver con meridiana claridad, que el papel de la higiene no está limitado á dar reglas para cuidar la salud de cada uno, ni á formular los preceptos que han de favorecer la curación de los enfermos, sino que ya su intervención es también fundamentalmente social, pues debe cuidar ante todo la salubridad pública, la salud de las colectividades.”⁴ De estas sencillas consideraciones se infería, que siendo la Escuela Nacional de Medicina la encargada de impartir la enseñanza higiénica, debía arreglar sus planes de estudio de acuerdo a la realidad nacional, si es que quería cumplir con su cometido; de ahí la importancia de que el libro de texto fuera escrito por un autor mexicano.

Como Ruiz señalaba que la higiene se fundamenta en el conocimiento del mundo del hombre, su cátedra tenía que hacer referencia al entorno, al medio ambiente. Por ello planteó el estudio de la materia desde tres puntos de vista:

a) El medio o higiene general, refiriéndose, entre otros aspectos, al suelo, aire, agua, climatología (geografía médica, presencia de una serie de enfermedades: mal de san lázaro o lepra, tifo, fiebres intermitentes, reumatismo, mal del pinto, tos ferina, tuberculosis y otras); habitación (ventilación, excusados, iluminación); ciudad-campo (planificación, requisitos sanitarios para edificar, espacios libres en las ciudades, orientación de casas y calles, pavimentos, lavaderos y baños, alejamiento de los desechos); el vestido, la alimentación (análisis de la carne, leche, pan, huevos, vinos, cervezas, pulque y otros) y la demografía (natalidad, mortalidad, nupcialidad, morbosidad). Entre las magnas obras hechas para contribuir a la higiene, cabe

¹ Liceaga, Eduardo, “Presentación del proyecto del Código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos” en José Álvarez Amézquita, Historia de la salubridad y de la asistencia en México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, t. 1, p. 327-338.

² AHFM, Cátedra de higiene, leg. 193, exp. 6, (1915), 84-87.

³ AHFM, Programa para la cátedra de higiene, leg. 195, exp. 2, (1914), 56-58.

⁴ AHFM, Programa para la cátedra de higiene, Leg. 195, exp.2, (1914), 56-57.

mencionar la del desagüe de México, inaugurada en 1900 y ampliamente estudiada en la cátedra de higiene.

b) El individuo solo y en colectividad, señalando que la higiene individual era la base de la higiene pública; así, contemplaba el tema de las edades (infancia, juventud, madurez, vejez); las funciones (como la nutrición) y los grupos sociales (escolar, industrial, militar, marino, profesional y de detenidos).

c) El conflicto entre el medio y el hombre, describiendo la epidemiología (enfermedades transmisibles, profilaxia) y epizootias (zoonosis, policía de los animales), así como el estudio de la muerte (depósitos mortuorios, cementerios y cremación).

La cátedra de higiene también abordó el tema de la organización y legislación sanitaria, donde el documento a analizar fue el Código Sanitario promulgado por primera vez en México el 15 de julio de 1891 y quedando como plataforma para posteriores legislaciones.

Con la cátedra que se analiza se pretendía que los futuros médicos comprendieran el enlace que tenía la higiene con el perfeccionamiento de la humanidad y con su natural e incesante aspiración al progreso, como lo enfatizaba el doctor Eduardo Liceaga en el prólogo que escribió al libro de Luis E. Ruiz.

La situación sanitaria de la capital mexicana

La vida en México durante el primer tercio del siglo XX no fue sencilla; hubo problemas de índole social, económico, político y sanitario. El descontento general de campesinos, artesanos, obreros, trabajadores industriales, burócratas, etcétera, se manifestó abiertamente en el movimiento revolucionario de 1910, que después de 30 años terminaba con la dictadura del presidente Porfirio Díaz y pretendía alcanzar un futuro prometedor, con mejoras laborales y sociales que permitieran salir de la pobreza. En cuanto al ámbito estrictamente médico, hubo múltiples casos de morbilidad y mortalidad por tuberculosis, tifo, tifoidea, viruela y afecciones gastrointestinales, entre otras, al grado de que en 1914 el doctor Eduardo Liceaga afirmara al presentar su renuncia al cargo de presidente del Consejo Superior de Salubridad que el país estaba dominado por las enfermedades transmisibles, refiriéndose a la viruela, tifo y escarlatina. A esta situación se sumó la desnutrición y la miseria, lo que generó el calificativo de “el año del hambre” para 1915, siendo difícil superar los problemas debido a la inestabilidad política, ya que entre 1911 y 1917 México tuvo ocho presidentes, lo que explica la imposibilidad de consolidar cualquier proyecto.

El Consejo Superior de Salubridad, institución responsable de dictar las reglas de higiene y salubridad, permaneció en funciones de 1841 a 1917. En ese marco temporal, su máxima aportación consistió en elaborar el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, documento que administraría un sinnúmero de tópicos sobre la higiene nacional. Después de su promulgación en 1891, se reeditó en 1902 y en 1926, a fin de actualizarlo a las circunstancias.

Al lado del magno documento, se dictaron múltiples medidas higiénicas a través de cuadernillos, cartillas y hojas impresas que se repartían entre la ciudadanía para enseñarlos a prevenirse de adquirir enfermedades, entre ellas la tuberculosis y el tifo, que era endémica en la capital del país, o si ya padecían la afección, para decirles cómo debían comportarse. Por ejemplo, los tísicos debían expulsar las flemas en

escupideras que tuvieran una solución antiséptica.¹

El periodo posrevolucionario inició en 1917 con la llegada al gobierno del presidente Venustiano Carranza, quien dictó la nueva Constitución Política del país, contemplando no sólo las necesidades cambiantes de la vida, sino también disposiciones referentes a la salud. Para ello se creó el Departamento de Salubridad Pública y el Consejo de Salubridad General que sustituía al Consejo Superior de Salubridad. Estas nuevas instancias serían las responsables de la policía sanitaria en puertos, costas y fronteras, de las medidas contra el alcoholismo, administración de vacunas y sueros, enfermedades contagiosas, inspección de medicamentos, salubridad en las calles, incluyendo la instalación de atarjeas, pavimentación y suministro de agua; saneamiento de espacios públicos y control de alimentos y bebidas, entre muchas otras acciones.

Pese a la nueva legislación sanitaria, las enfermedades infectocontagiosas seguían haciendo presencia, puesto que ni las reformas ni las revoluciones crean todo de nuevo.² Así, en 1918 surgieron los primeros brotes de influenza, que llegó a alcanzar proporciones epidémicas. Para hacerle frente, se destinaron tres pabellones del Hospital General y se dictaron medidas preventivas, como el frecuente lavado de manos, aislar a los enfermos en lazaretos, no saludar de mano ni de beso a las personas y desinfectar las habitaciones de los afectados.³ Asimismo, en la década de los años veinte el Departamento de Salubridad Pública impulsaba campañas contra el tifo, sífilis, escarlatina, paludismo y difteria; generalizaba el uso de vacunas y trabajaba en los servicios de drenaje y agua potable en la capital y en la provincia.

En cuanto al plan de estudios médico, fue necesario ir adaptándolo a las circunstancias, por ello se adicionaron en el rubro de la higiene urbana algunas generalidades sobre la planificación de las ciudades, como lo demandaba el crecimiento urbano. Igualmente se agregaron temas sobre métodos profilácticos de las enfermedades transmisibles (aviso obligatorio, aislamiento, cuarentena, etc.) y se actualizaba el tema de la legislación y organización sanitarias en México.

La cátedra y su aplicación práctica

Si bien es cierto que entre las cátedras de perfeccionamiento que figuran en la Escuela Nacional de Medicina de principios del siglo XX no está divisada la de higiene, bien podemos afirmar que la materia sí se contempló como una especialización al exterior del recinto escolar. Fue así porque en nuestra época de estudio las doctrinas higiénicas empezaban a difundirse más ampliamente; esto sucedió a partir de la expedición del primer Código Sanitario del país, promulgado, como ya se apuntó, en 1891 y con subsiguientes ediciones corregidas y aumentadas. El tema de la higiene también hizo presencia a través de los congresos nacionales y extranjeros que empezaban a organizarse y, desde luego, por la toma de conciencia de la comunidad académica y de las autoridades del gobierno ante un país insalubre, carente de los servicios básicos, como agua, alcantarillas, pavimentación, recolección de basura y con abundantes enfermedades que mientras unas alcanzaban proporciones endémicas,

¹ Martínez Cortés, Fernando. La medicina científica y el siglo XIX mexicano, México, Fondo de Cultura Económica, 1987, p. 143.

² González, María del Refugio. “Constitución, revolución y reformas. Derechos individuales y derechos sociales” en La revolución mexicana 1908-1932, México, Centro de Investigación y Docencia Económica, 2010, pp. 166-206.

³ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), Fondo: Salubridad Pública, Sección: Presidencia, Serie: Actas de sesiones, Caja 20, exp. 2, (1918), 2.

otras se generaban como epidémicas. El interés por el tema de la salud se enfatizó a partir de 1917, con su inclusión en la constitución política del país.

El hecho de contar con un texto escrito por un autor mexicano, el ya citado *Tratado elemental de higiene* de Luis E. Ruiz, permitía penetrar a la realidad mexicana, conocer las necesidades concretas de los ciudadanos y del país en general. Las páginas escritas por Ruiz complementaban muy bien las clases teóricas y las visitas que incluía el programa de estudios a las obras del desagüe, a hospitales, establos, mercados, cementerios y escuelas, entre muchos otros sitios. Asimismo, en 1916 apareció un libro más sobre el tema que nos ocupa, *La higiene en México* del ingeniero Alberto J. Pani,¹ quien comulgaba con la idea de que sin salud no podía haber progreso.

Ante la situación epidemiológica del país, existía una necesidad imperiosa de ahondar en los temas sanitarios, de ahí que la cátedra de higiene fuera de suma utilidad. Para el gobierno fue muy importante la contribución de la Escuela Nacional de Medicina que forjaba y difundía nuevos conocimientos, que de manera paulatina generarían hábitos de limpieza entre la población. Por su parte, la misión de la Escuela Nacional de Medicina consistió en formar profesionistas que atendieran los requerimientos nacionales de prevención y asistencia médica. A su vez, los egresados de la Escuela tenían el compromiso de poner inmediatamente en práctica los principios de la higiene, a través del consultorio donde no sólo administraban medicamentos al enfermo, sino también lo enseñaban a adquirir buenas prácticas alimenticias, corporales y mentales; a través de programas institucionales que coordinaban campañas contra las epidemias, de inspección sanitaria, de desinfección y de instrumentación de normas para favorecer y conservar la salud. Correspondió a los médicos, a nivel individual e institucional, internalizar los saberes higiénicos entre la sociedad. En suma, la escuela médica pretendía que la cátedra en cuestión sirviera “como uno de los factores para disciplinar moral y socialmente á los alumnos en su conducta como hombres y como profesionistas;” a estos últimos correspondió crear la cultura de la prevención, una de las vías para alcanzar el anhelado progreso nacional.

Bibliografía

Archivo Histórico de la Facultad de Medicina (AHFM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA).

González, María del Refugio. “Constitución, revolución y reformas. Derechos individuales y derechos sociales” en *La revolución mexicana 1908-1932*, México, Centro de Investigación y Docencia Económica, 2010, pp. 166-206.

Liceaga, Eduardo, “Presentación del proyecto del Código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos” en *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, 4 tomos.

Martínez Cortés, Fernando. *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987, 180 p.

Ocaranza, Fernando, *Historia de la medicina en México*, México, Laboratorios Midy, 1934, 214 p.

Pani, Alberto J., *La higiene en México*, México, Imprenta de J. Balleca, 1916, 274 p.

Rodríguez, Martha Eugenia, *La Escuela Nacional de Medicina, 1833-1910*, México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008, 222 p.

¹ Pani, Alberto J., *La higiene en México*, México, Imprenta de J. Balleca, 1916, p. 153.

Ruiz, Luis E., Tratado elemental de higiene, México, Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento, 1904, 532 p.

Soberón Acevedo, Guillermo, La protección de la salud en México, palabras, discursos, mensajes. México, Miguel Ángel Porrúa, 1987, 760 p.



La Escuela Nacional de Medicina

A Saúde Pública em Portugal (1834-1926): da doutrina à prática. O caso do distrito de Portalegre

Ana Isabel Silva

Resumo

O estudo incidirá sobre a Saúde Pública em Portugal e mais concretamente no Distrito de Portalegre, durante os períodos da Monarquia Constitucional e da I República. Tem como objectivos compreender o conceito de Saúde Pública e a doutrina vigente a nível nacional, regional e local, caracterizando as respectivas estruturas administrativas e fiscalizadoras; analisar a realidade dos diferentes sectores abrangidos pela Saúde Pública, bem como as medidas tomadas pelas autoridades para a resolução dos problemas detectados; e verificar, em conclusão, qual a relação entre a teoria e a prática, tendo em conta permanências e mudanças entre o liberalismo e o republicanismo.

Introdução

O presente estudo incide sobre a Saúde Pública, nas suas diversas vertentes e no confronto entre a teoria e as realidades concretas, em Portugal e mais concretamente na área do Distrito de Portalegre, durante os períodos da Monarquia Constitucional e da I República.

Tem como objectivos compreender o conceito de Saúde Pública e a doutrina vigente a nível nacional, regional e local, nos períodos considerados, tendo em conta as permanências e as mudanças entre o liberalismo e o republicanismo; identificar e caracterizar as respectivas estruturas administrativas e fiscalizadoras; analisar a realidade dos diferentes sectores abrangidos pela Saúde Pública, bem como as medidas concretas tomadas pelas autoridades competentes para a resolução dos problemas detectados; e verificar, em conclusão, qual a relação entre a teoria e a prática.

Assim, quanto à estrutura do texto e às matérias a tratar, começar-se-á por analisar o conceito de Saúde Pública, relacionando-o com o de Higiene Pública, nos contextos do liberalismo e do republicanismo. Em ligação com essa análise, caracterizar-se-á a doutrina do poder central, fixada na legislação, quer de carácter geral, quer relativa a uma série de matérias sanitárias específicas; e a do poder local, evidente nos códigos de posturas dos municípios, abordando diversos aspectos sanitários. Serão identificadas as estruturas administrativas e os agentes responsáveis pela Saúde Pública, nas várias esferas de exercício do poder.

Retratar-se-á, depois, a situação concreta no Distrito de Portalegre, a diferentes níveis, identificando algumas medidas adoptadas pelas autoridades para melhorar a Saúde Pública, numa tentativa de aproximar a teoria da prática. Concluir-se-á com a análise da relação entre estas duas variáveis.

1. Conceito de “Saúde Pública”

No início da época contemporânea, em Portugal, a “Saúde Pública” consistia num novo território, emergente desde o século XVIII, reconhecido durante o Vintismo e depois institucionalizado. A Constituição Liberal de 1822 referia-se-lhe directamente a propósito das competências dos municípios e no projecto do *Regulamento Geral de Saúde Pública* (1821) salientava-se que “Um dos objectos mais importantes de qualquer governo é *conservar a saúde pública* dos povos; porque *é muito mais útil*

prevenir a desenvolvimento das moléstias *do que* passar pelo penoso trabalho de as *tratar*”¹.

O conceito Vintista de “Saúde Pública” era lato, incluindo as áreas temáticas dos doentes e da doença, da salubridade do meio ambiente e da assistência pública; ou seja, englobava a medicina curativa, a medicina preventiva e a assistência pública.

Directamente relacionado com o de “Saúde Pública” estava o conceito de “Higiene”, que, na Europa, adquiriu uma importância inédita desde o início do século XIX, assumindo-se como o conjunto dos dispositivos e dos saberes que favorecem a conservação da saúde. Passou a ser uma disciplina particular no seio da medicina, um ramo específico do saber médico².

Fernando da Silva Correia, eminente médico e higienista português, afirma, num artigo de 1957, que a Saúde Pública, termo generalizado em Portugal e sinónimo de outros usados em diferentes países (Polícia Médica, Higiene Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva), corresponde à “utilização da Higiene, Assistência, Previdência e Pedagogia, para melhorar as condições da vida humana” e “é essencialmente preventiva”³. Já na obra *Portugal Sanitário* (1938), que pode considerar-se uma espécie de manual da Saúde Pública em Portugal, o Autor fizera uma distinção estrutural entre “Higiene” e “Patologia”, que podem associar-se, respectivamente, à medicina preventiva e à medicina curativa⁴.

No presente estudo, centramo-nos na questão da medicina preventiva – a novidade no período em análise –, relacionada com a conservação da saúde e a prevenção das doenças, abordando ainda a da Saúde Pública em alguns espaços de assistência.

2. Legislação e estruturas administrativas a nível nacional

No triénio Vintista, os novos conceitos sanitários levaram à criação de Comissões com poderes executivos e legislativos na área da Saúde Pública e, pela primeira vez, foi considerada, apesar de não ter vingado, a promulgação de um *Regulamento Geral* visando a implementação de um “sistema uniforme em todo o Reino, e dependente de um poder central, e único, que fiscalizasse e respondesse ao mesmo tempo” pelos diferentes objectos de Saúde Pública⁵.

Estas primeiras iniciativas tiveram continuidade e concretização efectiva ao longo do período de 1834-1926, durante o qual a administração da Saúde Pública em Portugal foi estruturada por cinco instrumentos legislativos fundamentais, designadamente, os Decretos de 1837, 1845, 1868, 1901 e 1911. O de 3 de Janeiro de 1837, publicado por Passos Manuel, consiste na primeira regulamentação geral de Saúde Pública na história do País, criando o Conselho de Saúde Pública, na dependência do Ministério do Reino, e uma rede de delegados distritais e subdelegados municipais de saúde. Atribuíram-se ao Conselho funções deliberativas autónomas e poderes executivos próprios, cabendo-lhe a fiscalização superior e a inspecção de tudo o que respeitasse à educação física dos habitantes, à vigilância sanitária das crianças das escolas, à

¹ Ver OLIVEIRA, Luísa Tiago – *A Saúde Pública no Vintismo: estudo e documentos*. Lisboa: Edições Sá da Costa, 1992, p. 3-4.

² Para mais pormenores, ver VIGARELLO, Georges – *O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Fragmentos, Lda., D.L. 1988, p. 133-135; PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui – *Liturgia higienista no século XIX. Pistas para um estudo*. Coimbra: [s.n.], 1993. Sep. de *Revista de História das Ideias*.

³ CORREIA, Fernando da Silva – *O conceito de Medicina Social*. Coimbra: [s.n.], 1957. Sep. de *Publicações do XXXIII Congresso Luso-Espanhol*, p. 8-13.

⁴ CORREIA, Fernando da Silva – *Portugal sanitário (subsídios para o seu estudo)*. [S.l.]: Ministério do Interior. Direcção Geral de Saúde Pública, 1938.

⁵ OLIVEIRA, Luísa Tiago – *Op. cit.*, p. 14-15.

prática da medicina, cirurgia e farmácia e à polícia médica. Instituíram-se os cargos de delegado médico do Conselho em cada sede de distrito; de subdelegado em cada sede de concelho (correspondente ao administrador do concelho, não necessariamente médico); e ainda de «cabeça de saúde» em cada sede de freguesia (correspondente ao regedor)¹.

Pelo Decreto de 26 de Novembro de 1845 publicou-se uma nova lei de Saúde Pública, que, entre outros aspectos, proibia os enterramentos nas igrejas e tornava obrigatória a construção de cemitérios em todas as freguesias. Dada a contestação popular a estas determinações, a lei foi suspensa por Decreto de 21 de Maio de 1846, sendo reposta em vigor a de 1837². Esta apenas seria significativamente alterada por Decreto de 3 de Dezembro de 1868, com a chamada reforma do Bispo de Viseu, Alves Martins, que extinguiu o Conselho de Saúde Pública e criou, em seu lugar, uma Junta Consultiva.

O Decreto de 24 de Dezembro de 1901 marcou uma nova ruptura legislativa, publicando o Regulamento Geral de Saúde, que corporiza a reforma conhecida por “de Ricardo Jorge”. Assistiu-se, então, à criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e do Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública, com funções executivas e consultivas, respectivamente. Mais tarde, os Decretos republicanos de 9 de Fevereiro e de 25 de Maio de 1911 separariam os serviços sanitários dos de beneficência, extinguindo a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criando a Direcção-Geral de Saúde e a Direcção-Geral de Assistência, integradas no Ministério do Interior³.

Fernando da Silva Correia considera o Regulamento de 1901 a “lei fundamental”, ainda em vigor na década de 1930, tendo apenas sido actualizada pelo Decreto n.º 12.477, de 12/10/1926⁴. Já Gonçalves Ferreira, embora aceitando que a reforma de 1901 lançou as “bases do que se pode chamar o moderno sanitário”, advoga que “não conseguiram fazer melhorar as condições de saúde geral da população e o estado sanitário urbano”; daí a necessidade de publicação de uma nova lei, pelo citado Decreto n.º 12.477⁵.

Os decretos até aqui referidos, de carácter geral, lançaram as bases e definiram as estruturas administrativas da Saúde Pública em Portugal. Paralelamente, ao longo do período em análise, foram sendo publicados numerosos diplomas que incidiam especificamente sobre diversos aspectos de salubridade, predominando os temas da qualidade dos géneros alimentares; da higiene urbana e rural, industrial e agrícola, de águas e de esgotos e veterinária; dos cemitérios; de epidemias e vacinação; e de higiene em cadeias, instituições de assistência e de ensino⁶.

3. Legislação e estruturas administrativas a nível municipal

De acordo com a definição, a nível nacional, de estruturas administrativas e de legislação relativa à Saúde Pública, assistiu-se, no plano local, à criação de organismos e normas próprios. Por um lado, a partir do último quartel do século XIX, instituíram-se pelouros de higiene, limpeza ou salubridade nas câmaras municipais,

¹ CORREIA, Fernando da Silva – *Portugal sanitário...*, p. 497-498.

² *Idem*, p. 498-499.

³ Ver “Instituições” em <http://www.primeirarepublica.org> (24/02/11, 11h22), portal da responsabilidade do Instituto de História Contemporânea, da FCSH/UNL.

⁴ CORREIA, Fernando da Silva – *Portugal sanitário...*, p. 504-505.

⁵ FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 271 e 337-338.

⁶ Sobre tudo, ver CORREIA, Fernando da Silva – *Portugal sanitário...*, p. 500-509 e SERRÃO, Joaquim Veríssimo – *História de Portugal*. [S.l.]: Editorial Verbo, imp. 1986-1988. Vol. VIII, p. 336-337, vol. IX, p. 241-242 e 315-316, vol. X, p. 347-352.

bem como comissões municipais de saúde e higiene, com serviços e equipamentos próprios¹; associavam-se ao principal agente de Saúde Pública a nível local, que era o subdelegado de saúde, representante do poder central e intermediário entre o delegado de saúde distrital e as câmaras municipais. Por outro lado, a par das leis gerais atrás referidas, cada município contava, neste como noutros sectores da vida pública, com as suas próprias regras, estabelecidas nas chamadas posturas.

No Distrito de Portalegre, foram publicados no período em estudo pelo menos oito códigos de posturas municipais, dos municípios de Elvas, Portalegre, Nisa, Marvão e Gavião, com disposições comuns no âmbito da higiene². Sob o título “Policia da Cidade” ou “Salubridade e limpeza”, trata-se de diversos aspectos ligados à limpeza das ruas e dos espaços públicos, como despejos de águas sujas e de resíduos sólidos domésticos ou proibição de criação de animais à solta.

Outro tema abordado é a “Policia das fontes, poços, chafarizes, e tanques do comum” ou “reservatórios públicos”, relativo ao uso das águas públicas, incluindo proibições relacionadas com actividades económicas ou domésticas poluidoras das águas correntes, como a lavagem de lã ou de roupa, o “alagar” linho nas ribeiras ou a plantação de arrozais.

No capítulo “Policia do Matadouro e Açougue” ou “Talho”, equipamento onde eram obrigatoriamente abatidos todos os animais destinados ao consumo público, estipulam-se as responsabilidades do Fiel do Matadouro e do Arrematante do Açougue quanto ao asseio dos espaços e utensílios e à qualidade da carne dos animais abatidos. As preocupações com a higiene dos locais de venda de produtos alimentares e com a qualidade destes são também evidentes a propósito do peixe, do pão e de outros géneros (vejam-se os tópicos “Casa do Peixe”, “Policia sobre os padeiros, e padeiras” e “Policia da Praça”, “da Feira”, “dos Botiquins, Casas de Pasto, Bodegas, Tavernas, e Vendas”).

As preocupações com a Saúde Pública chegavam ainda às zonas rurais dos concelhos, em particular nos casos de Elvas e Portalegre, legislando-se sobre a limpeza de propriedades pelas quais passassem canos de fontes públicas (“Policia do campo” ou “rural”) ou proibindo-se as estrumeiras fora dos locais designados.

As Posturas do concelho de Gavião, datadas já de 1923, são as únicas contendo referências ao problema da raiva, bem como um capítulo dedicado à questão da higiene em relação com a morte, que inclui, entre outros aspectos, a proibição de plantar árvores de fruto ou outros vegetais que sirvam de alimento, bem como de criar animais, dentro dos cemitérios ou a obrigatoriedade de usar caixão de chumbo em carneiros ou jazigos “para evitar emanações nocivas”.

No final da década de 1930, Fernando da Silva Correia considerava que “a autonomia municipal no que respeita a assuntos sanitários tem dado resultados deploráveis”. Referia-se, em concreto, à desactualização e à desadequação das posturas municipais, que se mantinham inalteradas desde o Liberalismo e eram frequentemente copiadas entre municípios; ao absentismo e ao desinteresse dos vereadores ligados à Higiene; à prevalência dos interesses pessoais dos políticos locais sobre o bem público e ao desrespeito pelos pareceres dos subdelegados de saúde³.

4. Práticas a nível distrital

Analisado o quadro normativo e administrativo estabelecido para a Saúde Pública a nível nacional e local, no período de 1834 a 1926, vemos quais as práticas concretas

¹ CORREIA, Fernando da Silva – *Portugal sanitário...*, p. 350-351.

² Ver as respectivas referências bibliográficas na lista final de Bibliografia e fontes impressas.

³ Ver CORREIA, Fernando da Silva – *Portugal sanitário...*, p. 348-355 e 498-499.

no Distrito de Portalegre. Usamos como fontes preferenciais os relatórios enviados anualmente pelo Governador Civil do Distrito ao Ministério do Reino, em Lisboa, designadamente nos capítulos relativos ao estado da higiene na área respectiva¹.

Os relatórios do Governador Civil de Portalegre das décadas de 1850 e 1860 sublinhavam, quanto à higiene urbana e rural, problemas no asseio das habitações, “especialmente as da classe indigente e miserável”, e derivados das águas estagnadas, às quais, por exemplo, as povoações de Arronches, Cabeço de Vide, Crato e Ponte de Sor, entre outras, deviam “a insalubridade de que soffrem os seus habitantes”².

No âmbito da higiene industrial e agrícola, o Governador Civil informava, em relatório de 1856, que no Distrito havia ainda poucas indústrias nas condições previstas no *Regulamento sobre estabelecimentos industriais insalubres, incómodos e perigosos*, publicado pelo Decreto de 27 de Agosto de 1855³.

Ainda no capítulo da higiene, quanto a água e esgotos, entre os vários municípios que, no final do século XIX, receberam subsídios governamentais para obras de saneamento básico, contavam-se os seguintes do Distrito de Portalegre, contemplados em Setembro de 1899: Crato, Portalegre, Alter do Chão, Campo Maior e Elvas⁴.

No respeitante à saúde pecuária, sobressai a tardia criação de partidos municipais de medicina veterinária no Distrito, sendo que, para os últimos vinte anos da Monarquia Constitucional, apenas está assinalada a constituição de um, no município de Avis⁵. Em Setembro de 1912, o Governador Civil enviou uma circular às câmaras municipais da área respectiva chamando a atenção para aquele aspecto, contemplado no Decreto de 17 de Agosto desse ano⁶.

Os dados sugerem, para o caso do concelho de Ponte de Sor e no período imediato à implantação da República, o desrespeito pelas normas de higiene impostas, tanto a nível nacional como local, em relação aos matadouros. Por exemplo, em Março de 1911, o Subdelegado de Saúde de Ponte de Sor oficiou à Câmara Municipal, dizendo que o local escolhido para o matadouro de Montargil (freguesia do Concelho) devia ser rejeitado “para bem da hygiene publica”, pois, havendo denúncias na Subdelegação de que não obedecia às devidas regras higiénicas, tinha sido consultado o médico municipal da dita Freguesia e este respondera que o local “não satisfaz”. Não obstante esta opinião avalizada, a Câmara deliberou iniciar de imediato a construção no local previsto⁷.

Noutro capítulo, de acordo com o relatório do Governador Civil, em 1860, apenas três povoações do Distrito de Portalegre não tinham cemitério, nomeadamente, Ouguela (concelho de Campo Maior), Assumar (concelho de Monforte) e Alegrete (concelho de Portalegre)⁸. O Governo Civil tinha “tomado a peito este negocio”, expedindo repetidas ordens para o estabelecimento dos cemitérios, mas as câmaras municipais respectivas, sobre as quais recaía o ónus da construção, careciam de fundos. As

¹ *Collecção dos Relatórios das visitas feitas aos districtos pelos respectivos governadores civis em virtude da portaria de 1 de Agosto de 1866*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1857-1868.

² Relatório do Governador Civil (doravante, GC) de 1856. *Collecção dos Relatórios...*, p. 206.

³ Relatório GC 1856. *Collecção dos Relatórios...*, p. 206.

⁴ SERRÃO, Joaquim Veríssimo – *Op. cit.*, vol. X, p. 347-348.

⁵ Segundo dados apresentados por Veríssimo Sessão em mapa intitulado “Construção de matadouros e partidos veterinários (1893-1910)” (*op. cit.*, vol. X, p. 400).

⁶ Arquivo da Câmara Municipal de Ponte de Sor, *Actas das sessões da Câmara Municipal de Ponte do Sôr: Julho de 1909 a Maio de 1913*, Sessões de 26 Setembro 1912 e 31 Outubro 1912, fls. 162, 168-168v.

⁷ ACMPS, *Actas das sessões da Câmara Municipal de Ponte do Sôr: Julho de 1909 a Maio de 1913*, Sessões de 16 Março e 30 Março 1911, fls. 81-82, 85-85v.

⁸ Relatório GC 1860. *Collecção dos Relatórios...*, p. 9.

dificuldades financeiras seriam também invocadas pela Câmara Municipal de Castelo de Vide, para justificar a incapacidade de transferir o cemitério para um terreno mais adequado¹.

Relativamente à questão epidemiológica, os relatórios do Governador Civil dão conta de epidemias como as de cólera-morbo, que afectaram as localidades de Casa Branca e Portalegre, no verão de 1856, ou Elvas, em Outubro/Novembro de 1865, por exemplo, causando cerca de 100 vítimas em cada local². Se em 1856 aquele responsável considerava urgente a intervenção financeira da autoridade central, para acudir aos pobres vítimas daqueles flagelos, face à incapacidade dos municípios e dos estabelecimentos de beneficência, em 1865 salientava o “excelente estado sanitário” dos concelhos do Distrito. Referia que se tinham tomado todas as providências para acudir de pronto, em qualquer localidade atacada, os enfermos pobres e desvalidos; adoptado todas as medidas sanitárias preventivas indicadas pelo Conselho de Saúde Pública e executado as ordens do Governo a esse respeito, em particular, a supressão da feira de Chancelaria (concelho de Alter do Chão) desse ano, para evitar a concentração de pessoas e possíveis contágios.

Por fim, no que respeita à higiene em cadeias, instituições de assistência e de ensino, o panorama a nível distrital era, em geral, negro. Em vários relatórios das décadas de 1850 e 1860, o Governador Civil assinalava o péssimo estado sanitário e o desrespeito pela lei nas diversas cadeias. Nas suas palavras, todas as prisões do Distrito estavam instaladas em casas mal construídas, “sem condições hygienicas” (1856). A “perigosa acumulação de presos” contribuía para o “deploravel estado das cadeias”, com efeitos prejudiciais à Saúde Pública e à dos próprios reclusos, caso se manifestasse alguma epidemia (1857). A única excepção parecia ser a cadeia de Portalegre, instalada no extinto convento de S. Agostinho, que inicialmente se considerava reunir condições de “salubridade” e segurança (1856); no entanto, acabou por ser somente a “menos deficiente” do Distrito, não oferecendo a capacidade e as acomodações necessárias (1858 e 1859)³. Particularmente eloquente é o relatório do Governador Civil de 1866: “Nada conheço mais triste e repugnante do que o estado das nossas prisões. São sepulchros, são catacumbas sombrias, humidas e infectas [...]. As cadeias não podem continuar assim, porque é um escarneio à humanidade e à civilização moderna [...]”⁴. Merecem especial destaque, em relação às instituições de assistência, os cuidados com a saúde das crianças expostas. Em meados do século XIX, o Governador Civil dava conta das suas recomendações para que, entre outros aspectos, as autoridades e os facultativos efectuassem amiudadas visitas aos expostos, para averiguar do seu estado de saúde e assegurar a vacinação⁵. Em resposta ao pedido da Câmara Municipal e do Delegado de Saúde de Portalegre, o Governador promoveu também uma visita de inspecção ao edifício do Hospício Central de Expostos da cidade, acompanhado das autoridades sanitárias, tendo verificado ser aquele “espaçoso e bem ventilado [...], tendo hoje as accomodações, mobilia e arranjos necessarios, havendo regularidade no serviço interno com aceio e cuidado para os expostos, reunindo emfim as condições hygienicas que foram indicadas pelos facultativos”⁶. Os

¹ Relatório GC 1866. *Collecção dos Relatórios...*, p. 3.

² Relatórios GC 1856 e 1865. *Collecção dos Relatórios...*, p. 206 e p. 3-4, respectivamente.

³ Para tudo, ver Relatórios GC 1856, 1857, 1858 e 1859. *Collecção dos Relatórios...*, p. 207, p. 7, p. 4 e p. 5-6, respectivamente.

⁴ Relatório GC 1866. *Collecção dos Relatórios...*, p. 2.

⁵ Relatório GC 1856. *Collecção dos Relatórios...*, p. 204.

⁶ Relatório GC 1859. *Collecção dos Relatórios...*, p. 2.

outros dois Hospícios existentes no Distrito, em Elvas e Alter do Chão, funcionavam também regularmente e eram adequados ao fim em causa.

O mesmo não acontecia com os hospitais da região, visitados pelo Governador Civil em 1866. Com excepção do Hospital da Misericórdia de Elvas, cuja administração se considerava modelar, constatava-se o “estado deplorável” de várias casas hospitalares do Distrito, em particular dos Hospitais das Misericórdias de Monforte, Sousel, Avis, Ponte de Sor, Crato e Marvão: “são a antithese de casas destinadas para semelhante fim. Sem capacidade, sem ventilação, collocados em situação opposta às necessarias condições atmosphericas, segundo os principios da sciencia, e insalubres”¹.

São de assinalar ainda, quanto à higiene dos edificios escolares e a título de exemplo, os insistentes pedidos de subsídios governamentais por parte do Município de Ponte de Sor, ao longo de toda a I República, para a construção de escolas, dadas as péssimas condições das existentes, a maior parte instalada em “casas insalubres que merecem rapida condemnação, pois não possuem a superficie e cubagens precisas”². Apenas em 1926 a vila sede de concelho inauguraria o primeiro edificio escolar construído de raiz.

5. Conclusões

Do exposto ressaltam, em primeiro lugar, a novidade e a amplitude dos conceitos de “Saúde Pública” e “Higiene” em Portugal, sobretudo a partir do Vintismo, bem como a mudança no sentido da racionalização sanitária a nível nacional, esboçada na década de 1820 e concretizada nos períodos da Monarquia Constitucional e da I República, com a aplicação legislativa e administrativa dos novos ideais sanitários. Destacam-se a publicação de uma primeira lei geral em 1837, com a criação do Conselho de Saúde Pública e a fixação de uma rede nacional de agentes (delegados distritais e subdelegados municipais de Saúde Pública), bem como a reforma de 1901, que instituiu a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública.

No domínio sanitário, assistiu-se pois, desde o Liberalismo, a uma “clara afirmação das responsabilidades do Estado, manifestada nos organismos propostos e criados e na própria preocupação em pensar a Saúde Pública”³. No entanto, para além do papel do Estado, acentuou-se nesta matéria o dos municípios, tendo a intenção centralizadora e fiscalizadora estatal coincido com uma relativa autonomia municipal, evidente na elaboração dos códigos de posturas, com vasto articulado sobre Saúde Pública, e nas deliberações das câmaras acerca dos vários ramos da higiene.

A análise do estado da Saúde Pública no Distrito de Portalegre permite constatar, porém, a existência de dificuldades em passar da doutrina à prática, isto é, em concretizar a legislação e as medidas definidas a nível nacional e na esfera local. Para tal contribuiu uma série de problemas, começando pela dispersão de responsabilidades por numerosas entidades e respectiva falta de interesse. Fernando da Silva Correia salientou diversos obstáculos associados aos municípios, como a desactualização e a desadequação das posturas municipais ou a prevalência dos interesses pessoais dos políticos locais sobre o bem público.

Por outro lado, na perspectiva dos próprios municípios, sobre os quais recaíam os custos da implementação da grande maioria dos melhoramentos fixados na lei, a principal condicionante residiu na falta de meios financeiros, evidente, por exemplo,

¹ Relatório GC 1866. *Collecção dos Relatórios...*, p. 3.

² ACMPS, *Actas das sessões da Câmara Municipal de Ponte do Sôr: Julho de 1909 a Maio de 1913*, Sessão de 16 Março 1911, fls. 81-82.

³ OLIVEIRA, Luísa Tiago – *Op. cit.*, p. 15.

na incapacidade para abrir redes de esgotos ou de água, construir cemitérios, reparar os edifícios das cadeias ou das escolas, entre muitas outras situações. De resto, as dificuldades sentidas pelos municípios levaram o Governador Civil de Portalegre a não confiar nas iniciativas pontuais daqueles para a resolução dos problemas de Saúde Pública e a sugerir por diversas vezes, nos seus relatórios anuais ao Ministério do Reino, a intervenção estatal, em articulação com as autoridades distritais.

Paralelamente a todos estes problemas, são de assinalar as resistências ao nível das mentalidades e dos comportamentos e, conseqüentemente, a lenta interiorização de todo um conjunto de novos conceitos, regras e hábitos relacionados com a Higiene, quer a nível individual, quer colectivo.

Por fim, os dados sugerem continuidade entre a Monarquia Constitucional e a I República, tanto ao nível da doutrina, como da prática da Saúde Pública em Portugal. Em termos legislativos, assistiu-se apenas a uma mudança formal, designadamente, a divisão da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência em dois organismos, um dedicado à Saúde e outro à Beneficência.

Bibliografia e fontes impressas

Código de posturas da Camara Municipal do Concelho de Gavião. Coimbra: Imp. Académica, 1923.

Código de posturas da Camara Municipal do Concelho de Niza. Lisboa: Imp. de Candido Antonio da Silva Carvalho, 1843.

Código de posturas municipaes do Concelho de Marvão. Lisboa: Impr. Nacional, 1856.

Código ou disposições municipaes do Concelho de Marvão. Lisboa: Typ. Universal, 1861.

Código ou Disposições Municipaes do Concelho de Portalegre. Lisboa: Imprensa Nacional, 1841.

Collecção dos Relatórios das visitas feitas aos districtos pelos respectivos governadores civis em virtude da portaria de 1 de Agosto de 1866. Lisboa: Imprensa Nacional, 1857-1868.

CORREIA, Fernando da Silva – *O conceito de Medicina Social*. Coimbra: [s.n.], 1957. Sep. de *Publicações do XXXIII Congresso Luso-Espanhol*, p. 8-13.

IDEM – *Portugal sanitário (subsídios para o seu estudo)*. [S.l.]: Ministério do Interior. Direcção Geral de Saúde Pública, 1938.

FERREIRA, F. A. Gonçalves – *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

Novo código de posturas municipaes do Concelho de Niza: compilado sob a presidencia e direcção do Doutor Jozé Diniz da Graça Motta e Moura: no anno de 1845. Lisboa: Typ. de Francisco Xavier de Souza, 1847.

OLIVEIRA, Luísa Tiago de – *A Saúde Pública no Vintismo: estudo e documentos*. Lisboa: Edições Sá da Costa, 1992.

PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui – *Liturgia higienista no século XIX. Pistas para um estudo*. Coimbra: [s.n.], 1993. Sep. de *Revista de História das Ideias*.

Posturas, ou disposições municipaes no Concelho d'Elvas. Lisboa: Typ. de A.S. Coelho & Ca, 1838.

Regimento de policia municipal para o concelho d'Elvas: reimpresso e contendo as alterações legalmente approvadas e o addicionamento de novas posturas. Elvas: Typ. da Democracia, 1879.

SERRÃO, Joaquim Veríssimo – *História de Portugal*. [S.l.]: Editorial Verbo, imp. 1986-1988. Vols. VIII, IX e X.

VIGARELLO, Georges – *O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a Idade Média*.
Lisboa: Editorial Fragmentos, Lda., D.L. 1988.

A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE NO DISTRITO DE COIMBRA

Ismael Cerqueira Vieira

Resumo

Nos anos 30 do século passado despontou em Coimbra uma imensa obra social coordenada pelo Professor Bissaya Barreto, que tinha como um dos grandes objectivos lutar contra a tuberculose no concelho e distrito de Coimbra.

Teoricamente fundamentado na “Obra de Grancher”, Bissaya Barreto, presidindo a Junta Geral do Distrito, concertou esforços para organizar numa forma paradigmática em Portugal a luta contra a tuberculose desde a educação e profilaxia até ao tratamento e assistência de doentes. Objectivamente pretendemos analisar em retrospectiva as principais concretizações do programa de Bissaya Barreto que se estruturaram em torno do jornal «A Saúde» e da abertura de preventórios, sanatórios e demais instituições assistenciais de luta antituberculose.

Introdução

Na viragem do século XIX para o XX, a tuberculose tornou-se um grave problema de saúde pública. A descoberta bacteriológica do agente patogénico transformou a visão social, que até então via a tuberculose como doença de génios e artistas. Comprovada a natureza infecto-contagiosa e as elevadas taxas de mortalidade, os médicos trataram de combater por todos os meios a expansão e as consequências debilitantes da doença. Pela mesma altura afirmou-se uma nova sensibilidade para com a sorte dos pobres e dos humildes, estando na génese da correlação entre condições de vida e tuberculose.

Nos países ocidentais, as mudanças no modo de vida ligadas aos progressos da tecnologia, da industrialização e da urbanização transformaram profundamente a estrutura demográfica e tiveram uma importante influência sobre a morbidade e a mortalidade. As doenças dominantes, em especial as endémicas, apareceram irremediavelmente ligas às condições do meio social. As descobertas bacteriológicas dos finais do século XIX, apesar de revolucionarem o conhecimento das doenças epidémicas, centraram o seu interesse nas doenças endémicas crónicas que dum modo contínuo assolava as populações. Nos finais do século o estudo da tuberculose destacou-se pela importância que o meio social assumiu na saúde pública¹. É no cruzamento entre a tuberculose, enquanto doença dominante, e a afirmação do higienismo que encontramos as coordenadas da acção tendente à correcção, preservação e aperfeiçoamento do corpo individual e social contra esta endemia.

Os tuberculosos passaram a ser encarados como agentes de contaminação e um perigo para o colectivo social, sobre o qual era preciso agir medicalizando os pobres e os trabalhadores². Em quase todas as sociedades europeias surgiram denúncias dum sistema social viciado responsável pela pobreza das classes trabalhadoras. Mas a classe médica considerava que eram as atitudes e comportamentos anti-higiénicos dos trabalhadores o cerne do problema: o «operario que, na sua maioria, é ignorante e sem educação, e por isso mesmo porco e sem cuidados nenhuns de hygiene»³.

¹ GRMEK, Mirko D. e SOURNIA, Jean-Charles – «Les maladies dominantes». In GRMEK, Mirko D. (dir.) - Histoire de la pensée médicale en Occident, Vol. 3. Paris: Seuil, 1999, p. 277.

² Cf. FOUCAULT, Michel - Microfísica do Poder. São Paulo: Edições Graal, 2009, pp. 79-80 e 94-95.

³ NOVAES, João – O limite das horas de trabalho nas fábricas. Porto: Typographia Occidental, 1890. Tese Inaugural, p. 82.

Atentos aos problemas sociais, os médicos organizaram estratégias de combate à tuberculose que passaram fundamentalmente pela propaganda higiénica, pela educação popular e pela concepção de mecanismos de vigilância e assistência aos mais desfavorecidos. Em Portugal, as primeiras iniciativas de assistência materializaram-se na criação do Hospício D. Maria Amélia no Funchal e na criação da Assistência Nacional aos Tuberculosos e da Liga Nacional contra a Tuberculose. No entanto, os problemas resultantes da mudança de regime político em 1911, a entrada de Portugal na Grande Guerra, a crise económica daí decorrente e a instabilidade governativa até ao final da I República desarticularam as iniciativas de luta antituberculose em marcha. As campanhas de profilaxia, os congressos, a edificação de sanatórios, dispensários e preventórios entraram num período de letargia.

A partir da década de 1930 o combate à tuberculose ganhou um novo fôlego e novas iniciativas floresceram. Em Coimbra e na Beira Litoral nasceu uma das maiores obras de luta contra a tuberculose em Portugal, arquitectada pelo professor Bissaya Barreto. A acção de Bissaya Barreto foi tão determinante que não é possível compreender a luta antituberculose no distrito de Coimbra sem o mencionar. Homem de carácter forte, academicamente irrepreensível, professor severo para os alunos de medicina, que ele considerava a mais séria e exigente das carreiras¹ e responsável pelos serviços de cirurgia na Estância Sanatorial do Caramulo², Bissaya Barreto foi o exemplo duma vida dedicada à edificação duma obra com repercussões médicas e sociais de vasta extensão e alcance.

A acção de Bissaya Barreto na Medicina Social iniciou-se com a organização da luta contra a tuberculose no distrito de Coimbra através da Junta Geral de Província da Beira Litoral à qual presidiu. O destaque da tuberculose tanto ao nível obituário como no plano social motivou-o a pôr em marcha um plano de combate à doença. A sensibilidade para com a tuberculose e com os males sociais que estavam na sua origem transformou-se ao longo dos anos numa obra médica e social de grande envergadura. A Junta da Província da Beira Litoral criou um sistema que englobava a escolarização, a educação higiénica nos vários domínios da vida, desde o trabalho até à habitação³.

O programa de assistência aos tuberculosos em Coimbra

O início do programa de profilaxia e assistência da tuberculose no distrito de Coimbra iniciou-se por volta de 1925, quando ainda pouco tinha sido feito nesta matéria. As elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantil e a situação miserável a que estavam votadas as grávidas e crianças pobres levou a Junta Geral do Distrito de Coimbra a proceder a uma revolução assistencial na sua área. Nessa época as acções da ANT estavam quase paralisadas, tendo criado entre 1905 e 1929 apenas um dispensário em Ponta Delgada (1914). Perante a falta de iniciativas para combater a tuberculose, o abandono dos pobres e doentes e a multiplicação do contágio, a Junta Geral concebeu um sistema de profilaxia da tuberculose com múltiplas vertentes, mas cuja base radicava na protecção das crianças⁴. A característica mais original da Junta

¹ Cf. NAMORA, Viriato – Bissaya Barreto: o Homem e a Obra. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto, 1997, pp. 3-7.

² Cf. LACERDA, Jerónimo - Caramulo: estatística de 1936. Lisboa: Sociedade Industrial de Tipografia, 1937, p. 3.

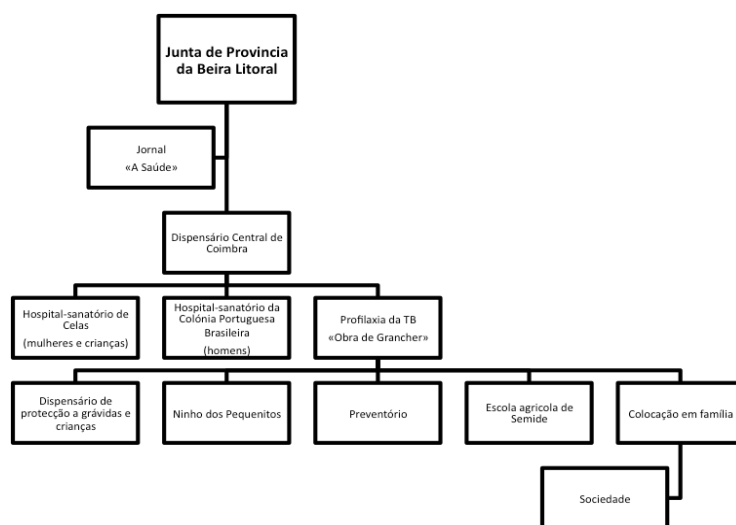
³ JUNTA da Província da Beira Litoral – Oeuvre sociale réalisée a Coimbra. Coimbra: Junta da Província a Beira Litoral, [s.d.].

⁴ BESSA, José dos Santos – A luta anti-tuberculosa da Junta de Província da Beira Litoral, pp. 348-350. In CONGRESSO do Mundo Português – Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional de Ciência da

foi associar a luta contra a tuberculose com as várias modalidades de assistência à infância, de luta contra a fome, a miséria e a ignorância.

No início da luta antituberculose em Coimbra, Bissaya Barreto pouco sabia de medicina social e profilaxia antituberculosa. Nos finais dos anos 20, Bissaya Barreto estava encarregado reformar e modernizar a Secção de Cirurgia dos Hospitais Universitários, o que lhe granjeou inveja e oposição por parte da Secção Médica. Entre as várias picardias existentes entre a Secção Cirúrgica e a Secção Médica alguém decidiu questionar Bissaya Barreto sobre o que pensava acerca da instalação dum sanatório no Convento de Santa Teresa. Procurando informação e apoio acabou por provar que não era a melhor opção pelas condições climatéricas e exposição aos ventos. Da disputa gerada em torno desta questão viria a surgir uma campanha intensa com artigos, cartazes, panfletos e sessões públicas. Bissaya Barreto interessou-se pela causa e conseguiu a criação do Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, do Sanatório de Celas e do Sanatório Infantil. Foram criados o Dispensário Central do Pátio da Inquisição, dispensários concelhios, o Preventório de Penacova, o Preventório Ar Alto e a Obra de Grancher¹.

O modelo adoptado foi o francês que já tinha provas dadas neste campo. A noção de tuberculose enquanto doença contagiosa, evitável e influenciada pelas condições de vida orientaram as campanhas no sentido da protecção às crianças e adolescentes. As campanhas englobaram iniciativas como a vacinação pelo BCG, a protecção às grávidas e crianças, os preventórios e a colocação familiar. No campo da profilaxia desenvolveu uma obra notável pela implementação de mecanismos de assistência de pré-tuberculização às mulheres e crianças, de forma prevenir a primo-infecção. Nesse sentido criou um sistema que articulava diversos elementos e intervenientes:



Organograma 1 - Organização da luta antituberculose em Coimbra em 1931. **Fonte:** *A Saúde*, n.º 12 (1931), pp. 4-5.

A organização da luta anti-tuberculose no distrito de Coimbra repousava primeiramente na acção de diagnóstico e triagem encetado pelo Dispensário Central.

População: 1.ª Secção - Demografia e Higiene, Vol. 17, Tomo 1. Lisboa: Comissão Executiva dos Centenários, 1940, pp. 321-323.

¹ ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto – Uma Obra Social realizada em Coimbra. Coimbra: Coimbra Editora, 1970, pp. 8-10.

Aí identificavam-se novos casos de tuberculose e de más condições de vida e habitação. Num inquérito social realizado pelo Dispensário Anti-tuberculoso do Pátio da Inquisição, verificou-se que para 1730 casas ou divisões com janela, 207 não tinham janelas e para 1446 quartos de dormir com janela, 536 não tinham janela (26% dos quartos não tinham janelas). Os quartos eram habitados por um número variável de pessoas e dos quais se contava 454 onde dormiam até nove pessoas¹.

No que diz respeito à profilaxia da tuberculose, esta tinha como base a Obra de Grancher. A Obra de Grancher passava por retirar as crianças aos pais tuberculosos e encaminhá-los para famílias ou instituições de acolhimento, com a finalidade de afastar as crianças dos meios conspurcados²: «Não há nenhum meio de defesa das crianças mais eficaz, mais certo, mais económico, repetimos. Eis a base de toda a profilaxia anti-tuberculosa»³.

A Obra de Grancher, criada em 1906 em França, tinha como objectivo a prevenção da tuberculose infantil. O seu criador, o pediatra Jacques-Joseph Grancher, nos estudos perpetrados no *Hôpital des Enfants Malades* verificou que o isolamento de crianças contagiosas diminuía o contágio entre as restantes. Passou a advogar a separação de crianças das famílias que viviam em más condições ou com famílias onde existissem casos de tuberculose. A criança era depois entregue a uma família do campo, física e moralmente saudável, com a qual viveria até aos 13 anos⁴. Criada num ambiente salutar, a criança crescia robusta e vigorosa, permitindo-lhe resistir ao ataque bacilar. Em Coimbra, a aplicação da Obra de Grancher foi mais longe ao incluir a assistência *ante-parto* às grávidas e às crianças até idade adulta. Existia uma Consulta Externa para Grávidas, onde se orientavam as grávidas, corrigia-se defeitos, davam-se instruções sobre higiene e tratavam-se doenças. Depois eram recebidas na maternidade do Ninho dos Pequenitos, onde se prestava a assistência ao parto. O bebé, depois de observado e assistido nos primeiros dias de vida ou saía com a mãe e era acompanhado na consulta externa ou era internado no Ninho dos Pequenitos, se as condições o impusessem, ficando aí até aos três anos⁵.

Ao atingirem os três anos de idades as crianças ingressavam no Preventório de Penacova, onde permaneciam até aos dez anos. O estabelecimento recolhia em regime de internato as «crianças fracas, infezadas, escrofulosas, insuficientemente desenvolvidas e com estado de miséria fisiológica»⁶ provenientes de famílias tuberculosas. Aí eram submetidos a um regime especial de higiene e alimentação, cercados de cuidados especiais que incluíam a educação física, moral e instrução escolar primária.

Ao atingir os dez anos de idade rapazes e raparigas seguiam trajectos diferentes. As raparigas eram enviadas para a Quinta do Linheiro, em Sever do Vouga, onde completavam a sua educação escolar e faziam a aprendizagem de todas as tarefas domésticas, preparando-se para as tarefas de mãe, mulher e dona de casa. Os rapazes eram encaminhados para a Escola Profissional de Agricultura de Semide onde

¹ BESSA, José dos Santos – Profilaxia da tuberculose infantil: tese apresentada ao Congresso Beirão. Coimbra: [s.n], 1936, p. 5.

² DESSERTINE, Dominique - «Michèle Becquemin: Protection de l'enfance et placement familial. La Fondation Grancher. De l'hygiénisme à la suppléance parentale». Revue d'histoire de l'enfance. ISSN 1777-540X. N.º 8 (2006).<http://rhei.revues.org/index384.html>.

³ «A criança e a profilaxia da tuberculose: preventório de Penacova». A Saúde. Coimbra: Junta de Província da Beira Litoral. Ano 1, N.º 12 (1931), p. 4.

⁴ Cf. FOLLET, Dr. – Les blésés de la tuberculose: ce que tout le monde doit savoir pour se préserver et guérir: la pratique des moniteurs d'hygiène, visiteurs et visiteuses à domicile. Rennes: Imprimerie Bretonne, 1916, p. 39.

⁵ Cf. BESSA, José dos Santos – A luta anti-tuberculosa..., pp. 323-324 e ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto – Uma Obra Social..., p. 226.

⁶ ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto – *Uma Obra Social...*, p. 24.

frequentavam o curso profissional elementar de agricultura, aprendendo os conhecimentos relativos à profissão de agricultor ou capataz agrícola¹. Concomitantemente, a Junta de Província da Beira Litoral encetou uma obra de assistência, que extravasando o domínio da profilaxia da tuberculose, contribuiu seguramente para evitar a miséria e a doença de muitas crianças e jovens. O Lactário, a Creche, os Jardins Infantis, a Colónia de Férias de Montanha, a Colónia Marítima, os dois sanatórios de montanha e um marítimo e uma Escola Normal Social, para a formação e preparação das visitadoras e educadoras de infância assim como as assistentes sociais, completaram a vasta obra social no distrito de Coimbra e da Beira Litoral. Esta foi uma obra social única e sem paralelo no país, não só pela sua grandeza mas pelo seu conceito sistémico, pela visão do seu impulsionador e pela gratuitidade dos seus serviços. Enquanto a Faculdade de Medicina vivia agarrada à ideia dum dispensário, instalado num compartimento do Hospital dos Lázaros, a Junta Geral criou o Dispensário no Pátio da Inquisição com salas, gabinetes, laboratório, aparelhos de raios x, etc., prestando consultas e assistência de forma gratuita. A visão e empenho de Bissaya Barreto permitiram a construção dum grande arsenal contra a tuberculose, composta no início da década de 1970 pelo Dispensário Central de Coimbra, Hospital-sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, Hospital-sanatório de Celas, Hospital-sanatório Infantil, Hospital de Tuberculose Cirúrgica, Obra de Grancher, Preventório de Penacova, Preventório Ar Alto, Colónias de Férias de Altitude e Colónia de Férias Dr. Oliveira Salazar².

O jornal «A Saúde»

Além da obra profilática e assistencial, a Junta Geral conjuntamente com o Dispensário Antituberculoso dinamizaram uma publicação bimensal de educação higiénica e profilática. O jornal «A Saúde», publicado entre Janeiro de 1931 e Dezembro de 1942, num total de duzentos e oitenta e oito números e de edição e distribuição gratuita foi o rosto visível da propaganda contra um vasto conjunto de problemas médicos e sociais, da tuberculose à lepra, passando pela loucura e pelo cancro. Apesar do vasto leque de doenças e problemas sociais que tentava noticiar, a sua origem esteve ligada à luta contra a tuberculose em Coimbra. Na abertura do primeiro número podia ler-se:

«A SAUDE vem tomar parte também nessa revolução; vem contribuir com o seu esforço para a remodelação dos usos e costumes do nosso Povo, de molde a facilitar a obra de valor incalculável que é a profilaxia da tuberculose.

Pretende levar a todos os lares da sociedade o ensinamento dos princípios fundamentais da higiene, pretende crear nessas mesmas classes o *hábito* de higiene.

Para isso é fundamental fazer a educação conveniente dos nossos trabalhadores; nela está a principal arma a manobrar na luta contra a tuberculose; poderemos mesmo ir mais longe e afirmar que a educação, bem orientada, sob o ponto de vista sanitário é suficiente para libertar a Humanidade do maior flagelo dos tempos d'hoje, que é a tuberculose.

(...) É que na verdade vale mais “prevenir do que remediar”, e nesta frase está todo o nosso programa.»³

A criação do jornal «A Saúde» dotou a Junta Geral dum meio de grande valor na cruzada contra a tuberculose, especialmente pelo contributo informativo e educativo

¹ Cf. «Obra anti-tuberculosa de Coimbra: seu documentário». A Saúde. Coimbra: Junta Geral do Distrito de Coimbra. Ano 8, N.º 185-186 (1938), p. 2 e BESSA, José dos Santos – A luta anti-tuberculosa..., pp. 327-328.

² ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto – Uma Obra Social..., pp. 14-15.

³ «A Saúde». A Saúde. Coimbra: Junta Geral do Distrito de Coimbra. N.º 1 (1931), p. 1.

prestado à população. Do ponto de vista da Junta era imprescindível transmitir noções científicas claras e princípios higiénicos de aplicação fácil e ajustados aos indivíduos. Vários médicos de renome consideravam que a tuberculose era «um problema de educação e cultura – um problema pedagógico»¹, por isso o projecto de luta contra a tuberculose contemplava a educação popular como a base da prevenção face ao perigo do contágio. Daí o lema adoptado pelo jornal ser «Vale mais prevenir que remediar». A redacção do jornal serviu-se também de iconografia de aspecto tétrico para chamar à atenção para o grande perigo social que a doença representava. Era frequente ver-se o apelo à higienização dos costumes, ao auxílio à obra anti-tuberculose e protecção das crianças acompanhado de ilustrações personificando a morte.

O jornal publicou durante doze anos um infindável número de artigos sobre a tuberculose, quer com objectivos de instrução popular, quer com o objectivo de propaganda à obra da Junta de Província. As formas mais comuns de propaganda eram artigos, cartazes, diálogos, contos, entrevistas, campanhas, afixes, desenhos, tudo com o propósito de elucidar a opinião pública, esclarecer os espíritos, combater preconceitos, dar conselhos práticos e despertar o entusiasmo pelo interesse da profilaxia. Procurava desmistificar a doença, evitar a tuberculofobia e proteger os tuberculosos, já que a guerra era contra a doença e não contra os doentes: ficou famoso o slogan «Pelos tuberculosos/contra a tuberculose».

O jornal publicou inúmeros artigos sob os mais diversos aspectos. As preocupações sociais e com a condição de vida da população eram evidentes. Variados artigos foram dedicados aos problemas habitacionais e alimentares como factores determinante no enfraquecimento fisiológico, tornando os indivíduos menos resistentes ao ataque bacilar.

O jornal foi igualmente prolixo na difusão de princípios higiénicos, difundiu noções sobre a doutrina do contágio e as suas vias de acção, sobre o combate ao escarro, difundiu princípios elementares de higiene para o quotidiano, no trabalho, na habitação, nos costumes e particularmente na higiene infantil. A maior parte das vezes a transmissão destas ideias era feita com o recurso a contos e diálogos, sendo disto exemplo a rubrica «À Lareira», onde geralmente dois interlocutores conversavam sobre aspectos do quotidiano, sendo que um chamava à atenção do outro para os pormenores da higiene colectiva ou individual, para o cuidado com as crianças e para a prevenção das doenças pelo cumprimento de certos princípios de limpeza e asseio. No campo da profilaxia destacou-se também a propaganda a favor da vacina BCG feita pela Junta de Província e pelo Dispensário Central a partir de 1932. Desde cedo que estas instituições foram acérrimas defensoras da vacinação das crianças, explicando o que era a vacina de Calmette e Guérin, como actuava, como era aplicada, etc., sensibilizando as mães para a necessidade de imunizar os filhos através da vacinação.

O jornal «A Saúde» fez também uma intensa propaganda e divulgação às iniciativas que ocorriam no país em matéria da tuberculose, como a X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose (1937), o Congresso Nacional de Ciências da População inserida no Congresso do Mundo Português (1940) e a Semana da Tuberculose (a partir de 1931). Fez ainda ao longo dos anos várias fotorreportagens acerca do desenvolvimento da obra anti-tuberculosa no distrito de Coimbra, plasmando fotografias das instituições de prevenção e assistência como os dispensários, os sanatórios, os jardins-de-infância, mostrando as suas condições

¹ PATRÍCIO, Ladislau - «Os "sinais de alarme" no diagnóstico da tuberculose pulmonar». A Medicina Contemporânea (3.ª série) Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 3, n.º 40 (1931), p. 360.

interiores e exteriores, os quartos, as cantinas, as salas de aulas, as piscinas, os jardins e espaços de recreio e lazer em todo o seu esplendor. À medida que a obra de assistência aos tuberculosos e às crianças foi crescendo e extravasando os limites da cidade de Coimbra, o jornal mostrou também o desenvolvimento de tais empreendimentos na restante província da Beira Litoral.

A propaganda de luta antituberculose por meio escrito foi amplamente usada pela Junta Geral e posterior Junta de Província. O jornal «A Saúde» foi apenas a face mais visível dessa publicidade. O entusiasmo do Prof. Dr. Bissaya Barreto pela obra antituberculosa levou só no ano de 1931 a uma enorme quantidade publicações: 24 números do jornal «A Saúde» num total de 500.000 exemplares, 500 ofícios a professores primários, párocos, administradores de concelhos e presidentes de câmara a recomendar a leitura d' «A Saúde», 100 circulares aos presidentes de câmaras e administradores dos concelhos a convidar a criar dispensários antituberculosos, 100 circulares a médicos para divulgação e estímulo à instalação de dispensários, 21.474 selos antituberculosos distribuídos, 10.000 postais de propaganda antituberculose distribuídos nas escolas, 500.000 ofícios de propaganda antituberculosa e muito mais¹.

Considerações finais

A obra promovida pelo professor Bissaya Barreto em Coimbra e na província da Beira Litoral foi sem sombra de dúvidas a maior obra de propaganda, profilaxia e assistência antituberculose alguma vez montada e encetada no país e pioneira em muitos aspectos, como na interligação de todos os seus componentes. Promovida por um homem de visão cujo mote de vida era «para ser feliz, é preciso criar», permitiu auxiliar um conjunto muito alargado de doentes, de mães e de crianças que de outro modo teriam sucumbido à doença e à miséria. A extensa propaganda sempre em defesa dos doentes, «pelos tuberculosos, contra a tuberculose», marcante e paradigmática ao nível nacional. A extensão da obra fala por si própria.

Bibliografia

«A criança e a profilaxia da tuberculose: preventório de Penacova». A Saúde. Coimbra: Junta de Província da Beira Litoral. Ano 1, N.º 12 (1931).

«A Saúde». A Saúde. Coimbra: Junta Geral do Distrito de Coimbra. N.º 1 (1931).

BESSA, José dos Santos – A luta anti-tuberculosa da Junta de Província da Beira Litoral, pp. 348-350. In CONGRESSO do Mundo Português – Actas, memórias e comunicações do Congresso Nacional de Ciência da População: 1.ª Secção - Demografia e Higiene, Vol. 17, Tomo 1. Lisboa: Comissão Executiva dos Centenários, 1940.

BESSA, José dos Santos – Profilaxia da tuberculose infantil: tese apresentada ao Congresso Beirão. Coimbra: [s.n], 1936.

DESSERTINE, Dominique - «Michèle Becquemin: Protection de l'enfance et placement familial. La Fondation Grancher. De l'hygiénisme à la suppléance parentale». Revue d'histoire de l'enfance. ISSN 1777-540X. N.º 8 (2006). <http://rhei.revues.org/index384.html>.

FOLLET, Dr. – Les blésés de la tuberculose: ce que tout le monde doit savoir pour se préserver et guérir: la pratique des moniteurs d'hygiène, visiteurs et visiteuses à domicile. Rennes: Imprimerie Bretonne, 1916.

FOUCAULT, Michel - Microfísica do Poder. São Paulo: Edições Graal, 2009.

¹ Vide ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto – Uma Obra Social..., pp. 16-18.

GRMEK, Mirko D. e SOURNIA, Jean-Charles – «Les maladies dominantes». In GRMEK, Mirko D. (dir.) - Histoire de la pensée médicale en Occident, Vol. 3. Paris: Seuil, 1999.

JUNTA da Província da Beira Litoral – Oeuvre sociale réalisée a Coimbra. Coimbra: Junta da Província a Beira Litoral, [s.d.].

LACERDA, Jerónimo - Caramulo: estatística de 1936. Lisboa: Sociedade Industrial de Tipografia, 1937.

NAMORA, Viriato – Bissaya Barreto: o Homem e a Obra. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto, 1997.

NOVAES, João – O limite das horas de trabalho nas fábricas. Porto: Typographia Occidental, 1890. Tese Inaugural.

Obra anti-tuberculosa de Coimbra: seu documentário». A Saúde. Coimbra: Junta Geral do Distrito de Coimbra. Ano 8, N.º 185-186 (1938).

PATRÍCIO, Ladislau - «Os "sinais de alarme" no diagnóstico da tuberculose pulmonar». A Medicina Contemporânea (3.ª série) Lisboa: Livraria José António Rodrigues. Vol. 3, n.º 40 (1931).

ROSA, Fernando Baeta Bissaya Barreto – Uma Obra Social realizada em Coimbra. Coimbra: Coimbra Editora, 1970.

EPIDEMIAS NO PORTO EM 1918: SAÚDE E HIGIENE NA IMPRENSA DIÁRIA EM PERÍODOS DE CRISE SANITÁRIA

Maria Antónia Pires de Almeida

Resumo

Em períodos de crise sanitária grave, como a do Porto em 1918, que acumulou as epidemias de tifo exantemático, gripe pneumónica e varíola, as imagens das epidemias na imprensa permitem-nos conhecer o estado dos conhecimentos científicos e avaliar como se fazia a divulgação das ciências da saúde e da investigação científica a um público vasto e não especializado. Uma base de dados de notícias, artigos desenvolvidos e anúncios recolhidos nos jornais diários revela-nos o conhecimento médico e farmacêutico do início do XX, o modo como era transmitido e as soluções apresentadas pelas autoridades sanitárias.

Introdução¹

Em períodos de crise sanitária grave como o que ocorreu em 1918, especialmente no Porto, onde o tifo exantemático, a gripe pneumónica e a varíola atacaram e mataram percentagens elevadas da população, as imagens das epidemias na imprensa permitem-nos conhecer o estado dos conhecimentos científicos da época. Uma base de dados com 1.573 notícias, artigos desenvolvidos e anúncios dá-nos a possibilidade de desenvolver os temas do conhecimento científico médico e farmacêutico nesse ano, o modo como ele foi transmitido ao público não especializado, as preocupações suscitadas com as crises sanitárias e as soluções apresentadas pelos médicos e pelas autoridades.

O principal objetivo é analisar o modo como o conhecimento científico chegava ao cidadão comum, utilizando a imprensa generalista como fonte principal². Tendo em conta o acesso limitado à escrita por parte da maioria da população portuguesa, numa altura em que os níveis de analfabetismo eram ainda bastante altos, pode, contudo, afirmar-se que a leitura da imprensa aumentou consideravelmente ao longo do século XIX e início do XX, contribuindo para a formação de audiências interessadas e das representações que a sociedade tinha do conhecimento. Não só a leitura direta, mas a leitura oral e coletiva em espaços públicos de sociabilidade, como as tabernas e os mercados, ou mesmo a sua divulgação pelos padres na missa do domingo, o que permite estimar uma audiência superior à tiragem dos mesmos.

Considerando a intenção explícita da imprensa do século XIX e início do XX em formar audiências e espalhar o conhecimento, utiliza-se esta base de dados para avaliar os conhecimentos científicos da época, especialmente sobre prevenção e tratamento, e o modo como estes eram divulgados e usados pela sociedade e pelas autoridades para colocar em vigor medidas de controlo das doenças. As imagens das epidemias na imprensa, os comentários, as citações de outros jornais nacionais e internacionais, assim como de livros e revistas científicas, permitem-nos aferir a

¹Este texto foi extraído da comunicação «O Porto e as epidemias: divulgação dos conhecimentos médico e farmacêutico em períodos de crise sanitária» ao *Congresso Luso-Brasileiro de História das Ciências*, sessão 3: «As ciências médico-farmacêuticas no universo lusófono», Coimbra, 26 a 28 de Outubro de 2011.

² Os jornais consultados foram: *O Comércio*, diário publicado no Porto entre 2 de junho de 1854 e 30 de julho de 2005, que em 1856 mudou o nome para *O Comércio do Porto*, e o *Diário de Notícias*, de Lisboa, o mais antigo jornal diário ainda em circulação, fundado em 29 de dezembro de 1864.

posição de Portugal e o nível dos seus cientistas entre os restantes países europeus. Verifica-se que Portugal dispunha de tantos conhecimentos e pessoal especializado como os países mais avançados da sua época, se bem que com grandes discrepâncias entre os grandes centros (Lisboa e Porto) e a periferia, sobretudo a nível da distribuição e aplicação dos recursos e do pessoal médico e auxiliar¹.

1.Epidemias no século XIX e início do XX

Na Medicina e na Saúde Pública, a divulgação das informações, especialmente em períodos epidémicos, era uma questão de sobrevivência. Ao longo do século XIX tomou-se consciência, pela experiência traumática das sucessivas pandemias, que a prevenção e cada vez mais a higiene eram os meios mais eficazes para lidar com as doenças. O discurso higienista introduziu a Medicina na vida privada e as autoridades aplicaram-no para lutar contra as epidemias, usando-o nos relatórios oficiais que eram publicados na íntegra nos periódicos generalistas, mas também no combate às doenças endémicas que causavam altos níveis de mortalidade, condicionando a economia e todos os aspetos da vida das pessoas, das cidades e dos países.

Chegar à idade adulta e sobreviver mais alguns anos era obra considerável até ao século XX. Desde logo, se os recém-nascidos não morriam logo de “debilidade congénita”, muitos ficavam órfãos logo à nascença, nos casos frequentes de morte das mães na altura do parto ou pouco tempo depois com febres puerperais, típicas das infecções pós-parto, que eram fatais já que não havia antibióticos. Nestas situações as hipóteses de sobrevivência do recém-nascido diminuíam, a menos que se providenciasse uma ama-de-leite que cumprisse os requisitos mínimos de salubridade. Ao longo da infância a sucessão de doenças era praticamente inevitável: raquitismo, paralisia infantil, sarampo (e suas derivadas, como a varicela, rubéola, papeira), difteria, tosse convulsa (coqueluche), meningite, escarlatina e poliomielite. A somar a estas, doenças endémicas como a tuberculose, sífilis, lepra, febre tifóide e malária (as chamadas “sezões” ou “febres intermitentes”), tétano, lúpus; doenças sazonais como as gripes, gastrites, enterites e disenterias; e ainda algumas ocasionais como a sarna, a raiva (hidrofobia), a febre da carraça, a gonorreia, a leishmaniose, a brucelose (ou febre de Malta, transmitida pelas ovelhas) e o carbúnculo (antraz) dizimavam grande parte da população adulta.

Acrescentam-se ainda a asma e algumas doenças que ainda nem tinham sido identificadas, como a hepatite, a cirrose, ou a diabetes². Também o cancro era referido de forma geral e mal definida, apesar de já há muito ser objeto de teses nas Escolas Médico-Cirúrgica de Lisboa e Porto. A somar a isto tudo, os “flagelos sociais”, como o alcoolismo, uma patologia que “enfraquecia a raça”³.

Perante tal cenário, e considerando a falta de conhecimentos e de condições materiais para combater estas doenças que debilitavam as populações, podemos calcular o impacto da chegada de uma epidemia do exterior e o terror que esta causou. Para além das habituais epidemias de peste negra, febre-amarela e varíola, o século XIX viu surgir pela primeira vez na Europa e depois espalhadas pelo mundo inteiro as

¹ Este texto foi extraído da comunicação «O Porto e as epidemias: divulgação dos conhecimentos médico e farmacêutico em períodos de crise sanitária» ao *Congresso Luso-Brasileiro de História das Ciências*, sessão 3: «As ciências médico-farmacêuticas no universo lusófono», Coimbra, 26 a 28 de Outubro de 2011.

² A insulina só foi isolada em 1921 por Banting, Best e Macleod, premiados com o Prémio Nobel em Fisiologia em 1923.

³ CORREIA, Fernando da Silva – Portugal Sanitário (Subsídios para o seu estudo). Lisboa: Ministério do Interior – Direcção Geral de Saúde Pública, 1938, pp. 288-289.

agressivas e devastadoras epidemias de cólera. Apesar de alguns autores defenderem que se devem estudar as febres, mais que os surtos de cólera, pelas suas consequências a longo termo e pelo número de vítimas mais reduzido do que as provocadas pelas doenças endémicas¹, não há dúvida que esta epidemia alterou de forma significativa o modo de encarar as doenças por parte do poder político. A sua influência no desenvolvimento de políticas sanitárias foi fundamental e resultou na criação de novos conceitos de higiene e saúde pública que ainda hoje vigoram.

Os Estados reagiram às epidemias por vezes de forma divergente, com medidas restritivas que privilegiavam os cordões sanitários e as quarentenas, e que tinham consequências económicas por vezes tão devastadoras como a própria doença. A comunidade médica internacional, se bem que beneficiasse de uma circulação regular do conhecimento, verificou a falta de capacidade de resposta à doença. A partir de 1851 as potências europeias começaram a enviar os seus especialistas a Conferências Sanitárias Internacionais que visavam a uniformização das medidas sanitárias a pôr em prática. Estas conferências, iniciadas em Paris e repetidas em Constantinopla em 1866, Viena em 1874, Washington em 1881, Roma em 1885, Veneza em 1892, Dresden em 1893 e de novo em Veneza em 1897, revelaram “um conhecimento científico em constante mutação” e “posições nacionais divergentes e mutáveis ao longo do tempo. As grandes potências europeias – Inglaterra, França e mais tarde a Alemanha – posicionaram-se em campos por vezes antagónicos pressionando os países mais pequenos e periféricos a prescindirem da severidade das medidas quarentenárias”². Em todas estas conferências, para além da identificação das doenças e respetivas medidas profiláticas e tratamentos que eram recomendadas aos Estados para a aplicação de medidas uniformizadas, a discussão centrava-se na questão do contágio, que não era consensual, e das medidas restritivas à liberdade de circulação. O Porto, uma cidade liberal, mercantil e em pleno desenvolvimento industrial e comercial, reagiu violentamente contra a autoridade da capital, que o obrigou ao cordão sanitário nos períodos epidémicos. E os seus jornais, por lealdade política e dependência económica, fizeram sempre uma campanha forte e persistente contra as medidas autoritárias impostas pela capital.

Apesar da circulação do conhecimento científico e da apropriação deste por parte das autoridades, que o usaram com combater a doença, a urgência das crises epidémicas não era compatível com o maior problema a resolver a longo prazo: a falta de higiene, tanto pessoal como das habitações, especialmente nas cidades. O Porto, em particular, apresentava condições propícias ao desenvolvimento das doenças, por ser uma cidade industrial com uma população de grande mobilidade a viver nas piores condições de salubridade. Apesar das medidas do Estado para melhorar a higiene pública, no final do século XIX os problemas da cidade do Porto persistiam de tal maneira que Ricardo Jorge apelidou-a “cidade cemiterial”. Na sua obra de 1899 *Demografia e Higiene da Cidade do Porto...*, o autor aprofundou a questão das ilhas como causa para a proliferação de doenças e epidemias, com especial destaque para a tuberculose. Este seu trabalho ajudou a influenciar a Rainha D. Amélia na criação, nesse mesmo ano, da Assistência Nacional aos Tuberculosos e na construção de sanatórios para os doentes.

¹ PELLING, Margaret – Cholera, fever and English medicine, 1825-1865. Oxford, New York: Oxford University Press, 1978. Segundo a autora, as mortes por cólera eram ultrapassadas pelas febres tifóides, escarlatina, sarampo e sobretudo a tuberculose; as epidemias de cólera tinham mais impacto pela sua divulgação, pelas consequentes medidas sanitárias tomadas pelas autoridades e ainda pela literatura.

² GARNEL, Rita – «Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)». In Revista de História da Sociedade e da Cultura. N. 9 (2009), pp. 231.

Em 1918 a situação não melhorara. Ricardo Jorge, nesta altura Diretor Geral da Saúde e Diretor do Instituto Central de Higiene, descreveu num relatório oficial a situação do Porto perante a epidemia de tifo exantemático: a doença tem como “predilecção as classes ínfimas, mal alojadas, mal tratadas e mal mantidas” (*Diário de Notícias*, 21/02/1918). Nas ilhas do Porto, como nas casas de malta do sul, os operários e os trabalhadores eventuais dormiam à vez na mesma enxerga, em quartos partilhados, sem acesso a água corrente ou saneamento básico. No geral, curva demográfica da população portuguesa só começou a subir quando os problemas de saúde pública começam a ser resolvidos, numa conjugação entre políticas de saneamento básico, tratamento de águas, programas de vacinação e higiene escolar e introdução dos antibióticos na vida das populações, especialmente a partir do final da Segunda Guerra Mundial. Em todo o caso, as medidas de prevenção das doenças, com ênfase na higiene, sempre foram as mais divulgadas em períodos de risco sanitário e a comunidade científica em conjunto com a classe política esforçaram-se por educar as populações nesse sentido. Não há dúvida que a colaboração da imprensa generalista foi fundamental nessa divulgação, na sua qualidade de meio privilegiado de acesso ao público.

2. Tifo exantemático, gripe pneumónica e varíola

O ano de 1918 foi marcado pelo final da Primeira Guerra Mundial. Mas mais mortífera foi a epidemia de gripe pneumónica que se espalhou por todo o mundo e que matou entre 50 e 100 milhões de pessoas. No Porto, esta epidemia encontrou uma população já extremamente debilitada pelas doenças endémicas descritas, agravadas pelas condições sanitárias que não tinham sido objeto de melhorias significativas.

Em dezembro de 1917 declarou-se uma epidemia de tifo exantemático no Porto. Logo em janeiro de 1918, na qualidade de Diretor-Geral da Saúde, Ricardo Jorge deslocou-se ao Porto para estudar o problema e colocar em prática as primeiras medidas sanitárias. Como resultado do seu inquérito local elaborou um relatório que foi apresentado no Conselho Superior de Higiene, no qual desenvolveu a história e definição da doença e apresentou o plano das medidas destinadas ao seu combate naquela cidade e no país (*Diário de Notícias*, 21/02/1918). O seu plano sanitário foi colocado em prática pelo Prof. Augusto de Almeida Monjardino, nomeado comissário do governo na cidade do Porto para combate à epidemia no dia 23 de fevereiro de 1918, e depois pelo Prof. António de Almeida Garrett, que o sucedeu no cargo e desde 18 de maio de 1918 dirigiu o combate à epidemia de tifo exantemático que se prolongou até março do ano seguinte. Em simultâneo o comissário do governo teve de lidar com a epidemia de gripe pneumónica que, desde agosto desse ano, e com maior intensidade em outubro, provocou em Portugal um número de mortos estimado em mais de 135.000, apesar das estatísticas oficiais apontarem para 59.000 (ver quadro I). As medidas sanitárias tomadas para evitar a propagação do tifo exantemático foram muito semelhantes às da peste bubónica de 1899: banhos obrigatórios e desinfecção de roupas e casas para matar os piolhos transmissores da doença, isolamento dos doentes e dos seus contatos mais imediatos, visitas domiciliárias por parte dos delegados de saúde e notificação obrigatória dos epidemiados, com a cidade dividida em áreas sanitárias e a obrigatoriedade de guias sanitárias para os viajantes, além da recomendação do recrutamento de tifosos curados para os serviços perigosos de despiolhamento, aproveitando a sua imunidade à doença. A grande diferença residiu no facto de não se criar um cordão sanitário. Pelo contrário, no que disse respeito à gripe, a sua propagação pelo ar tornou desnecessárias medidas restritivas à circulação de pessoas. Os jornais avisaram apenas “evitar a permanência em lugares fechados

onde haja grandes aglomerações (...) devem arejar-se largamente as habitações e lugares de trabalho. É para aconselhar o uso de preparações desinfetantes das vias nasais e garganta” e tornou-se “obrigatória a declaração por escrito de todos os casos” (*O Comércio do Porto*, 15/06/1918). Segundo o relatório de Ricardo Jorge, “não se oferece profilaxia efetiva e eficaz a exercer contra tal epidemia que não seja a higiene geral e assistência dos atacados preferentemente em hospital de isolamento” (*O Comércio do Porto*, 25/09/1918). Os tratamentos anunciados nos jornais incluíam diversos medicamentos paliativos dos sintomas mais graves, especialmente ativos no controlo dos estados febris, como a aspirina, a quinina e a cafeína. Mais tarde as feiras e mercados foram proibidos e as escolas só iniciaram o ano letivo depois do dia 28 de novembro. Em simultâneo, entre junho e dezembro de 1918 verificou-se uma epidemia de varíola que obrigou a um movimento de vacinação rigorosíssimo em todo o país.

A vacina contra a varíola era conhecida desde meados do século XVIII, a partir dos estudos de Edward Jenner. Foi introduzida em Portugal em 1799, mas praticada de modo aleatório e apenas graças à iniciativa privada e alguns médicos e cirurgiões. Em 1812 a Academia Real das Ciências de Lisboa promoveu um programa de vacinação contra a varíola. Um grupo de médicos, sócios da Academia, liderados por Bernardino António Gomes, fundou a Instituição Vacínica com o propósito de disseminar a vacina como meio eficaz de combate à varíola. No final do século XIX as vacinas passaram a ser consideradas uma questão de prestígio nacional e várias leis foram emitidas no sentido da sua generalização. Em 1918 ainda não eram obrigatórias por lei, mas na prática acabavam por ser, uma vez que condicionavam o acesso às escolas e aos locais de trabalho: “Vacinação obrigatória. Pelas administrações dos bairros foram fixados editais, determinando que nenhum indivíduo de mais de 8 anos possa frequentar escola, instituto de educação, oficina, fábrica, estabelecimento comercial ou industrial, fazer exame ou concurso de desempenho, qualquer cargo público, sem que prove ter sido vacinado ou sofrido um ataque de varíola dentro dos últimos 7 anos. Os directores ou chefes destas colectividades são responsáveis pela observância destas disposições, incorrendo os infractores em penas de 1\$00 a 6\$00 de multa”, (*Diário de Notícias*, 17/11/1918). As vacinas eram administradas de graça por todo o país: “Tendo-se procedido, por ordem da Delegação de Saúde, a vacinações e revacinações nos colégios, asilos, escolas, prisões e nalgumas outras colectividades, vão agora funcionar, nos locais abaixo designados, postos públicos de vacinação gratuita: Na 1ª esquadra...” (segue lista com locais, médicos responsáveis e horários, *O Comércio do Porto*, 31/07/1918).

Na sequência destas epidemias, Ricardo Jorge participou em conferências internacionais, como a da Comissão Sanitária dos Países Aliados, que se realizou em Paris em abril de 1918 (*Diário de Notícias*, 10/04/1918) e também no ano seguinte, em março, apresentou à mesma comissão um relatório sobre a gripe; em outubro de 1919 apresentou uma comunicação ao Comité Internacional de Higiene Pública sobre o tifo exantemático no Porto, na qual reafirmou que o piolho, agente responsável pela transmissão da doença, era ainda muito frequente nas classes mais pobres, também as mais afetadas.

Apesar do intenso trabalho de Ricardo Jorge, o processo de transição sanitária teria lugar em Portugal apenas a partir da década de 1920, em flagrante atraso relativamente a outros países europeus. Porém, só se consolidaria definitivamente na

década de 1950, época em se pode afirmar que a transição epidemiológica estava terminada¹.

Resumo do tema

Um fator foi sempre salientado nas notícias, independentemente do estado dos conhecimentos médico-farmacêuticos: a higiene. Repetem-se desde os meados do século XIX as preocupações com a limpeza e arejamento das casas, das roupas, dos móveis e do corpo dos doentes. Curiosamente as referências à lavagem das mãos estão praticamente ausentes, mesmo em 1918, ano em que, em toda a imprensa consultada, apenas um relatório médico respeitante ao tifo aconselha a aplicar loções desinfetantes nas partes mais expostas, como mãos e calçado (*O Comércio do Porto*, 27/01/1918), e um médico do Hospital Escolar de Lisboa descreveu, entre as medidas profiláticas contra a gripe, a boa alimentação e a “desinfecção das mãos antes das refeições com qualquer antisséptico como água formolada (20 gotas por um litro de água), ou qualquer sabonete antisséptico” (*Diário de Notícias*, 04/10/1918).

A imprensa diária demonstrou que o pessoal médico e as autoridades oficiais estavam informados das mais recentes novidades científicas e provou-nos que a circulação do conhecimento era uma realidade, por meio da divulgação de livros, transcrições e traduções de revistas especializadas, comentários das obras mais recentes. Sabemos também que os médicos e cientistas portugueses participavam em conferências científicas internacionais e realizavam viagens de estudos aos melhores laboratórios e centros de conhecimento europeus. No entanto, esse conhecimento estava sem dúvida localizado nos grandes centros. Era um facto denunciado abundantemente nos jornais a pouca disponibilidade dos melhores profissionais para se deslocarem à província, onde faltavam meios, equipamentos e medicamentos para acudir às populações.

Outro fator foi o medo, tal como igualmente se verificou na recente epidemia de gripe em 2009. Destaca-se ainda a questão moral da doença e o fator comportamental: a epidemia como castigo para comportamentos excessivos e desregrados. Esta é uma herança religiosa que a ciência absorveu e ainda não nega, pois incorporou-a no seu discurso.

Em conclusão, a imprensa generalista revelou-se uma fonte histórica indispensável, especialmente nos períodos de crise, quando todos os atores sociais concorrem para demonstrar os seus conhecimentos e divulgar as suas capacidades, esperando assim contribuir para soluções adequadas.

Bibliografia

ACKERKNECHT, E. H. – «Anticontagionism between 1821 and 1867». In *Bulletin of the History of Medicine*. N. 22 (1948), pp. 562-593.

ALMEIDA, António Ramalho de – *A tuberculose: doença do passado, do presente e do futuro*. Porto: Bial, 1995.

ALMEIDA, Maria Antónia Pires de – «Imagens da epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa». In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. V. 18, n. 4 (2011), pp. 1057-1071.

ALMEIDA, Maria Antónia Pires de – «The Portuguese cholera morbus epidemic of 1853-56 as seen by the press». In *Notes & Records of The Royal Society*. March 20, n. 66 (1) (2012), pp. 41-53.

¹ SOUSA, Paulo Silveira e, José Manuel Sobral, Maria Luísa Lima, Paula Castro – «A epidemia antes da pandemia: o tifo exantemático no Porto (1917-1919)». In José Manuel Sobral, Luísa Lima, Paula Castro, Paulo Silveira e Sousa (orgs.) – *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a Pneumónica 1918-1919*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009, pp. 279-290.

- CORREIA, Fernando da Silva – Portugal Sanitário (Subsídios para o seu estudo). Lisboa: Ministério do Interior – Direcção Geral de Saúde Pública, 1938.
- GARNEL, Rita – «Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)». In Revista de História da Sociedade e da Cultura. N. 9 (2009), pp. 229-251.
- JORGE, Ricardo – Hygiene social applicada à Nação Portuguesa: conferências feitas no Porto. Porto: Civilização, 1885.
- JORGE, Ricardo – Demographia e hygiene da cidade do Porto: clima-população-mortalidade. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara, 1899.
- JORGE, Ricardo – La grippe: rapport préliminaire présenté à la commission sanitaire des pays alliés dans sa session de mars 1919. Lisbonne: Imp. Nationale, 1919.
- JORGE, Ricardo – Le typhus exanthématique à Porto, 1917-1919: communication faite au Comité international d'hygiène publique dans sa session d'Octobre 1919. Lisbonne: Imp. Nationale, 1920.
- PELLING, Margaret – Cholera, fever and English medicine, 1825-1865. Oxford, New York: Oxford University Press, 1978.
- PEREIRA, Ana Leonor, João Rui Pita – «Ciências». In José Mattoso (dir.) – História de Portugal. V. V. Lisboa: Círculo de Leitores, 1993, pp. 653-667.
- ROSENBERG, Charles E. – The Cholera Years: The United States in 1832, 1849 and 1866. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1987.
- SANTOS, Ricardo Augusto dos – «O Carnaval, a peste e a “espanhola”». In História, Ciências, Saúde – Manguinhos. V. 13, n. 1 (2006), pp. 129-158.
- SOBRAL, José Manuel, Luísa Lima, Paula Castro, Paulo Silveira e Sousa (orgs.) – A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a Pneumónica 1918-1919. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009.
- VAQUINHAS, Irene (coord.) – A Época Contemporânea. In José Mattoso (dir.) – História da Vida Privada em Portugal. V. III. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011.

Quadro I: Resumo das epidemias do Porto em 1918.

Epidemias no Porto	Datas	Mortes	Mortalidade	Causas conhecidas na época	Causas atribuídas a:	Transmissã o	Medidas sanitárias	Tratamentos aconselhados na imprensa diária
Tifo exantemático	Dezembro de 1917 a Agosto de 1918	278, em 2.781 casos	10%	Bactéria do tifo exantemático identificada por H. T. Ricketts e Stanislaus von Prowazek	Um vírus transmitido pelos piolhos, classes baixas pobres, com casas e alimentação deficientes, em particular pedintes e criminosos	Piolhos	Remoção dos piolhos, higiene e desinfecção do corpo, das roupas e das casas; banhos públicos obrigatórios e queima das casas e de todo o mobiliário e roupas. Isolamento dos doentes, da respectiva família e vizinhos; visitas sanitárias pelos delegados de saúde acompanhados da policia; escolas encerradas.	Para remover os piolhos: banhos frequentes com água e sabão; petróleo, benzina, essência de terebentina; para as roupas naftalina para prevenção e queima de enxofre para desinfecção; para as casas a cal.
Gripe pneumónica	Junho de 1918 a Dezembro de 1918	59.000. Estudos mais recentes apontam para 135.257.	9.8 por mil em toda a população de Portugal	Parcialmente identificado, vírus ainda ignorado	Uma bactéria, miséria, deficiente alimentação	Ar: Primeira Guerra Mundial; migrações de militares e de trabalhadores rurais	Profilaxia contra o contágio desconhecida. Higiene geral e assistência médica, isolamento dos doentes em hospitais especiais. Escolas encerradas, adiamento dos exames na universidade, proibição de feiras e mercados, declaração obrigatória da doença. Profilaxia individual: gargarejos mentolados ou salgados. Recetas para os pobres de graça nas farmácias. Membros privilegiados da comunidade foram incentivados a formar comissões locais de auxílio aos atacados.	Medicamentos: aspirina, sais de quinino, de amónia e purgantes; cafeína, ampolas de óleo de cânfora, sementes de mostarda e de linhaça, chá de borragem, licor amoniacal anizado, sulfato de soda desleito em água quente ou em limonada citro-magnésica reforçada; soro anti-pneumococcus, carboneto de amoníaco, benzoato de soda, bálsamo Tolu e benjoim, injeções intravenosas de soro glucosado, açúcar e alimentação adequada. Sangrias e urotropina.
Variola	Junho de 1918 a Dezembro de 1918	Desconhecida	Desconhecida	Vírus da Variola, identificado por Edward Jenner		Ar, pele	Vacina	

PALMATÓRIA DA SAÚDE, ESTETOSCÓPIO DA EDUCAÇÃO: LEITURA, CIRCULAÇÃO E RECEPÇÃO DOS DISCURSOS MÉDICO-PEDAGÓGICOS NA PARAHYBA (1919-1945)

Iranilson Buriti de Oliveira

Resumo

Este artigo desenha as aproximações entre os discursos médico e o educacional, no período compreendido entre 1919 e 1945, no Estado da Paraíba, Brasil. Nessas aproximações, problematizamos o saber médico na orientação do saber pedagógico e sua recepção no discurso dos educadores. Como fontes, iremos analisar os escritos de políticos (presidentes de Estado e presidentes da União) sobre a higiene e a educação sanitária; os textos jornalísticos e os da *Revista Era Nova* e da *Revista do IHGP* assinados por médicos, educadores e demais autoridades públicas, bem como os documentos referentes às reformas educacionais no Brasil no referido período.

Introdução

Julho de 1919. Acordada pelos primeiros raios do sol do Ponta do Seixas¹, a Parahyba se levantava para ouvir e ler as notícias que estampavam em quase todos os jornais do Brasil: Epitácio, o paraibano, estava tomando posse como presidente da Nação. Para a gente desta “terra do Norte”, significava muito mais que um novo presidente à frente da União: representava a esperança de melhores condições de vida, dentre as quais melhor saúde e boa educação, melhoramentos urbanos e infra-estrutura para as principais cidades do Estado, como testemunhou o médico Flávio Maroja, em 1922: “A Parahyba, graças ao actual governo da República, tem sido aquinhoadada de benefícios que lhe vão resgatando um longo passado de abandono em que viveu, por assim dizer, à parte da communhão constitucional, menos para os ônus fiscaes”. (*Revista Era Nova*. Parahyba, 25 março de 1922, p.23).

A emergência de Epitácio Pessoa ao Governo Federal alimentou o sonho de médicos, de professores, de governantes locais e do povo em relação a dois problemas cruciais: saúde e educação. Que emoções os paraibanos produziram com a chegada de um conterrâneo ao comando do país? Os relatos do jornal *A União* fazem emergir os desejos, os projetos, as utopias em torno do novo presidente. Ter um “filho da terra” no mais alto posto de comando da nação representou a esperança de ver a Paraíba mais saudável, mais educada e mais moderna². Sua ascensão à Presidência da República sinalizou um novo tempo não apenas para o seu Estado pátrio, mas também para a história da saúde pública no Brasil, com a reorganização dos serviços de saúde e o aumento das campanhas em prol da educação sanitária³, pois a “preocupação por parte de alguns governantes da Primeira República se mostrou inconstante com relação à prevenção e controle das situações, o que só viria a acontecer, como política do setor, a partir da década de 1920” (FREIRE & AMORIM, 2008, p.116), com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)⁴, da “Reforma Carlos Chagas” e dos Decretos 3.987, de 02 de janeiro de 1920, e 14.354, de 15 de setembro

¹ O Ponta do Seixas é o ponto mais oriental das Américas, conhecido como o lugar “onde o sol nasce primeiro”.

² “O governo pede ao congresso a criação de novo Ministério”. *Jornal A União*, Parahyba. 9 de outubro de 1919, p. 2.

³ Até então, as ações mais contundentes de combate às doenças ocorreram na gestão de Oswaldo Cruz na Diretoria Geral de Saúde Pública, durante o governo de Rodrigues Alves.

⁴ Dirigido inicialmente pelo sanitarista Carlos Chagas, o DNSP objetivava centralizar e gestar os serviços de saúde em todo o território nacional

de 1920¹, que criavam e regulamentavam o DNSP, tornando, dessa maneira, o Estado brasileiro presente na reorganização das políticas de saúde, bem como na “defesa da nação” para desenvolvê-la “moral e civicamente”, “social e economicamente”.

Os discursos que circularam em jornais e revistas da Paraíba construíam cenários de esperanças no novo governo, ao mesmo tempo em que davam visibilidade à caótica paisagem da saúde pública no Estado, cartografia descrita como um território habitado por gente doente e por uma série de doenças que molestavam a população do Estado. No final da década de 10 (século XX), apenas a Santa Casa de Misericórdia, na capital do Estado, atendia à população. Com apenas um hospital na capital e sem hospitais no interior, Accácio Pires, chefe do Setor de Profilaxia Rural da Parahyba, escreveu uma carta a Belisário Penna, fazendo circular, para outros Estados, a notícia sobre os espaços “rachados” da saúde pública:

O conjunto epistolar de Accácio Pires constituem relatos marcados por um olhar atento aos detalhes em torno dos espaços que cercavam os paraibanos. A Paraíba, nesses relatos, era lida e diagnosticada como um corpo enfermo, necessitando de cuidados e prescrições médicas e pedagógicas. À saúde cabia diagnosticar o corpo e à educação era reservada a pedagogia da mente, escriturando para os sujeitos paraibanos novas lições de como se comportar enquanto um “soldado da pátria”, livrando-se, assim, das moléstias que atacavam devido à ausência de hábitos saudáveis. Enquanto a medicina ampliava seu campo de competências na Paraíba, a educação recepcionava esse conhecimento médico-higienista e o fazia circular no âmbito escolar.

Em 1919, o jornal estatal *A União* circulou entre os seus leitores a seguinte notícia: “Entre os fins capitaes do Estado, figura o de acautelar os problemas dos seus habitantes, no seu próprio interesse e no do próprio Estado. Entre todos os problemas administrativos, figura o problema da saúde entrelaçado”². Para normalizar os discursos sobre a saúde pública, o Governador do Estado, Francisco Camillo de Holanda, baixou o Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920, mediante o qual organizou na Parahyba “a Comissão de Saneamento e Prophylaxia Rural, cuja direcção foi confiada ao facultativo dr. Accácio Pires, que lhe soube imprimir um caráter de seriedade digno dos maiores applausos”³. Com poucos dias no novo cargo, Accácio Pires já construíra uma leitura acerca dos problemas que assolavam o Estado, e imprimiu a importância da propaganda sanitária para “corrigir” e educar a população local:

É a única coisa de que ainda não pudemos cuidar a despeito de considerá-la da maior relevância. A educação sanitária nas escolas, subsistindo, parece-me de grande utilidade. Por falta de ciência [os adultos] se atocham de preconceito, que são a tiranice que não deixa lugar para a boa semente medrar. Acho que devemos medicar os adultos e educar as crianças. Para a propaganda sanitária é mister que o senhor nos mande quadros muraes, filmes, folhetos, etc., que representem elementos da convicção de mais alto valor. (Carta de Accácio Pires a Belisário Penna, 15 de setembro de 1921. FBP)

¹ O Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, dispõe acerca da reorganização dos serviços da saúde pública no Brasil, enquanto o Decreto 14.354, de 15 de setembro de 1920, refere-se à aprovação do regulamento para o DNSP.

² Saúde Pública. *A União*, Parahyba, 9 de agosto de 1919, p.1.

³ Saneamento e Prophylaxia na Parahyba. *Revista Era Nova*. Edição especial do centenário da Independência do Brasil-1822-1922. Parahyba, Ano II. N. 23, 1922.

Este artigo, portanto, estuda as aproximações entre a saúde e a educação na Paraíba, colocando em suspeição os discursos que circularam no período supracitado, emitidos por médicos, educadores e autoridades públicas que escreviam e inscreviam na história local vários enunciados sobre as identidades dos sujeitos, discutindo, também, como a escola na Paraíba recepcionava e lia o discurso médico. Relatórios de Estado, reportagens de jornais e revistas, decretos e leis estaduais, correspondências trocadas entre os médicos paraibanos e Belisário Penna e fichas dos alunos farão parte do nosso corpus documental.

Educação e saúde: aproximações

Ao lado das reformas na saúde pública, nas décadas de 20 e 30 do século XX, as reformas educacionais são narrativas que celebram um “tempo novo” para o Estado da Paraíba, ganhando cada vez mais visibilidade o discurso médico e sua circulação no âmbito das instituições públicas. Em nível estadual, foi publicado, em 1917, o Regulamento sobre a Instrução Pública na Parahyba do Norte, que, juntamente com as reformas empreendidas pelos presidentes Camilo de Hollanda (1916-1920), Solon de Lucena (1920-1924) e João Suassuna (1925-1929), regulamentaram a organização da instrução pública e contribuíram para criar um novo perfil para as escolas do Estado (PAIVA, 2006; PINHEIRO, 2002).

As reformas educacionais elaboradas por parte da intelectualidade local são “regimes de verdade” (FOUCAULT, 1999) que possuem forças na construção de novos comportamentos, formando um tipo de governo dos homens que provoca descontinuidades com os padrões antigos de sociabilidade. O futuro era entendido, ainda, como um território envolvido pela valorização do capital e do progresso, pela busca incessante do novo e pelo impulso de esquecer o passado, de sociabilizar-se com as normas atuais rompendo com as antigas, criando aversão a quase tudo que estivesse relacionado com o atrasado, o anti-higiênico e o anti-científico, além de “adotar idéias eugênicas sobre degeneração e a contemplar as possibilidades de regenerar a vasta subclasse racial e social” (DÁVILA, 2007, p. 33).

Nessa compreensão de elaborar um futuro “sadio” para a Paraíba através dos preceitos médico-pedagógicos, o Diretor de Instrução Pública, João A. B. Cavalcanti, encaminhou, em 1921, um Relatório ao Presidente de Estado, Sólon de Lucena, no qual apresentava os regulamentos para a construção dos edifícios escolares, visando adequá-los aos novos padrões de salubridade, construídos em “terreno sêcco e permeável” e com o piso impermeabilizado, evitando, assim, “acúmulo de sujidades”¹. Nesse relatório, percebe-se a defesa da inspeção higiênica de forma a monitorar a escola e os escolares, procurando, mediante uma constante vigilância, promover a manutenção de uma escolarização higienizada.

Participando dessas reformas educacionais, o médico contribuía para prescrever idéias higienistas e eugênicas e levar homens e mulheres a se identificarem com o corpo sadio, absorvendo os conteúdos higiênicos de caráter social, tais como eugenia, saneamento, organização fisiológica, cuidado do corpo, objetivando a beleza e a perfeição da raça (STEPAN, 2005; DIWAN, 2007). Tal discurso, ao circular na escola e ser recepcionado por alunos e professores, influenciava-os, como podemos perceber na preleção de formatura da normalista Maria de Lourdes Tavares, do Instituto Pedagógico. Para ela,

¹ In: PARAHYBA DO NORTE. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Solon Bardosa de Lucena, M.D. Presidente do Estado, pelo Director Geral da Instrução Publica, João Alcides Bezerra Cavalcanti, em 1921(primeira parte) In: *Jornal O Educador*, Anno I, número I. Parahyba: 1º de novembro de 1921.

[...] a bôa educação é que dá ao corpo e à alma, toda a beleza e perfeição de que são capazes (...) Queremos, como Platão, dar ao corpo e à alma de nossos alunos, toda a beleza e perfeição de que forem susceptíveis. Somos artistas porque a educação é uma arte. O nosso material de artífice é constituído por umas almas, ávidas, frementes. (*Jornal Voz da Borborema*. 11.dez.1937, p.3)

O texto escrito e lido pela normalista dialoga com conceitos eugênicos e higiênicos, prescrevendo que o corpo do aluno é formado pela “boa educação” e esta é uma “obra de artistas” que modela as almas e os corpos dos escolares para os tornarem perfeitos, dando-lhes um contorno de graça, pegando a massa informe e transformando-a em uma morfologia do progresso, do moderno, do eugênico, feita à imagem e semelhança da “nobre raça”. A educação dos sentidos e o cuidado do corpo (GAY, 1988; SANT’ANNA, 1995) do paraibano através da mudança de um comportamento sanitário almejava, por parte das autoridades públicas, muito mais que a interdição compulsória dos “maus costumes”. Almejava a produção de dispositivos pedagógicos que possibilitassem uma nova leitura sobre si mesmo (VEIGA-NETO, 2002), prestando atenção ao seu corpo, cultivando um jeito de assear-se, um modo de viver, produzindo-se e conhecendo-se como sujeito saudável. “Ensinemo-lhes a combater o próprio erro e a cultivar o bem, pois eles devem ser os maiores educadores de si, porque a auto-educação é mais verdadeira”. É mediante esse cuidado de si que “o educando vai eliminando os seus defeitos e adquirindo a instrução e a educação”, fazendo sua própria leitura de si, embora esta também seja limitada pelos condicionamentos sócio-culturais e históricos do meio em que vive. No discurso de Tavares, o sujeito não é mais uma unidade-identidade, mas envoltura, pele, corpo, fronteira.

A recorrência do enfoque médico para a abordagem dos “fenômenos sociais” foi, conforme Anca (2005), resultado da progressiva convergência de projetos sustentados em diferentes áreas do Estado, tais como a criminologia e o direito penal, a normalização da população infantil, a saúde pública e o dispositivo psiquiátrico. Multiplicavam-se nos jornais locais os anúncios sobre clínicas médicas, consultórios, laboratórios de análises clínicas e a chegada de “esculápios” especialistas em vários ramos desse campo de saber, como o médico Accácio Pires (enviado em 1921 pelo DNSP para chefiar o Setor de Profilaxia Rural da Paraíba) e Vital de Mello, membro da Comissão de Saneamento e Profilaxia, saudados de forma entusiasmada pelos jornais locais¹. O Estado era recorrentemente “convidado” a unir-se em prol da defesa da “raça” nacional, principalmente à assistência à infância: “Que bem seria, para a saúde do futuro cidadão, fosse criada, por uma lei do Estado ou da União – a quem cabe o dever inadiável, - a assistência médica, com o seu corpo de inspecção sanitária, para a hygiene preventiva da creança”².

Os interesses médico-sanitaristas encontravam apoio nos interesses do Estado-higienista e nos professores. Os doutores Eustachio de Carvalho, Vital de Mello, Flávio Maroja e João Machado, dentre outros, escreviam discursos que regulamentavam o que podia ou não ser feito para viver com saúde, se defender da varíola, da peste bubônica, da tuberculose, da “peste rubra” na Paraíba. Os leitores dos jornais locais, nos anos iniciais da década de 20, depararam-se com discursos sobre a educação dos sentidos, acerca da mudança de hábitos alimentares das crianças e dos adultos (não comer com as mãos sujas, não comer catarro, não ingerir carnes e

¹ MAROJA, Flávio. Comissão de Saneamento e Prophylaxia Rural. *A União*, Parahyba, 16 de junho de 1921, p. 3.

² BARRETO, M. de Almeida. Em defesa da Criança. *Jornal Brasil Novo*. Campina Grande, 14 de março de 1931, n.10, p.1.

comidas podres). O paladar, portanto, tornou-se um aliado da “boa higiene”, somando-se ao cuidado com o espaço da moradia (onde e como morar, como edificar a casa) e com a precaução com os territórios freqüentados (a rua, a escola, as vielas, os mangues). Para esses intelectuais, era urgente a construção de uma Paraíba em dia com os dispositivos médico-sanitaristas, desfazendo as superstições e arcaísmos religiosos, as credices, as práticas “primitivas” de maternidade, abandonando as receitas de parteiras e de “comadres”, as ervas de farmacêuticos e de prognosticadores¹.

Nesse embate contra as “forças do mal”, a escola também era vista como um cenário propício no qual o médico-professor deveria atuar, dar aulas de vida e sobre a vida, destilar a química do seu conhecimento, a história da vida e da morte, a geografia das doenças, a ciência do corpo e da mente, a sociologia dos direitos e deveres do cidadão, a semiologia das palavras e das coisas. Na frente dos escolares, o mestre deveria portar-se como um “sábio detetive”, inspecionando os corpos em busca de vestígios de sujeira nas unhas, os indícios de manchas na pele, no pelo, nos pés. Esse professor deveria reeducar o olhar para investigar, procurar os rastros de doença, os piolhos que desfilavam no corpo dos paraibanos, irritando a sua cabeça, preocupando as autoridades sanitárias, “assustando” as vítimas. Descrevendo a urgência de sanitizar o corpo paraibano, Accácio Pires desenha o sujeito local como um “parque zoológico”, como um ser de várias paisagens: tátil, gustativa e olfativa:

Cada homem é um parque zoológico sendo que a cada região do corpo corresponde uma fauna especial. Não há cabeça onde não ferverem os piolhos, corpo livre de ácaros, pés sem bichos, tripas sem vermes, sangue sem hematozoário e vísceras sem treponema. (Carta de Acácio Pires a Belisário Penna, 7 de julho de 1921)

Para cuidar desse “homem-bicho”, era preciso a criação de órgãos públicos para educar sua sensibilidade (tato, olfato, paladar, visão, audição) e higienizar suas posturas. Era necessário educar o tato para não tocar em coisas contaminadas; refinar o paladar para selecionar o alimento puro; aguçar o olfato para não ter contato com os cheiros podres, enfim, era urgente sanear as sensibilidades. Dessa forma, a institucionalização do Serviço de Profilaxia Rural neste Estado, em 1921, marcava um novo tempo para a educação sanitária local, pois tal instituição agiria como polícia sanitária, vigilância médica, além de atuar nas áreas de desinfecções, vacinações e revacinações, isolamento e demografia sanitária e de estabelecer campanhas para mudar os hábitos higiênicos dos paraibanos.

Nesses discursos, uma criança normal seria, por excelência, uma criança saudável, e esta preocupação não dizia respeito apenas aos médicos, mas aos pais, educadores e governantes da Paraíba. Para tal fim, poder público, Família, Escola e Medicina foram assumindo a busca dessa normalidade, instituindo formas de construir mente e corpo sãos. A sensibilidade em relação aos novos espaços elaborados pelo saber médico-escolar foi notória nos jornais paraibanos nesse contexto histórico, a exemplo do *Brasil Novo*, que recepcionou a Reforma Francisco Campos² como um momento para ampliar as aproximações entre educação e saúde, reeducando os sentidos do paraibano para também participar da construção de “um novo tempo”. (M. de Almeida Barreto. E’ preciso alfabetizar o Brasil. *Jornal Brasil Novo*. 21-02-1931, n. 7, p.1.)

¹ PIRES, Accácio. Catecismo popular do opilado. *Jornal A União*. Parahyba, 21 de junho de 1921.

² Decreto N. 19.890, de 18 de abril de 1931.

Os sujeitos paraibanos são narrados pelo professor Almeida Barreto como ignorantes, mas poderiam superar essa fase mediante o apostolado da educação e da higienização: “A nossa triste situação é a de povos que habitam regiões ínvias da Ásia e África: - não temos escolas porque não somos ricos e opulentos porque não temos escolas” (BARRETO, 1931). Fundamentado nas operações de prescrever, avaliar, educar e sanear, Almeida Barreto legitima o seu discurso na matriz religiosa, recepcionando metáforas bíblicas para tornar cada médico-educador um “apóstolo” da Paraíba.

Em vários discursos de médicos e professores, a referência ao asseio, ao conforto e à salubridade escolar de alunos e professores, apresenta a higiene não apenas como um problema individual, mas fundamentalmente social, articulando o corpo do sujeito (aluno, professor, diretor, inspetor) ao corpo coletivo, mais precisamente ao corpo nacional. Cumprir os “requisitos da hygiene escolar”, atendendo ao Regulamento para a construção de escolas na Parahyba, expressa a necessidade de conservar sarado o corpo do alunado desse Estado, isento de micróbios e bactérias, representando a defesa social de um povo ameaçado por enfermidades exóticas, pelos venenos sociais do comunismo, do anarquismo e da rebeldia; dos vícios sociais e da sífilis que, de acordo com Cristino Pimentel (1958), tanto inquietavam e irritavam a elite local.

Assim, categorias como fragilidade, debilidade e atraso, por um lado, e por outro recuperação, salvação e cuidado preconizam uma intervenção educativa centrada no físico e na moral, de modo a produzir potenciais transformações intelectuais. Oferecer aulas de educação física, mas também cuidar da dentição, dos gânglios e de outros órgãos dos estudantes representam, para a Paraíba, uma intervenção educativa moldada nos preceitos médico-higienistas. Como se pode observar, “a educação não escapou imune à *assepsia* higienista. As condições legais, materiais e institucionais para o cumprimento da ordem higienista são dadas pelo Estado, que a legitima em consonância com as exigências do capital e do trabalho” (HORA, 2007, p.6; SOARES, 2001). A educação física, a sexual, a higiene dietética e a educação moral e cívica se “unem” como verdades para a edificação de um corpo capaz de responder aos apelos de um novo tempo, de uma nova Paraíba que se projetava no cenário nacional como a “Terra de Epitácio”, devendo, assim, ser “inteligente” e “viril” como o presidente.

As campanhas de saúde pública na década de 20 inseriam-se num “processo civilizatório” mais geral, que incluía a construção do Estado Nacional brasileiro, bem como a educação moral e cívica da família, tendo em vista ser o lar considerado a ponte inicial de formação do caráter nacional. A tônica das campanhas sanitárias do governo federal era erradicar as doenças, como se aos serviços de saúde coubesse uma espécie de “exorcismo” em massa das populações carentes. Em nível estadual, o processo de higienização estava bem claro nos discursos dos presidentes de Estado em sintonia com a modernização¹.

Através da lente do saber médico, se articula a enunciação dos fins educativos, o entrelaçamento entre a escola e o hospital. São narrativas que se cruzam, olhares que se interpenetram, vozes plurais que se misturam para “salvar a Paraíba”, cirurgiar o corpo da “Terra de Epitácio”, examinar todo o Estado que precisa ser civilizado, possuidor de uma população, se não homogênea, pelo menos classificada e normatizada pela pedagogia da higiene. Através desses vários discursos, construía-se uma nova Paraíba, esteticamente cirurgiada pelo bisturi do progresso e educada pelo estetoscópio da educação, afinal nas “mãos dos educadores está a perfeição da sociedade” (*Jornal Voz da Borborema*, 1937, p.3).

¹ Confira Mensagem Presidencial de Sólon de Lucena, 1924.

Referências

- ALBUQUERQUE JR. Durval M. de. Nos destinos de fronteira. Recife: Bagaço, 2008.
- ANCA, Alejandra Rodriguez de. Apuntes para el análisis de las relaciones entre discurso médico y educación (1900-1930). In: Di Liscia, Maria Silvia, et all. Higienismo, educación y discurso en la Argentina (1870-1940). Santa Rosa, Editorial de la Universidad Nacional de la Pampa, [2002?]
- BURITI, Iranilson. A pena de Belisário: narrativas de Nordeste nas correspondências de Belisário Penna (1921-1926). Anais do XXV Simpósio Nacional de História. Fortaleza: Editora, 2009.
- CERTEAU, Michel de. A escrita da história. Rio de Janeiro: Forense, 1982.
- _____. A invenção do cotidiano. Petrópolis: Vozes, 1994.
- CHARTIER, Roger. Práticas de leitura. São Paulo: Estação Liberdade, 1996.
- _____. História cultural. Entre práticas e representações. Lisboa: Difel, 1989.
- _____. Textos, impressão, leitura. In: HUNT, Lynn. A nova história cultural. São Paulo: Martins Fontes, 2001a.
- DÁVILA, Jerry. Diploma de brancura. São Paulo: Edunesp, 2007.
- DIWAN, Pietra. Raça Pura. São Paulo: Contexto, 2007.
- FOUCAULT, Michel. O que é um autor? Lisboa: Veja, 1992.
- FREIRE, Mary Ann M; AMORIM, Wellington M. de. A enfermagem de saúde pública no Distrito Federal: a influência do relatório Goldmark (1923-1927). Revista de Enfermagem. Março 2008, 12(1)115-124.
- GAY, Peter. A educação dos sentidos. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. Lovisolo, Hugo. A educação física e concepções higienistas sobre raça: uma reinterpretação histórica da educação física brasileira dos anos de 1930. Rev. Port Cien Desp 3(V) 322–328.
- GONDRA, J. Gonçalves. Afinidades: educação e medicina na Primeira República. *VI SNHCT*, 1997.
- _____. Higiene como “sciencia da infância”. Caderno CEDES, v. 23, n. 59. Campinas, abr. 2003.
- HORA, Dayse Martins. Medicalização, Escola Nova e Modernização da Nação: 1930-1945. Disponível em:
http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_034.html. Acesso em 12 jul.2008.
- LIMA, Nísia Trindade. Um sertão chamado Brasil. Rio de Janeiro: Iuperj/Revan, 1999.
- MOGARRO, Maria Joao. Os professores e os seus discursos: problemas de circulação e apropriação de modelos pedagógico-culturais. In: ALMEIDA, Malu (org.) Escola e Modernidade: saberes, instituições e práticas. Campinas-SP: Alínea, 2004.
- PAIVA, Bruna M. M. de. et all. Grupos Escolares na Parahyba do Norte (1916 – 1929): Reformas que subsidiaram a Organização da Instrução Pública Primária. Disponível em: <<http://www.faced.ufu.br/columbe06/anais/arquivos/523.pdf>> . Acesso em 12.nov.2008
- PIMENTEL, Cristino. Pedacos da história de Campina Grande. Campina Grande: Livraria Pedrosa, 1958.
- PINHEIRO, Antônio Carlos. Da Era das Cadeiras Isoladas à Era dos Grupos Escolares na Paraíba. São Paulo: Autores Associados, 2002.
- SANT’ANNA, Denise B (org.) Políticas do corpo. Sao Paulo: Estação Liberdade, 1995.

STEPAN, Nancy Leys. "A hora da eugenia". Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STEPHANOU, Maria. Formar o cidadão física e moralmente: médicos, mestres e crianças na escola elementar. Educação, Subjetividade e Poder. Porto Alegre, v. 3, n. 3, p. 59-66, jan/jun. 1996.

_____. Saúde pela educação. Escolarização e didatização de saberes médicos na primeira metade do século XX. Disponível em: <http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe1/anais/114_maria_ste.pdf>. Acesso em: 31jul.2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. Coisas do governo.... In: RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. L; VEIGA-NETO, Alfredo. (orgs.) Imagens de Foucault e Deleuze. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

GÉNESE E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO DISPENSÁRIO DE HIGIENE SOCIAL DE VIANA DO CASTELO (1934-1960)

Alexandra Esteves

Resumo

Inaugurado em 1934, o Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo tinha a seu cargo, entre as suas competências, o tratamento de doenças venéreas e da raiva. O objectivo da nossa análise consiste em conhecer as valências e avaliar o impacto das iniciativas desta unidade de saúde, cuja acção se estendia a todo o distrito de Viana do Castelo. Nesse sentido, propomo-nos a recorrer a um conjunto de fontes documentais, de modo a podermos acompanhar a evolução do Dispensário, inventariar os serviços de que dispunha, bem como apresentar os tratamentos aplicados aos seus utentes e as substâncias medicamentosas utilizadas.

Introdução

Entre os finais do século XVIII e a centúria de oitocentos, o mundo ocidental assistiu a profundas alterações decorrentes do processo de industrialização e do fenómeno da urbanização, que conduziram a progressos significativos nas condições de vida das populações, mas contribuíram também para a emergência de novos problemas que se manifestaram, nomeadamente, no domínio da saúde pública.

Uma mudança indevidamente programada do paradigma rural, potenciada pelo êxodo em direcção às grandes cidades e conseqüente aumento da população urbana, a par da consolidação da imagem de uma nova tipologia de pobres, trouxe novos problemas. Paralelamente, ocorreram outras transformações que explicam o levantamento de vozes de um grupo cada vez mais consistente, que se ia afirmando no novo escalonamento social: a burguesia. Esta, apostada na alteração de comportamentos, olha para baixo e encontra nas classes mais desfavorecidas muitos dos entraves ao progresso social.

Entre o rol das culpas imputadas aos pobres constava, precisamente, a doença. Aos olhos da sociedade burguesa oitocentista, a falta de higiene, a conduta amoral e desregrada, males associados à indigência, eram causadoras de marginalidade, criminalidade e moléstias. Além do mais, eram tidos como os responsáveis pelo surgimento e propagação das mais mortíferas epidemias oitocentistas, designadamente a cólera, a febre-amarela e a sífilis. Esta era uma enfermidade fortemente estigmatizante, atribuída a comportamentos impróprios e associada a determinadas franjas sociais, em particular às prostitutas.¹ Numa época cujo quadro mental era marcado pelo evolucionismo, pelo positivismo e por uma concepção totalizante da história, havia, portanto, que intervir e acionar mecanismos que permitissem transformar a escala de valores e o *modus vivendi* dos pobres.

Com o dealbar do século XX, a higiene privada cientificou-se, sendo reconhecida a sua importância para a saúde pública.²

¹ JUTTE, Robert - "Syphilis and Confinement. Hospitals in Early Modern Germany". In *Institutions of Confinement, asylums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. pp. 97-101.

² PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui - "A higiene: da higiene das habitações ao asseio pessoal". In VAQUINHAS, Irene (dir.) - *História da Vida Privada em Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011. pp. 97-100.

Neste contexto, era ao Estado que competia resolver os problemas gerados pelas carências higiênicas detetadas nos mais carenciados. Nesse sentido, e de acordo com a visão social transmitida pela literatura coeva, devia incentivar as práticas de higiene pessoal, a limpeza das habitações, o regramento dos comportamentos e a disciplinação dos costumes.

A conexão entre a pobreza e a doença foi-se acentuando com os progressos alcançados no campo da medicina social e do higienismo. Considerava-se que se a miséria era causadora de moléstias, estas, por sua vez, também originavam pobreza. Portanto, tornava-se imperioso combater a miséria, mas também a doença. A consecução deste objetivo impunha a aposta numa medicina preventiva, atribuindo ao médico uma intervenção profilática e pedagógica, que deveria incidir principalmente sobre as doenças tidas como sociais. Embora todas as enfermidades possam assumir esta dimensão, algumas encaixam mais nesta categoria, devido, nomeadamente, ao elevado perigo de contágio, aos custos dos tratamentos e ao grau de mortalidade.¹

O combate à doença e à pobreza beneficiou de um conjunto de avanços no domínio da saúde pública, visíveis sobretudo na segunda metade do século XIX, sendo de destacar, designadamente, as descobertas bacteriológicas de Pasteur e Koch, a afirmação do higienismo, os progressos no campo da física, da química e da venereologia. Por outro lado, importa salientar a crescente importância dos reformadores sociais, cada vez mais ouvidos pelos governantes, os quais, à medida que o século XIX se fecha e um novo tempo se abre, receiam a disseminação das ideias socialistas junto das classes sociais mais desfavorecidas e, por isso, consideram necessário satisfazer algumas das suas reivindicações e melhorar as suas condições de vida, nomeadamente no que concerne à assistência na doença. Inicialmente entregue à beneficência de particulares, este encargo foi sendo transferido, de forma paulatina, para a alçada do Estado. Apesar destas transformações, a estratificação social continuava a refletir-se no âmbito dos cuidados de saúde: se os menos abastados recorriam às estruturas públicas, como hospitais e dispensários, as classes mais abonadas continuavam a preferir o recato do lar e a privacidade do quarto, resguardando-se dos olhares públicos.²

Entre as enfermidades sociais que mais preocupavam as autoridades portuguesas no início do século XX, estavam as doenças venéreas, particularmente a sífilis, e a tuberculose.

Os primeiros dispensários portugueses nascem na sequência de uma política de combate à elevada incidência da *doença do peito*, em particular no seio das classes mais desfavorecidas, e de assistência às crianças pobres. Estas, mal agasalhadas e mal alimentadas, vivendo em habitações desprovidas de qualquer conforto, estavam mais expostas a contrair a *tísica*. Doença altamente contagiosa, que tanto penetrava em casas paupérrimas como em palácios, instalava-se e desenvolvia-se mais facilmente em organismos fragilizados. Em 1893, pela mão da rainha D. Amélia, foi criado o primeiro dispensário, destinado a crianças pobres, menores de doze anos. Dispunha de serviços de assistência médica, alimentar e cirúrgica. Em 1901, abriu em Lisboa o primeiro dispensário antituberculoso, seguindo-se outros em vários pontos do país, por iniciativa da Associação Nacional aos Tuberculosos.³

¹ FERREIRA, F. A. Gonçalves - Moderna Saúde Pública. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990. p. 1131.

² ENTRALGO, P. Laín - Historia de la medicina. Barcelona: Masson S. A., 1998. p. 537.

³ MARTINS, Alcina Maria de Castro - Génese, emergência e institucionalização do serviço social português. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia, 1999. pp. 53-55.

Além da atividade orientada para a prevenção das doenças infecciosas, nomeadamente através do apoio domiciliário aos enfermos e da distribuição de leite e de substâncias medicamentosas, os dispensários investiam também na vertente educativa. Assim, ao facultativo não competia apenas informar o paciente sobre o seu estado de saúde e prescrever a terapia apropriada, mas também corrigir os comportamentos inadequados. Deste modo, cumpria-se a tripla função destas instituições: prevenir, tratar e educar.

Se alguns dos dispensários tinham uma vocação mais polivalente, outros estavam direcionados para um determinado tipo de patologia. Em Portugal, foram-se erguendo dispensários antisifilíticos, de combate à tuberculose e de luta contra a mortalidade infantil. A Direção Geral de Saúde promoveu a criação de Dispensários de Higiene Social, orientados para o estudo da higiene sexual e tratamento de doenças venéreas. Em 1927, foi criado o Dispensário Central de Higiene Social de Lisboa, que, pela mão de Tovar de Lemos, conseguiu, três anos mais tarde, um trabalho de reconhecido valor no campo da venereologia. Disponha, entre outros, de um serviço destinado, especificamente, à inspeção e ao tratamento de *toleradas*, ou seja, de prostitutas, dado que a sua atividade era tida como potenciadora de doenças sexualmente transmissíveis, constituindo portanto um grupo de risco.¹

Em março de 1934, abriu portas o dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, localizado no centro da cidade, direcionado para o tratamento de doenças venéreas, em particular da sífilis, e para o combate à raiva, ainda que também se tratasse portadores de *tinha*, causada pela falta de higiene pessoal, que afetava sobretudo as crianças.² Em 1954, esta instituição levou a efeito uma campanha de sensibilização de combate a esta doença no concelho de Viana do Castelo, com recurso a dinheiros públicos.

No Dispensário de Viana do Castelo, as consultas e os tratamentos eram gratuitos, sendo os gastos suportados pelo Estado, que, através da Direção Geral de Saúde, atribuía um subsídio mensal, cujo montante era variável. As despesas com a assistência aos utentes e com o funcionamento da instituição eram avultadas. Por exemplo, no período compreendido entre novembro de 1954 e outubro de 1955, altura em que foram realizadas mil consultas e aplicados uma média de 9 000 produtos injetáveis para o combate à sífilis, foram despendidos 42 699\$00.³

A abertura do dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, sob o beneplácito da Junta Geral de Distrito, responsável pela sua gestão, era encarada como uma obra essencial para o bem-estar das populações do concelho vianense, dado que oferecia assistência gratuita a todos os estratos sociais. O quadro de pessoal contava com um diretor, que, pelo menos até 1959, foi Joaquim Proença, um enfermeiro chefe, um ajudante de enfermeiro e um guarda-servente.⁴

Na elaboração do projeto e na construção do edifício foram devidamente acauteladas as condições de higiene das instalações, dando-se especial atenção ao sistema de saneamento e à colocação de lavabos nas salas. Estava prevista a colocação de

¹ LEMOS, A. Tovar - Serviço de Inspeção de Toleradas em 1932. Lisboa: Imprensa Nacional, 1933. p. 1.

² ARAÚJO, Maria Marta Lobo de - "Pequenos e pobres: a assistência nas Misericórdias portuguesas da Idade Moderna. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de; FERREIRA, Maria de Fátima (Orgs.) - *A infância no universo assistencial da Península Ibérica (sécs. XVI-XIX)*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, 2008. pp. 141-146.

³ Arquivo distrital de Viana do Castelo, (doravante ADVC), DHSCV, Relatórios da Gerência e orçamentos e planos de atividades, n.º 2.35.5.3

⁴ADVC, DHSCV, Auto de Inauguração do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, n.º 2.35.5.6, não paginado.

lavabos nas salas e de chuveiros em todas as casas de banho, com água quente e fria e um sistema de esgoto adequado.¹ Mais tarde, em 1937, foi edificada uma estrutura anexa para albergar o Laboratório de Análises Clínicas, destinado à realização de exames serológicos e bacteriológicos e, a partir de 1954, à urina.

No serviço de profilaxia de sífilis realizavam-se consultas e prescreviam-se tratamentos que passavam essencialmente pela aplicação de injeções. A terapia prevista incluía injeções de arsenobenzóis, de bismuto e mercúrio e, a partir de 1950, de penicilina. António Martins Moreira, na sua tese doutoramento, *Os Sais de Bismuto no tratamento da Sífilis*, apresentada em 1922 à Faculdade de Medicina do Porto, exaltava os benefícios do tratamento à base de bismuto e sustentava que os pacientes conseguiam melhorias surpreendentes à quarta inoculação, sem efeitos secundários de relevo.² Os tratamentos com mercúrio mantinham-se no século XX, perdurando a sua utilização desde quatrocentos, embora com muitos opositores e várias resistências.³ Já os árabes recorriam à sua aplicação no curativo de doenças dermatológicas. A penicilina, comercializada apenas a partir dos anos 40, começou a ser prescrita a partir de 1951.⁴ Até essa data, os tratamentos mais recorrentes eram à base de mercúrio e, pontualmente, de iodo, mas a partir do momento em que começou a ser aplicada, a penicilina substituiu as restantes formas de terapia.

Ultrapassada a desconfiança inicial, o número de utentes que acorreu ao serviço de profilaxia da sífilis cresceu, de forma exponencial, tendo passado de 7 944 consultas e tratamentos em 1934 para 20 174 em 1939.⁵ A partir deste ano, começou a decair e a partir de 1953 registou menos de 10 000 atendimentos anuais. Todavia, este decréscimo não esteve relacionado com a diminuição do volume de primeiras consultas, conforme se pode verificar nos relatórios mensais da instituição, mas deveu-se antes à redução do número de tratamentos, uma vez que o recurso à penicilina veio possibilitar que estes fossem mais rápidos e eficazes, exigindo menos deslocações dos pacientes.

Nas estatísticas mensais elaboradas pelo diretor da instituição, preparava-se um mapa distinto para homens e mulheres, a ser enviado à junta geral de distrito e, posteriormente, à junta de província do Minho. Nesse documento era discriminado o tipo e a quantidade de tratamentos aplicados (injeções, pensos e outros), de análises laboratoriais e de consultas realizadas, especificando-se se estas aconteciam pela primeira vez, se se tratava de recaídas ou de doentes que já estavam em tratamento. No caso dos pacientes que se dirigiam ao dispensário pela primeira vez, mencionava-se se se encontravam indemnes, sem qualquer vestígio de sífilis ou outra doença venérea, ou, caso estivessem infetados, classificava-se o seu estado: se se tratava de sífilis recente (primária) ou tardia (secundária ou terciária), nervosa (quaternária), latente (antiga, sem manifestações) ou pré-natal (hereditária).⁶ Utiliza-se, portanto,

¹ ADVC, DHSCV, Auto de Inauguração do Dispensário de Higiene Social de Viana do Castelo, n.º 2.35.5.6, não paginado.

² MOREIRA, António Martins - *Os sais de bismuto no tratamento da sífilis*. Porto: Tipografia Marques, 1922. p. 23.

³ FORRAI, Judit - "History of Different Therapeutics of Venereal Disease Before the Discovery of Penicillin". In, SATO - Neuza S. (Ed.) - *Syphilis - Recognition, Description and Diagnosis*. InTech, 2011. p. 53.

⁴ PITA, João; PEREIRA, Ana Leonor - "Alexander Fleming (1881-1955). Da descoberta da penicilina (1928) ao Prémio Nobel (1945)". In, *Revista da Faculdade de Letras. HISTÓRIA*. Porto: Faculdade de Letras. ISSN 0871-164X. III Série, vol. 6, (2005), p. 130.

⁵ ADVC, DHSCV, Boletins estatísticos e mapas mensais elaborados pelo serviço de profilaxia da sífilis, 1934-1959, n.º 2.35.5.3, não paginado.

⁶ ADVC, Quadro de classificação geral da sífilis, n.º 2.35.2.6-4, não paginado.

uma distinção próxima da estabelecida, em 1837, pelo venereologista francês Philippe Ricord, que distinguia três níveis da doença.¹

Havia da parte do dispensário de Viana do Castelo a preocupação de controlar a prostituição local, dado que constituía um veículo transmissor de doenças venéreas. As meretrizes, portadoras de venéreo, que se recusassem a serem tratadas no dispensário, eram levadas pelas forças policiais da cidade para serem examinadas.² Também os ex-reclusos, identificados como portadores de doenças sexualmente transmissíveis, podiam ser obrigados pelo poder judicial a submeterem-se a tratamentos.³

Para além da sífilis, surgiam doentes portadores de outras doenças venéreas, como a blenorragia e a úlcera mole. A maioria daqueles que acorreram ao dispensário de Viana do Castelo, entre março de 1934 e dezembro de 1959, era portadora de sífilis hereditária, seguindo-se os portadores do tipo secundário e os afetados por outras doenças do foro venéreo.⁴ Ao tempo, admitia-se que a sífilis, além de contagiosa, era transmitida hereditariamente de três formas: pela via paterna, pela via materna ou por ambas as vias, sendo esta última considerada a mais mortífera.⁵

Contrariando o que sustentava o médico Luís António Corte Real, que na sua tese de doutoramento sobre a sífilis, apresentada em 1921, defendia que esta era uma enfermidade mais comum nos homens do que nas mulheres, verifica-se que, todos os anos analisados, o número de mulheres que acorreu ao dispensário vianense, infetadas com esta e outras doenças venéreas, foi bastante superior ao dos homens.⁶ Por exemplo, em 1942, registaram-se 4 498 consultas e tratamentos a homens e 11 861 a mulheres. Sendo a sífilis sexualmente transmissível, podemos admitir que muitas destas mulheres eram contagiadas pelos seus parceiros.

Por estar associada a comportamentos promíscuos e à meretrícia, algumas mulheres tinham relutância em assumir a condição de sifilíticas e procurar auxílio médico, receando a discriminação e o estigma social, até porque no século XX a prostituição continuava a ser encarada como a principal forma de contágio. Neste contexto, quer no continente americano, quer no europeu, desde finais da anterior centúria que se debatia a importância da família, do lar e da fidelidade conjugal.⁷ Para o interesse por esta temática contribuíram os estudos efetuados por Alfred Fournier, que alertavam para a gravidade das consequências das doenças venéreas no seio do casamento, dado que eram a principal causa de infertilidade e de enfermidades congénitas.

O papel do dispensário na profilaxia da sífilis era fundamental. De facto, a sua missão não se esgotava no tratamento dos afetados pela doença, mas incluía também a componente preventiva, procurando corrigir os hábitos dos pacientes, em particular dos provenientes das classes mais baixas, no sentido de controlar e impedir a propagação de enfermidades desta natureza.⁸

¹ BRANDT, Allan M - "Sexually transmitted diseases". In BYNUM, W. F.; PORTER, Roy (ed.) - Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Vol. 1. London: Routledge, 2001. p. 567.

² ADVC, DHSCV, Correspondência recebida, n.º 2.35.1.22, fl. 61.

³ ADVC, DHSCV, Correspondência recebida, n.º 2.35.1.23, fl. 96.

⁴ ADVC, Quadro de classificação geral da sífilis, n.º 2.35.2.6-4, não paginado.

⁵ REAL, Luís António Corte - Notas sobre a sífilis. Porto: Imprensa Nacional, 1921. pp. 18-19.

⁶ REAL, Luís António Corte - Notas sobre a sífilis..., p. 9. ADVC, Quadro de classificação geral da sífilis, n.º 2.35.2.6-4, não paginado.

⁷ BLOM, Ida - "Contagion and Cultural Perceptions of Accepted Behaviour: Tuberculosis and Venereal Diseases in Scandinavia c.1900-c.1950". In Hygiea Internationalis. Linköping University Electronic Press, Linköpings universitet. <http://dx.doi.org/10.3384/hygiea.1403-8668.0771121> (). 6(2), (2007), pp. 121-133.

⁸ ADVC, DHSCV, Relatório anual do dispensário - 1937, n.º 2.35.5.3-7.

Os números respeitantes à incidência de doenças venéreas continuavam a ser preocupantes no século XX, apesar dos avanços conseguidos na centúria anterior, que tinham permitido distinguir a sífilis de outras enfermidades, como a gonorreia, e diferenciar os diferentes tipos de sífilis, como a infantil, entre outras. As iniciativas de combate e tratamento vão surgindo pontualmente, como foi o caso de Lisboa, onde foi instalado, em 1924, um posto de venereologia.¹

A raiva, uma doença infetocontagiosa e mortal, continuava a grassar entre as populações minhotas, apesar de a vacinação antirrábica se praticar em Portugal desde 1893.² Desde 1925, a vacina passou a ser obrigatória para todos os cães com mais de quatro meses, mas havia outros animais, nomeadamente gatos e vacas, responsáveis pela transmissão da enfermidade a seres humanos.³ A cabeça dos animais considerados suspeitos do contágio era enviada para o Instituto Câmara Pestana, embora, muitas vezes, a análise fosse impossível devido ao seu adiantado estado de decomposição. Para este Instituto eram igualmente enviados mapas mensais com a indicação dos tratamentos ministrados e os frascos vazios das injeções aplicadas.⁴

As pessoas atingidas pela raiva deviam ser vacinadas com a maior celeridade possível e eram categorizadas do seguinte modo: vítimas de ataques de animais raivosos, cujo diagnóstico resultava de exames laboratoriais ou era efetuado por um veterinário; pessoas mordidas por animais suspeitos ou que, comprovadamente, não eram portadores de raiva.

Em 1938, o dispensário atingiu o maior número de inscrições e de consultas na cura antirrábica. No ano seguinte, a Direção Geral de Saúde dava conhecimento dos encargos avultados que o processo de vacinação contra a raiva comportava.⁵ Refira-se, no entanto, que a atividade do dispensário de Viana do Castelo estava mais concentrada nas áreas da profilaxia e higiene sexual das populações do que nos serviços antirrábicos, cujos tratamentos eram menor número.

A importância do posto antirrábico foi decrescendo à medida que a ocorrência da raiva foi desaparecendo, sendo considerada uma doença extinta em Portugal desde 1960.

Importa realçar, em jeito de conclusão, a relevância do papel desempenhado pelos dispensários, não apenas na cura das doenças, mas também nas vertentes preventiva e educativa. Surgiram em Portugal com algum atraso, em comparação com outros países, como a Inglaterra, Dinamarca, Suécia, além de revelarem algumas insuficiências. Apesar das dificuldades de vária ordem, a sua intervenção foi deveras meritória. No caso particular do Dispensário de Viana do Castelo, é de referir que o apoio prestado não se circunscreveu à cidade, nem sequer ao concelho, mas alargou-se a todo o distrito. A sua ação revestiu diferentes modalidades, incluindo a admissão de doentes, o fornecimento de medicamentos à Misericórdia de Viana do Castelo e ao posto de Higiene existente em Ponte de Lima, onde se realizavam tratamentos aos sífilíticos e tuberculosos; a distribuição de óleo de fígado de bacalhau por todos os concelhos do distrito em resposta às solicitações das respetivas comissões de

¹ BICHO, Francisco Laranja de Castro - Organização dos Serviços Sanitários em Portugal. Porto: Tip. da Empresa d' "O Progresso", 1926. p. 75. p. 79.

² ANDRADE, Carlos A. Salgado de - Ligeira Contribuição para o Estudo da Raiva em Portugal. Porto: Imprensa Comercial, 1901. p. 70.

³ ADV, DHSCV, Correspondência recebida, n.º 2.35.1.22, fl. 12.

⁴ ADV, DHSCV, Correspondência recebida, n.º 2.35.1.22, fl. 1.

⁵ ADV, DHSCV, Correspondência recebida, n.º 2.35.1.22, fl. 74.

assistência, das Misericórdias e do Instituto de Assistência à Família daquela cidade; e a organização dos tratamentos antirábicos para todos os habitantes do Alto Minho.¹

Bibliografia

ANDRADE, Carlos A. Salgado de - Ligeira Contribuição para o Estudo da Raiva em Portugal. Porto: Imprensa Comercial, 1901.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo de - “Pequenos e pobres: a assistência nas Misericórdias portuguesas da Idade Moderna”. In ARAÚJO, Maria Marta Lobo de; FERREIRA, Maria de Fátima (Orgs.) - *A infância no universo assistencial da Península Ibérica (sécs. XVI-XIX)*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, 2008. pp. 135-149.

BICHO, Francisco Laranja de Castro - Organização dos Serviços Sanitários em Portugal. Porto: Tip. da Empresa d'“O Progresso”, 1926.

BLOM, Ida - “Contagion and Cultural Perceptions of Accepted Behaviour: Tuberculosis and Venereal Diseases in Scandinavia c.1900–c.1950”. In *Hygiea Internationalis*. Linköping University Electronic Press, Linköpings universitet. <http://dx.doi.org/10.3384/hygiea.1403-8668.0771121> (). 6(2), (2007), pp. 121-133.

BRANDT, Allan M - “Sexually transmitted diseases”. In BYNUM, W. F.; PORTER, Roy (ed.) - *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. 1. London: Routledge, 2001. p. 562 – 584.

ENTRALGO, P. Laín - *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson S. A., 1998.

FERREIRA, F. A. Gonçalves - *Moderna Saúde Pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FORRAI, Judit - “History of Different Therapeutics of Venereal Disease Before the Discovery of Penicillin”. In, SATO - Neuza S. (Ed.) - *Syphilis - Recognition, Description and Diagnosis*. InTech, 2011. pp. 37-58.

JUTTE, Robert - “Syphilis and Confinement. Hospitals in Early Modern Germany”. In *Institutions of Confinement, asylums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. pp. 97-115.

LEMONS, A. Tovar - *Serviço de Inspeção de Toleradas em 1932*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1933.

MARTINS, Alcina Maria de Castro - *Génese, emergência e institucionalização do serviço social português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia, 1999.

MOREIRA, António Martins - *Os sais de bismuto no tratamento da sífilis*. Porto: Tipografia Marques, 1922.

PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui - “A higiene: da higiene das habitações ao asseio pessoal”. In VAQUINHAS, Irene (dir.) - *História da Vida Privada em Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011. pp. 92-116.

PITA, João; PEREIRA, Ana Leonor - “Alexander Fleming (1881-1955). Da descoberta da penicilina (1928) ao Prémio Nobel (1945)”. In, *Revista da Faculdade de Letras. HISTÓRIA*. Porto: Faculdade de Letras. ISSN 0871-164X. III Série, vol. 6, (2005), p. 129-151.

REAL, Luís António Corte - *Notas sobre a sífilis*. Porto: Imprensa Nacional, 1921.

¹ ADVC, DHSCV, n.º 2.35.1.22, fl. 12; 55. Correspondência recebida, n.º 2.35.1.23, fls. 45-47; 64; 84.

VIIH E SIDA EM PORTUGAL NOS 30 ANOS DE EPIDEMIA MUNDIAL

**Aliete Cunha-Oliveira
José Cunha-Oliveira
Ilda Massano-Cardoso
João Rui Pita
Salvador Massano-Cardoso**

Resumo

Com este trabalho¹ pretendemos traçar um quadro do VIH/sida em Portugal, com base nos dados estatísticos da doença e noutros elementos relevantes para a história de uma das patologias infecciosas de maior impacto social. Estudamos ainda os conhecimentos dos jovens sobre VIH, sida e os mitos criados em torno da doença, sua transmissão, tratamento e prognóstico. Referimos os cientistas portugueses de maior relevo na investigação em VIH/sida e procuramos contribuir para uma história recente da sida em Portugal.

1.Introdução

2011 marcou 30 anos de sida; 15 anos de tratamento antirretrovírico (TAR); 10 anos sobre a Sessão Especial da Assembleia-Geral da ONU sobre VIH/sida, que fez da doença um tema de segurança internacional; e 5 anos sobre a Reunião de Alto Nível de 2006 - compromisso de garantir até 2010 o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio. De 8 a 10 de junho de 2011 realizou-se em Nova Iorque (NY) a Reunião de Alto Nível sobre Sida “atingir o objetivo zero”: zero novas infeções, zero discriminação e zero mortes relacionadas com a sida [1]. Estes eventos derivam da Declaração do Milénio, *objetivo 6*: parar e reverter a expansão do VIH até 2015. Houve grandes avanços na estabilização e redução de novas infeções em cerca de 60 países. Hoje há medicamentos melhores, com melhor relação custo-eficácia, e ensaios clínicos recentes mostram que o TAR precoce pode ser a opção de prevenção na próxima década [2], se acompanhado de mudanças decididas e continuadas dos comportamentos [3].

2.Resenha histórica

A presença do vírus em humanos vem de trás, mas a história da epidemia começa a 05-06-1981, com a publicação de 5 casos de pneumonia por *pneumocystis carinii* no *Mortality Weekly Report (MMWR)*, boletim dos *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* [4]. A notícia sai no mesmo dia na *Associated Press* e no *Los Angeles Times*, no *The San Francisco Chronicle* no dia a seguir, e no *New York Times* a 3 de julho. Essa infeção oportunista é rara na ausência de imunossupressão terapêutica ou secundária a outras doenças. Os 5 doentes eram jovens homossexuais masculinos, antes saudáveis e sem história de imunodeficiência. A 03-07-1981, o *MMWR* publica 26 casos de sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos de NY e Califórnia. Até aí os doentes com Kaposi eram idosos, de certos grupos étnicos (judeus, pessoas morenas da costa norte-mediterrânica e certas tribos de África), mas

¹Trabalho inserido no âmbito projeto de investigação “VIH, Sida e Comportamentos de Risco: monitorizar e avaliar a evolução” (Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20, Universidade de Coimbra).

os de NY não tinham tais características étnicas nem etárias, eram jovens e homossexuais. A doença, até aí crónica, levava agora rapidamente à morte, tendo estas formas malignas de Kaposi, pneumocistose, toxoplasmose e candidíase oral e anal, uma origem comum: o colapso do sistema imunitário.

De NY a doença propagou-se a jovens homossexuais californianos e dinamarqueses que lá tinham estado antes de surgirem os primeiros casos. No boletim dos CDC de 11-06-1982 havia já notificações de 20 estados americanos. A análise dos primeiros 355 casos mostra a disseminação a bissexuais masculinos e heterossexuais [5].

A 09-06-1982, o *MMWR* relata que, de 01-04-1980 a 20-06-1982, tinham sido notificados 34 casos de Kaposi e graves infeções oportunistas em haitianos heterossexuais jovens recém-entrados nos EUA, com uma alta prevalência de tuberculose disseminada. A 16 de julho, o *MMWR* publica os 3 primeiros casos de pneumonia por *pneumocystis carinii* em heterossexuais masculinos com hemofilia-A grave sem doença subjacente, tratados com concentrado de fator VIII [6]. Em 24-09-1982, os CDC falam de *síndrome de imunodeficiência adquirida*, em vez de “sarcoma de Kaposi e infeções oportunistas em pessoas previamente saudáveis” [7].

Os investigadores dos CDC verificaram que 9 de 13 doentes integravam uma rede homossexual e tinham tido sexo com pelo menos outro membro da rede. Os contactos haviam ocorrido antes do surgimento dos sintomas, indicando que pessoas de aspeto são podiam transmitir a doença. Um mês após a primeira publicação da doença, identificam-se 2 casos na Dinamarca e após o segundo boletim dos CDC, mais 2 casos de Kaposi em jovens homossexuais dinamarqueses. Em 1981 havia em Copenhaga 4 doentes hospitalizados por “síndrome gay”; 3 deles nunca tinham estado nos EUA, mas todos os 4 tinham tido contacto direto ou por interposto parceiro com homossexuais de NY [8]. Depois de Copenhaga a doença surge em Londres, Genebra e Paris [9].

Nos finais de 1982 o *MMWR* relatava um caso de transmissão por transfusão sanguínea [10] e 4 casos de transmissão materno-fetal [11]. Em janeiro de 1983, são notificados 2 casos em parceiras sexuais de doentes com sida [12] e 16 casos em prisões da Costa Leste [13].

3.O VIH como causa da nova doença

A etiologia vírica explicava a evolução da epidemia, a perda seletiva de função dos linfócitos T e a depleção dos CD4+, mas nenhum vírus conhecido explicava a perda seletiva e irreversível da função dos linfócitos T [14]. A 20-05-1983, num artigo da equipa de Luc Montagnier [15], do Instituto Pasteur de Paris, a *Science* relata o isolamento de um novo retrovírus a partir de um nódulo linfático de um doente homossexual masculino com adenopatias múltiplas. Em 1984, a *Science* publica o isolamento de outro retrovírus linfocitopático em 22 homossexuais de São Francisco portadores de sida. Em pouco tempo, descobrem-se 3 protótipos de vírus. A grande identidade organizacional e variabilidade de estirpes complicam a tarefa de nomenclatura. Em 1986, o *International Committee on Taxonomy of Virus* (ICTV) [16], propõe que os retrovirus da sida se designem por *human immunodeficiency viruses*, HIV (VIH em português). A 18-07-1986, a *Science* publica o isolamento de um novo retrovírus humano, em 2 doentes masculinos oriundos da Guiné-Bissau e Cabo Verde, com história de infeções oportunistas típicas de sida. Na investigação colaboraram Odette Ferreira, José Luís Champalimaud, Jaime Nina e Kamal Mansinho [17] [18]. Em 1986, por proposta do ICTV, o vírus receberia a designação de HIV2 (VIH2). A infeção por VIH2, descrita em doentes residentes na Europa que

havia sido infetados na África Ocidental, tem em Portugal um impacto bastante menor que o do VIH1, representando 4 a 6% dos casos de sida [19].

4. Epidemiologia do VIH no Mundo e em Portugal

No 30º aniversário da sida, a ONUSIDA revelou as últimas estatísticas da epidemia. Em 2009 houve 2,6 M de novas infeções, menos 19% que em 1999; nasceram 370 mil crianças com VIH; e houve 1,8 M de mortes relacionadas com sida. Dos 33,3 M de pessoas que viviam com o VIH em 2009, 34% eram de 10 países do sul de África (mas com uma redução notável no Botswana, África do Sul, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué); na Ásia, o número de pessoas com VIH (4,9 M) era sensivelmente o mesmo de há 5 anos antes e as Américas Central e do Sul tinham 92 mil novas infeções e 68 mil mortes relacionadas com a sida; na América do Norte viviam com o VIH 2,3 M de pessoas, e 101 mil ficaram infetadas na Europa Ocidental e Central [20].

Em Portugal, o primeiro caso é diagnosticado em outubro de 1983. Casos anteriores terão sido observados desde 1979 no Hospital Egas Moniz, em homossexuais masculinos de raça branca. A infeção VIH 1 terá entrado no país via Europa, através de consumidores de drogas endovenosas; e através de grupos de heterossexuais que haviam residido e tido comportamentos de risco em África [21].

Em Portugal, até 31-12-2010 estavam notificados 39347 casos de VIH nos diferentes estadios da infeção. No nosso País morrem de sida cerca de 1000 pessoas por ano, tendo até 2010 morrido 7694 pessoas. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, 3/4 da mortalidade associada à sida ocorrem entre os 25 e os 44 anos de idade [22]. A mortalidade aumentou até 1996, tendo estabilizado, ao invés da tendência de descida noutros países desenvolvidos, apesar do país dispor de acesso universal e gratuito aos melhores tratamentos [23]. Em relação ao indicador “mortalidade por sida em idades inferiores a 65 anos”, a meta da ONUSIDA para 2010 era 7/100 mil pessoas. Portugal registou 6,8, mas na União Europeia (EU) em geral o indicador registava 1,14, sendo os melhores valores os da Finlândia e da Grécia, com 0,2 [24]. A incidência de VIH nos 3 países mais atingidos da Europa Ocidental era de 0,6% em Portugal, 0,7% na Letónia e 1,2% na Estónia [25].

Em 2010 foram notificados 2325 casos de infeção pelo VIH nos vários estadios, dos quais 1020 (43,9%) diagnosticados nesse ano [26]. A categoria de transmissão “heterossexual” representa 60% de todos os casos notificados, a transmissão associada à toxicoddependência representa 14,4% e os casos homo-bissexuais são 21,3% do total. Quanto à sida, observou-se um padrão epidemiológico novo em relação a 2000: foram diagnosticados 350 casos, verificando-se um aumento proporcional dos casos de transmissão heterossexual (59,4% do total de casos) e menor número de casos associados à toxicoddependência (25,1%). Merece especial nota a mudança das tendências quanto à forma de transmissão no período 2005-2010: para a categoria de transmissão heterossexual, 58,5% em 2005, contra 59,9% em 2010; para a categoria “toxicoddependente”, 23,3% em 2005, contra 9,4% em 2010; e para a categoria “homossexual” 14,5% em 2005, contra 26,6% em 2010. Assim, verifica-se uma certa estabilidade da transmissão heterossexual, uma descida na transmissão “toxicoddependente” e uma subida da transmissão homossexual.

5. A luta contra o VIH e a sida em Portugal

Em 1985, o ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho da SIDA, para recolher informação sobre novos casos de infeção, confirmar ou refutar os diagnósticos estabelecidos e implementar estratégias de prevenção. O grupo foi liderado por Laura

Ayres, representante do Instituto Ricardo Jorge. Dele saíram, em 1986, as primeiras medidas de prevenção nos centros de hemodiálise, com pesquisa obrigatória de VIH1 nos hemodadores e, em 1989, também de VIH2. O avanço da epidemia levou à revisão do grupo de trabalho, criando-se, em 1989, a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS), a fim de implementar ações preventivas, educativas, assistenciais, de investigação, aconselhamento e acompanhamento. Por morte de Laura Ayres, em janeiro de 1992, sucede-lhe Machado Caetano, que, no mesmo ano, seria substituído por Odette Ferreira. Em julho de 1993 é aprovado o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, que orientaria a ação da Comissão até ao ano 2000. O Centro de Rastreio Anónimo da Infecção VIH abriu ao público a 14-01-1998, no Centro de Saúde da Lapa, em Lisboa. Em 1998 são nomeadas Comissões Distritais de Luta Contra a Sida, que visavam regionalizar as estratégias nacionais. Em maio de 2000 a CNLCS sofre uma reestruturação orgânica e financeira, sendo nomeado seu coordenador Fernando Ventura. A CNLCS adquire a natureza de Estrutura de Projeto. Surge o Plano Estratégico de Luta Contra a Infecção pelo VIH/SIDA 2001-2003, que aposta nos CAD - Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce como estruturas de apoio à prevenção. Em agosto de 2003, a CNLCS sofre uma reestruturação orgânica e funcional, e adquire o estatuto de Unidade de Missão. Meliço Silvestre, nomeado Encarregado de Missão, lidera o Plano Nacional de Luta Contra Sida para o triénio 2004-2006, “Diferentes, SIM! Indiferentes, NUNCA!” [27], que incluía 10 metas. Em 16-03-2005, a infecção VIH/sida passa a doença de declaração obrigatória e em agosto do mesmo ano é extinta a CNLCS. Sob a designação de Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida (CNSida), é integrada no Alto Comissariado da Saúde, com Henrique de Barros como coordenador. A reestruturação visava criar um modelo organizativo com uma gestão eficiente de programas, melhor integração vertical das instituições envolvidas e mais eficaz articulação horizontal com outros agentes e setores. Daí surge o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010, “*um compromisso com o futuro*”, cujas metas eram reduzir a expressão da epidemia no país e contribuir para diminuir a sua dimensão mundial. Da primeira constava o objetivo de reduzir em 25% a incidência e a mortalidade da sida; da segunda, o objetivo de contribuir internacionalmente para a redução da transmissão do VIH e melhorar os cuidados e o apoio aos doentes infetados ou com sida, através da ajuda ao desenvolvimento. Em 2007 é criado o Conselho Nacional para a Infecção VIH/sida, estrutura consultiva destinada a melhorar a cooperação entre governo, autoridades públicas, serviços de saúde e organizações não-governamentais (ONG) locais no domínio do VIH/sida.

6. Representações sociais, mensagens preventivas e comunicação social

Em Portugal, o *Diário de Notícias* dá conta da nova doença em 1982. Ainda sem nome, as primeiras notícias chamam-lhe “cancro”, “doença misteriosa” ou “síndrome cubano”. Em 1983 o *Correio da Manhã* chama-lhe “doença desconhecida”, depois “nova doença” e, ainda no mesmo ano, designa-a pelo acrónimo “SIDA”. O nome comum “sida” impõe-se na imprensa portuguesa em 1985 [28]. Embora designe o estadio terminal da infecção VIH, a palavra “sida” tem sido utilizada para designar todo o ciclo da infecção VIH, uma sinédoque que distorce a compreensibilidade da doença.

O VIH abalou as conquistas sexuais dos anos 60 e 70 do século XX. O vírus transpôs as fronteiras dos grupos de risco iniciais (praticantes de sexo comercial, homossexuais, hemofílicos e consumidores de drogas injetadas), tornando-se uma ameaça transversal e global. O TAR alterou a imagem da doença. As pessoas, que se

continham e se protegiam na fase em que a doença era aguda e rapidamente mortal, cedo se deixaram iludir por um otimismo injustificado. A falsa promessa de uma vacina veio aumentar ainda mais esse injustificado otimismo [29]. A infeção tornou-se uma doença insidiosa, invisível, de evolução lenta. Com o ganho obtido em sobrevivência, grupos de opinião e pressão começaram a preocupar-se com a qualidade de vida das pessoas infetadas, com o direito à sexualidade, com o peso dos mitos e fantasmas dos primeiros tempos da sida, procurando erradicar o perigo da marginalização e exclusão dos seropositivos [30].

Responsáveis pelas políticas de saúde e investigadores de várias áreas têm estudado os conhecimentos e as perceções da população a respeito da sida. Em Portugal, João Lucas, membro da CNLCS, realizou em 1987 um inquérito à população, tendo verificado que 56% dos inquiridos identificava o sexo como a via de transmissão do VIH; 30,9% relacionava o contágio com as transfusões de sangue; 17,9% com seringas infetadas; e cerca de 1/4 dos inquiridos desconhecia as formas de transmissão do vírus [31]. Num estudo de 2003, Amaro et al. [32] verificaram que 31,5% da população estudada referia os serviços de saúde e as transfusões de sangue como vias de transmissão do VIH. Porém, os dados estatísticos de 1983 a 2004 revelam que aos serviços de saúde apenas se pode atribuir 1,5% das categorias de transmissão [33].

Comparando as opiniões dos portugueses com as do conjunto dos cidadãos da UE em 2003 e 2006 (15 e 25 estados, respetivamente), vê-se que: 11% dos portugueses (contra 14% em 2003) pensavam que se podia apanhar a sida num aperto de mão a um doente ou seropositivo, para uma média de 9 % (contra 3%) no conjunto da UE a 25 (UE a 15 em 2003); 18% (contra 10%) pensavam que era possível apanhar a sida tomando uma refeição preparada por um doente ou seropositivo, para uma média de 17% (3%) no conjunto da União; 55% (58%) dos europeus diziam que não é possível apanhar a sida numa sanita usada por um doente ou seropositivo, enquanto só 45% (35% em 2003) dos portugueses tinham a mesma opinião; 52% (54%) do conjunto dos cidadãos europeus achavam que não é possível contrair o VIH ou apanhar a sida bebendo por um copo usado por um doente ou seropositivo; e 42% (11%) acham que essa é uma das formas de se ser infetado, enquanto as respostas dos portugueses atingiam 41% (em 2003 era superior à da UE a 15). Quanto a cuidar de alguém com sida ou VIH positivo, 38% acha perigoso, contra 37% da UE [34] [35]. Estes dados, que traduzem o impacto dos fantasmas associados à doença (respeitam ao potencial discriminatório), não têm relevo para a questão dos comportamentos preventivos.

Um estudo numa população universitária mostrou que as representações sociais são uma fonte “novos mitos sobre o VIH/sida”, que se baseiam na deficiente leitura dos dados estatísticos ou na interpretação apressada dos avanços terapêuticos. São eles: “o risco está nos heterossexuais”, “a sida não mata”, “ter relações sexuais não acarreta mais risco do que não ter”, “já existe vacina”, “o número de infetados será menor nos próximos anos”, “as pessoas infetadas estão muito doentes”, “o sexo oral não acarreta perigo” [36].

O mito segundo o qual “o risco está nos heterossexuais” merece especial atenção. Na verdade, se os heterossexuais são hoje o grupo mais atingido pelo VIH/sida, são também o grupo mais representado em termos sociodemográficos. E se entre os casos de VIH/sida, a proporção de heterossexuais para homo-bissexuais oscila entre 2,6-3,9:1, a proporção demográfica é de 20:1, aproximadamente. Continua a ser verdade que há proporcionalmente mais VIH/sida entre os homo-bissexuais do que entre os heterossexuais e é muito mais provável ser-se infetado num encontro homossexual do que num encontro heterossexual [37] [38]. Entre as consequências deste novo mito estão a diminuição do uso do preservativo, o aparecimento de comportamentos de

barebacking (“desproteção propositada”) entre homossexuais e o aumento consistente da incidência de VIH e de outras IST nesta população em muitos países (ibidem). “Os homens gay e bissexuais de todas as raças continuam a ser o grupo mais afetado pela epidemia. Os homens que têm sexo com homens (HSH) constituem 2% da população, mas representam mais de metade das novas infeções nos Estados Unidos” [39].

Outro mito que merece a nossa melhor atenção é a ideia de que “não se morre de sida”. A ideia persiste, com consequências na perceção da necessidade de medidas individuais de prevenção. Este mito baseia-se em que muitas das mortes não são diretamente resultantes da doença sida em si mesma, mas são devidas a doenças ou condições que resultam da imunossupressão ou do estado geral debilitado do doente. As quais, de qualquer modo, não estariam presentes sem a doença de base.

Considerações finais

De início confinada, aparentemente, ao universo homossexual, a infeção atingiu bissexuais, consumidores de drogas injetáveis, heterossexuais, hemofílicos e, por fim, fetos de grávidas seropositivas. Em maioria na população geral, os heterossexuais são os mais atingidos em número absoluto, mas têm uma taxa de infeção relativamente baixa, comparada com os grupos restantes. Na verdade, se a taxa de novos infetados está relativamente estabilizada entre os heterossexuais e foi dramaticamente reduzida nos consumidores de drogas injetáveis, tem subido no grupo dos homens que têm sexo com homens.

As terapêuticas antirretrovíricas tornaram a doença crónica, dilatando em vários anos o tempo de sobrevida, o suficiente para tornar menos visível, menos assustadora, a evolução fatal. De início, o espanto e o medo causado por uma doença nova rapidamente mortal, que atingia figuras públicas, das artes, do desporto e dos espetáculos, levaram as pessoas e grupos de maior risco a usar de contenção e prudência. O caso do Zimbabué parece apontar para que, mais do que as campanhas, o medo é o verdadeiro responsável pela melhoria dramática do estado da epidemia.

Seja qual for a evolução na área do tratamento, a modificação dos comportamentos continua a ser a estratégia prioritária. É pouco provável que a modificação dos comportamentos se dê sem uma revisão das estratégias seguidas até hoje. As mensagens preventivas têm sido ambíguas, eufemísticas e complacentes. E a crença na resolução da epidemia através do TAR precoce pode ser mais um fator, a juntar a tantos outros, que leva à negligência dos comportamentos preventivos.

Referências bibliográficas

[1] UNAIDS - Political Declaration on HIV/AIDS, 2011: intensifying our efforts to eliminate HIV/AIDS. Geneva. 2011.

[2] Ibidem, pp. 11-12

[3] BELLO, George; SIMWAKA, Bertha; NDHLOVU, Tchaka; SALANIPONI, Felix; e HALLETT, Timothy - Evidence for changes in behaviour leading to reductions in HIV prevalence in urban Malawi, *Sex Transm Infect*, 87 (2011), pp. 296-300.

[4] CDC – Centers for Disease Control and Prevention. 1981. *Pneumocystis Pneumonia*---Los Angeles, *Epidemic Notes and Reports. MMWR*. June 5, 30 (21), (1981), pp. 1-3.

[5] CDC - *Epidemiologic Notes and Reports Update on Kaposi's sarcoma and Opportunistic Infections in Previously Healthy Persons. MMWR*. 31(22), (1982a), pp. 300-301.

- [6] CDC - Pnemocystis Carinii Pneumonia among persons with hemophilia A. MMWR, 31(27), (1982 b), pp. 365-7.
- [7] CDC - Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). MMWR, 31 (37): 507-8, (1982c), pp. 513-4.
- [8] GRMEK, Mirko - História da Sida, Lisboa, Relógio d'Água, (1994), pp. 53-54. ISBN-972-708-209-2.
- [9] Ibidem, p. 55.
- [10] CDC. 1982 d. Possible Transfusion-Associated Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): California. MMWR, 31(48): 652-4.
- [11] CDC. 1982 e. Unexplained Immunodeficiency and Opportunistic Infections in Infants - New York, New Jersey, California. MMWR, 31: 665-7.
- [12] CDC. 1983 a. Immunodeficiency among Female Sexual Partners of Males with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), MMWR. 31 (49): 697-8.
- [13] CDC. 1983 b. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in Prison Inmates. New York, New Jersey. MMWR, 31 (52): 700-1.
- [14] DUQUE, Vítor - Subtipos Circulantes e Fenómenos de Resistência Genotípica na Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Tipo 1, Coimbra, 2006, p. 33. ISBN 972-798-173-9.
- [15] BARRÉ-SINOUSI, Françoise; CHERMANN, Jean-Claude; REY, Françoise; NUGEYRE, Marie-Therèse; CHAMATET, Solange; GRUEST, Jacqueline; DAUGUET, Charles; AXLER-BLIN, Claudine; VEZINET-BRUN, Claudine; ROUZIOUX, Christine; ROZENBAUM, Willy; e MONTAGNIER, Luc. 1983. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Science, 220: 868-71.
- [16] COFFIN, John; HAASE, Ashley; LEVY, Jay, MONTAGNIER, Luc; OROSZLAN, Stephen; TEICH, Natalie; TEMIN, Howard; TOYOSHIMA, Kumao; VARMUS, Harold., VOGT, Peter; and WEISS, Robin. 1986). What to call the AIDS virus? Nature. 321, 10.
- [17] CLAVEL, François; GUETARD, Denise; BRUN-VEZINET, Françoise; CHAMARET, Sophie; REY, Marie-Anne; SANTOS-FERREIRA, Maria Odette; LAURENT, Anne G.; DAUGUET, Charles; KATLAMA, Christine; ROUZIOUX, Christine; KLATZMANN, David; CHAMPALIMAUD, José Luis; e MONTAGNIER, Luc. 1986, Isolation of a new retrovirus from West African patients with AIDS, Science, 233: 343-346.
- [18] CLAVEL, François; MANSINHO, Kamal; CHAMARET, Sophie; GUETARD, Denise; FAVIER, Veronique; NINA, Jaime; SANTOS-FERREIRA, Maria Odette; CHAMPALIMAUD, José Luís; e MONTAGNIER, Luc. (1987), Human Immunodeficiency Virus Type 2 Infection Associated with AIDS in West Africa, N Engl J Med 1987; 316:1180-1185, May7.
- [19] DUQUE, Vítor, op. cit., p. 45.
- [20] UNAIDS, 2011. Update 30. Geneva.
- [21] DUQUE, Vítor, op. cit., p. 47.
- [22] MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos, vol. I – Prioridades, Lisboa, DGS.
- [23] CNSida – Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. 2007. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010: um compromisso com o futuro*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- [24] MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. WHO. *Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010*, pag.31.

- [25] UNAIDS. 2010. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Geneva.
- [26] INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 2011. *Infecção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Departamento de Doenças Infecciosas, Lisboa.
- [27] CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a Sida. 2005. *Relatório de Actividades 2003-2004*. Lisboa.
- [28] PONTE, Cristina. 2005. A cobertura de epidemias na imprensa portuguesa. O caso da Sida, *Actas dos III SOPCOM, IV LUSOCOM e II IBÉRICO*, Covilhã, Universidade da Beira Interior. Vol. IV, pp. 53-60.
- [29] OLIVEIRA, Aliete. 2008. Preservativo, Sida e Saúde Pública. Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra, p. 63. ISBN 978-989-8074-62-1.
- [30] Ibidem, p. 64.
- [31] LUCAS, João Santos. 1987. Os Portugueses e a Sida: inquérito nacional sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos associados à sida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 5. nº 3-4. pp. 89-100.
- [32] AMARO, Fausto; FRAZÃO, Carla; PEREIRA, Elisabete; e CUNHA-TELES, Louise. 2004. HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal, *International Journal of STD & AIDS*, 2004; 15: 56-60.
- [33] CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. 2004. *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2003*. Lisboa, INSA.
- [34] EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL. 2003. Le Sida, Commission Européenne.
- [35] SPECIAL EUROBAROMETER. 2006. *AIDS Prevention*. European Commission.
- [36] OLIVEIRA, Aliete, op. cit.
- [37] OLIVEIRA, Aliete, op. cit., p. 126.
- [38] MAIA, Marta. 2010. Práticas de risco no contexto das relações homossexuais, in: FERREIRA, Pedro; VILLAVERDE-CABRAL, Manuel. (org.); ABOIM, Sofia; VILAR, Duarte; e MAIA, Marta. 2010. *Sexualidades em Portugal – comportamentos e riscos*. Lisboa. Bizâncio, pp. 387-416. ISBN 978-972-53-0461-7.
- [39] FRIEDEN, Thomas. 2011. Commemorating 30 Years of HIV/AIDS, Out-Smart, Houston's gay, lesbian, bi and trans magazine, June 2, 2011.

BIOGRAFEMAS DE UM ACERVO DA LOUCURA

Tania Mara Galli
Andresa Ribeiro Thomazoni

Resumo

No Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, Brasil, há um espaço chamado Oficina de Criatividade. Criada em 1990, constitui-se como um lugar que possibilita a criação artística a usuários portadores de sofrimento mental. Seu Acervo com cerca de 100.000 obras expressivas trata-se de um arquivo de memória social e torna-se campo empírico para pesquisadores viabilizarem pesquisas sobre as vidas que ali resistem mudamente. Assim, torcem os sentidos de uma biografia clássica utilizando o conceito de biografema de Roland Barthes, como forma de se lançarem na implicação com estas vidas infames que passam a ser escritas desde seus fragmentos, avessos, duplos e vazios.

Introdução

Neste artigo iniciamos uma viagem sensível a partir de um Acervo da Loucura, cravado num Hospital Psiquiátrico centenário. Este espaço nos lança, enquanto pesquisadores, a lidar com os arquivos da loucura sejam eles as obras plásticas e escritas elaboradas pelos artistas-moradores, sejam os resquícios dos documentos oriundos do poder psiquiátrico tais como prontuários e diários de ocorrências. Em meio a este deserto, garimpamos os fragmentos de vidas que ali resistem e esperam um olhar capaz de lhes dar visibilidade.

Assim, percebemos que ao lidar com a vida destes homens e mulheres, que há muito estão submetidos ao regime psiquiátrico e de clausura, somos levados a percorrer uma espécie de labirinto sutil. Ao falar de suas obras, percebemos o quanto a vida está entrelaçada, pulsando num ritmo frágil, mas que, como num paradoxo, também é capaz de nos mostrar toda sua potência.

Portanto, resta sabermos o que podemos falar destas vidas que se tornaram palco de saberes e práticas psiquiátricas durante anos, cujos corpos e almas perambulam silenciosamente pelos espaços hospitalares, em busca de novas geografias e, de certa maneira, de uma nova história. Assim, nos deparamos com a impossibilidade de falar destas vidas de modo reto e linear, como se todos os acontecimentos se dessem de modo claro e contínuo. Arriscamo-nos, aqui, a nos lançarmos nos vazios, nos intervalos e avessos, que estas vidas emanam, e que, por sua vez, nos atravessam, seus biografemas. Lançamo-nos a um indiscernível, cujas fronteiras cinzas se borram conforme se caminha, e que nos remetem continuamente a nossa insuficiência enquanto pesquisadores.

Núcleo de Atividades Expressivas

No contexto do Hospital Psiquiátrico São Pedro¹ (HPSP) foi criado, em 1990, um lugar que se chama Núcleo de Atividades Expressivas Nise da Silveira². Trata-se de um espaço de frequência livre que possibilita aos usuários-moradores do Hospital

¹ O hospício mais antigo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, fundado em 29 de junho de 1884, para dar tratamento àqueles que sofriam de desordens mentais.

² Foi defendida pela psicóloga fundadora do Núcleo, Barbara Neubarth, a tese de doutorado intitulada “No fim da linha do bonde, um tapete voa-dor – A Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (1990-2008): inventário de uma práxis” (2009).

desenvolver atividades de pintura, desenho, modelagem, bordado e escrita. Neste lugar, há a liberdade para se escolher o tipo de material com o qual se quer trabalhar e a forma de expressão. O Núcleo compreende assim dois espaços distintos, a *Oficina de Criatividade* (local onde é feita a produção plástica e literária) e o *Acervo da Oficina* (local que arquiva as obras plásticas produzidas).

A construção do Núcleo teve como inspiração o trabalho desenvolvido pela psiquiatra Nise da Silveira, que dá início em 1946 à Seção de Terapêutica Ocupacional no Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, Brasil. Em 1952, é inaugurado o Museu de Imagens do Inconsciente, que reúne em seu acervo volumoso material produzido pelos internos do hospital psiquiátrico (MOTTA, 2008).

A Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro, situada em Porto Alegre/RS, fica aberta todos os dias pela manhã onde comparecem em cada turno em torno de 20 pessoas. Pelos 22 anos de existência, possui em seu Acervo um número estimado de 100 mil obras, deste total existem atualmente Quatro Coleções sendo catalogadas, pertencentes a quatro artistas-moradores do Hospital, três deles já se encontram falecidos e um ainda vivo, Coleção Frontino Vieira¹, Coleção Cenilda Ribeiro², Coleção Natália Leite e Coleção Luiz Guides³.

Desde 2001, o grupo de pesquisa Corpo, Arte e Clínica (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) tem realizado diversas pesquisas no âmbito da produção expressiva da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro e seu Acervo. Dissertações, teses, eventos científicos e cursos de extensão⁴ têm se constituído em produções através das quais se enlaçam dois corpos institucionais, o da Universidade e o do Hospital Psiquiátrico. Nossos esforços não têm sido indiferentes às questões de infra-estrutura e capacitação que surgem no âmbito daquele ambiente hospitalar e da equipe que lhe é respectiva. Ou seja, temos consolidado diversas ações sistemáticas de reuniões e discussões entre nosso grupo de estudos e pesquisas e a equipe de responsáveis e voluntários que atuam na Oficina de Criatividade e no seu respectivo Acervo.

O acervo da loucura

Numa primeira etapa de organização do Acervo, o grupo de trabalho - coordenado por uma historiadora -, identificou a existência de no mínimo 04 (quatro) Coleções significativas do ponto de vista do que se denomina Arte Bruta⁵. Referem-se a conjuntos de desenhos, esculturas, textos e bordados, criados por pacientes residentes do HPSP por décadas de suas vidas e que já se encontravam/encontram ali acolhidos na categoria de “moradores” visto terem perdido todos os seus vínculos sociais e afetivos com seu lugar e família de origem. Tais produções constituem-se em um

¹ Sobre a Coleção Frontino Vieira há uma dissertação de mestrado intitulada “Uma vida em acervo: experiência e escrita” (2012), de Leonardo Martins Costa Garavelo.

² Sobre a Coleção Cenilda Ribeiro há uma dissertação de mestrado intitulada “A vida por um fio de escrita” (2011), de Sara Hartmann.

³ Sobre a Coleção Luiz Guides há uma dissertação de mestrado intitulada “Vida e obra em imagem-tempo” (2010), de Andresa Thomazoni, e uma tese de doutorado intitulada “Trajetórias da desrazão – vidas silenciosas e marginais” (2009), de Mara Evanisa Weinreb.

⁴ A produção realizada pelo Grupo de Pesquisa encontra-se disponível no site www.ufrgs.br/corpoarteclinica, (dissertações de mestrado, teses de doutorado, eventos científicos e projetos).

⁵ O termo *Arte Bruta* foi criado por Jean Dubuffet, artista plástico, em 1948, que lança a *Compagnie de L'Arte Brut*, com um museu em *Lausanne*, na Suíça. Essa expressão refere-se à busca de obras que escapem o mais possível aos condicionamentos culturais e que partem de posturas de espírito verdadeiramente inéditas.

inestimável patrimônio imaterial, carecem, entretanto, de preservação e catalogação pertinentes para que venham se constituir em reserva técnica para a pesquisa em diversos domínios como os da saúde, educação e artes.

A equipe da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, responsável pelo projeto de extensão “Rizomas da Loucura: O Acervo da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP)” se constituiu em abril de 2007 para dar início às atividades de organização do conjunto de obras artísticas das 04 Coleções, selecionadas do conjunto de mais de 100.000 obras do Acervo. Essa sistematização, que ainda se encontra incompleta, é necessária para que o material se torne disponível ao acesso público, visto o seu significativo valor dos pontos de vista histórico, cultural e artístico.

A proposta de extensão visa à continuação das ações relativas a musealização das referidas obras, incluindo sua organização em sequência temporal, catalogação de suas características e sua posterior informatização em banco eletrônico de imagens, com vistas a tornar esse material disponível para o público acadêmico interessado em pesquisas na área Arte e Loucura. O projeto é coordenado pelas professoras Dras. Tania Mara Galli Fonseca docente dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e de Informática na Educação e Blanca Brites, docente do Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais/UFRGS.

Como falar sobre uma vida?

Afirmamos aqui a impossibilidade da escrita de uma vida linear, em que os fatos cronológicos teceriam um contínuo único e inabalável; Uma vida que seja apenas sucessão de acontecimentos históricos que formariam, ao final, uma existência narrada a partir de uma criação artificial de sentido. Como nos mostra Bourdieu (1998), a vida é mais do que nossa inocente ilusão biográfica. Ela preenche, enche, infla, empanturra-se, vaza, transborda o vivido e o vivível. Ela é descontínua, formada de elementos justapostos sem razão, singulares e únicos que surgem de modo incessantemente imprevisível, fora de propósito, aleatório.

Ao olhar para o Acervo e as vidas que ali adormecem, habitamos os fragmentos, suas incongruências temporais, suas ligações transversais. Pesquisar sobre esses arquivos-vidas é tal qual saltos de um plano a outro, planos que não se ajustam porque as bordas não coincidem, tal é a vida e obra. Paradoxo aqui de nosso movimento pesquisador, mas que poderia também sustentar nosso pensamento sobre a loucura, pois ela não exporia mais do que qualquer outro fenômeno, a virtualidade enquanto pura virtualidade, descolada de qualquer presente, de qualquer atualização, o tempo saído dos eixos.

Um todo virtual, em que os lençóis se comunicam de forma inusitada, misturados ou contíguos, colocam em crise qualquer valor de verdade e liberam apenas presenças alucinatórias (PELBART, 2004).

Falamos de um tempo-labirinto, cuja linha se bifurca e não pára de se bifurcar, passando por presentes impossíveis, retomando passados não-necessariamente verdadeiros (DELEUZE, 2005). Um tempo massa que não é propriamente anterior ou posterior, pois que suas relações são constantemente alteradas. Não nos referimos ao tempo como uma linha cronológica, mas a um emaranhado. Não se trata de fluxo, mas massa, não é rio, mas labirinto.

Para Deleuze (2005), o conceito de imagem-tempo refere-se a uma apresentação direta do tempo, correlato estético e sensível do tempo puro. Todos extratos coexistentes se comunicam e se justapõem no meio vital lamacento, o tempo como matéria-prima.

O tempo como matéria-prima é como uma massa a ser incessantemente modulada, comprimida, estirada, moldada. O tempo liberado do presente, do movimento de sucessão, transforma essa massa disponível em uma pluralidade processual que não cessa de variar. Não se trata mais de um passado a descobrir, mas a inventar segundo o dobramento a que será submetido e que irá situá-lo num feixe de relações insuspeitado (PELBART, 2004).

O conceito de imagem-tempo proporciona olharmos para esses arquivos-vidas a partir de suas disjunções e fragmentos instaurando assim, um outro regime possível de narrativa. De maneira a percorrermos a direção contrária a uma concepção de narrativa total e única sobre a vida.

Ao nos tornarmos biógrafos, nos deparamos com uma vida que sempre escapará de nós. Assim, ao contrário da ideia de biografia (pautada na concepção de uma vida linear e totalmente apreensível) o conceito de biografema (BARTHES apud BEDIN, 2011) refere-se à tentativa de capturar algo dos traços biográficos daquelas vidas. Uma certa precariedade do que podemos escrever destas vidas minúsculas que são capazes de nos atravessar, e cuja implicação nos lança a problematizá-las numa ordem da fabulação, na medida em que o histórico torna-se cada vez mais distante de alcançar.

O biografema com uma espécie de transbordamento do contexto histórico, cujo olhar biógrafo é capaz de lançar os diversos documentos (entrevistas, prontuários, fotos, manuscritos, obras, desenhos, etc.) num outro jogo possível daquelas vidas. Trata-se de uma escrita descontínua sobre uma vida, capaz de gerar sempre novas ordenações múltiplas de sentidos.

Movimento “fora da história, mas, de todo modo, geneticamente vivo no corpo” (BEDIN, 2011: 116).

Assim, enquanto pesquisadores, buscamos cartografar os suspiros de vida presos nos arquivos da loucura. Como deserto à espera de desbravamento, surgem dois terrenos: um se refere às Quatro Coleções de obras cujos artistas-moradores desafiam nosso olhar; a partir desta geografia surge em nosso corpo pesquisador a necessidade de problematizarmos metodologicamente ‘como falar dessas vidas’, que na maioria das vezes possuem poucos relatos advindos do poder psiquiátrico, reduzindo-os somente à descrição de seus diagnósticos clínicos, mas que, ao mesmo tempo, revela a um olhar mais atento, toda a potência de vida e cor que é capaz de atravessar esses corpos, quando em contato com a possibilidade de criação (papéis e tintas, etc); num segundo momento, nos deparamos com o restante das obras produzidas pelos outros artistas-moradores, que ainda não se encontram catalogadas, e cujo armazenamento constitui-se numa embalagem de papel pardo, acumulados em estantes à espera de um olhar.

É a visão e a possibilidade de audição dessas obras, que nos lançam, enquanto pesquisadores, ao reconhecimento das potências de vidas que ali residem e clamam por uma voz. Ao olhar para esse imenso labirinto pardo, acumulado durante 22 anos, somos impelidos a olhar para além das memórias pessoais que ali residem, esta massa-labirinto encarna uma memória cósmica, capaz de nos sensibilizar para a duração, daquilo que é capaz de durar em nós. Espécie de jogo para além do pessoal, e que se refere ao impessoal que nos atravessa.

Assim, o Acervo não é uma memória do que passou, morta e estagnada, mas trata-se de uma passado presente que age em nós, cuja potência de vida é capaz de abrir.

Enquanto pesquisadores dessas vidas, nos referimos a um tempo crônico, não cronológico, a serviço de sua força, mais do que sua forma, capaz de questionar a noção de verdade. O Acervo-labirinto cujas séries infinitas tornam presentes

impossíveis, possíveis, faz coexistirem passados não necessariamente verdadeiros, e elevar toda uma potência do falso que se faz criadora.

Coleção Luiz Guides – breve biografema dos “relógios sem ponteiros”

Durante quarenta anos internado num manicômio, essa vida azul, marcada pela frieza de um discurso médico, percorre, com seu corpo silencioso e magro, as superfícies possíveis do campo hospitalar. Ocupa, vaga e fantasmagoricamente, lugares minúsculos; silencia em meio aos gritos de horror e de dor. Esquizofrenia residual e abandono familiar se misturam no entendimento racional sobre sua vida. Mas a vida que pulsa em seu compelido e envelhecido corpo, ainda resiste.

12 de janeiro de 1990. A mão toca o papel. O pincel, afogado em tintas, desliza por essa nova superfície. O corpo se torna um só gesto. Experimenta um novo espaço, um novo tempo. Novas latitudes e longitudes podem, enfim, advir. Um território de criação se faz possível, forças do fora se dobram nos traços gestuais. Tensões do corpo, deslocamentos da camada pictórica, limites borrados, idade avançada, desejo de pintar. Uma vida que começa a avermelhar, se torna mais quente e mais próxima de outros corpos.

Luiz, luz. Variações de um novo agenciamento. Nome, sentidos, brilho, pintura, cor, visibilidade. Enfim, um modo de dizer. O naufrago da ilha, encontra seu deserto. Transtorna-o em povo, produz amizade com a solidão, agora povoada. Na Oficina de Criatividade, pode escutar a cançãozinha que lhe dá contorno, dobra-se envelopando-o. Ali, o caos e a noite tornam-se seus aliados. Luiz, luz, luar, agora dobra uma linha em torno de si. Silente e impenetrável, encontra, todavia, uma linha de fuga que se expande em um território de ar do qual emanam vapores de uma máquina suave que, como meio associado, torna-se capaz de sustentar a produção de uma *poiesis* de si.

Pintar se tornou o acontecimento de Luiz em meio às paredes descascadas de um hospício. Sua pintura viva, estende a linha do acontecimento puro, atmosfera cujo singular e impessoal são dobras um do outro. Com seu pincel fino e gasto, vai marcando uma a uma, o avesso de suas pinturas. Marca, imprime-lhes o que tem de mais vivo em seu gesto. Interessa-lhe também o verso, plano da folha invisível para aqueles que apenas vêem as evidências da pintura feita. Deixa transparecer as forças que vibram em suas pinceladas, espécie de composição tramada em estrutura e que carrega em si mesma níveis de sensação e movimento. Imagem multissensível, cuja potência vital a transborda e atravessa. Singelo ritmo vital à sensação visual.

Há dezenove anos põe-se a caminho desta pequena terra-Oficina, onde lhe é reservado um lugar especial. Confrontado ao cavalete, aguarda por atenções. Espera que lhe sejam oferecidas as tintas e o papel posto. Recomeça em seu deserto. Insiste e pinta o tempo de suas intensidades, aquilo que lhe concerne como duração vital. Marca a superfície em tateios de idas e voltas, cria um método fundado na intuição e, de seus gestos, emergem grades, setas, círculos que nos parecem relógios sem ponteiros. Qual tempo estariam a indicar estes ‘relógios’ soterrados em tintas e cores sobrepostas? O que dizer da sofreguidão por espaço, quando vemos a área pictórica plenamente preenchida e ainda assim enigmática? O que dizer desta insistência, mesmo quando percebemos que, em seu atual estado, o pintor beira uma cegueira física? Pintando desde o seu olhar de dentro, o mundo, quem sabe, segue nublado.

O corpo espera sentado num mundo em que sombras e vultos tentam se fazer nítidos. Gritos entoam a música de fundo, o silêncio de si preenche o coração que ainda bate. Eis uma voz que pergunta: ‘Seu Luiz, vamos à Oficina?’ Um monossilábico *sim* sai de sua boca, seu frágil corpo ergue-se e ancora-se naquele anjo que o guia, sem quase nada poder para salvá-lo. Retoma o caminho que antes percorria solitário. Com passos

tateantes, busca adivinhar os obstáculos do piso esburacado. O caminho até a Oficina, antes conduzido pelos olhos, agora é conduzido por pés que se arrastam e pintam, ao rés do chão, traçados de uma geografia transformada pelo tempo.

Seu braço move-se em direção à folha. Tenta adivinhar, em meio às tintas ressecadas, aquela que permanece fresca e que marcará o papel através dos gestos. Deslizamento sobre a superfície, uma escrita numérica marca o início do movimento com ritmo quebrado, 1,2,3,4,5,9, divisão do papel em quadrantes, em grades, linhas retas que se cruzam, que trancam, aprisionam ou suportam. Círculos dentro de quadrados, espirais que movimentam as marcas de tintas, compõem e preenchem os espaços em branco. Delicadeza e detalhismo se confundem, camadas de veladuras e transparências enevoam a visão, Vida e cores misturadas.

Como falar de Luiz, sem falar de suas obras? Como falar do limite existente entre as forças que atravessaram seu corpo, e cujas marcas pictóricas duram no olhar de quem as enxerga? Como não falar das misturas entre as forças e os fluxos, entre as cores e a expressão, entre os tempos e as variações?

Como não falar sobre a vitalidade de uma vida que pinta, cujo subjetivo é capaz de se tornar tangível, com seus blocos de linhas e cores, relógios inacabados, números ritmados, que pulsam e duram, nos múltiplos sentidos em que nossos olhares podem evocar.

Mas para além das misturas no fundo dos corpos, para além dos estados de coisas, nos interessa os acontecimentos incorporais que deslizam pela superfície, e que resultam dessas misturas. Luiz pinta a folha soterrando-a com seus gestos-massa, suas marcas-labirinto, deserto à espera de um acontecimento, capaz de lhe fazer território, território de existência.

Potência clínica das memórias da loucura

Estes arquivos-vidas, cujas massas constituem um valioso patrimônio histórico e social, clamam por olhares que os resgatem de sua clausura. Trata-se, enfim, de olharmos para essas obras de forma a modificar a atmosfera de morte que aparentemente podem suscitar. Trata-se de instaurarmos um olhar caleidoscópico suficientemente sensível aos pequenos detalhes e gestos, destas vidas aparentemente frágeis.

Ao buscar a potência clínica desse imenso arquivo, nos resta lançarmo-nos numa cartografia que seja capaz de possibilitar, ao olhar-pesquisador, durar. Assim, nos referimos a uma memória em que há um prolongamento do passado no presente. Tal como DELEUZE (2005) nos esclarece, o passado não sucede ao presente que ele não é mais, ele coexiste com o presente que foi.

Assim, nos referimos à operação mais fundamental do tempo, em que o passado se constitui ao mesmo tempo que o presente, em que o tempo se desdobra em presente e passado. O tempo como essa cisão, espécie de dois jatos dissimétricos, em que um faz passar todo o presente e outro conservar todo o passado. O jorrar do tempo como cisão, desdobramento.

Quando falamos sobre estes arquivos-vidas não nos referimos a um eu pessoal e psicológico, cercado por uma memória psicológica que buscaríamos evocar, mas ao falarmos destes artistas-moradores, que por anos foram enclausurados, nos referimos à imensa memória cósmica, que é capaz de visibilizar os estados maquínicos que nos atravessam e que também duram em nós. Trata-se de arquivos-vidas que nos lançam ao impessoal, capaz de tornar potente a memória de um passado, fazendo-a renascer hoje de outras formas.

Referimo-nos a uma memória capaz de resgatar esse passado presente que continua agindo em nós, bem como de propiciar que o passado presente retorne num futuro de novos afetos. Visibilizar a potência de vida que um Acervo da loucura é capaz de abrir.

Assim, neste imenso labirinto de vidas, ousamos pesquisar aquelas trilhas que se tornam possíveis a nós, numa espécie de ousadia com um tempo que se faz divergente, embaralhado e paradoxal.

Numa postura conceitual e filosófica, buscamos colocar em crise toda e qualquer noção de verdade. Assim, cria-se a possibilidade de construção de uma narrativa falsificante, pois deixamos de aspirar à verdade. Sustentamos a potência do falso, que é capaz de afirmar a simultaneidade de presentes impossíveis.

Assim, a pesquisa constitui-se numa busca pelas metamorfoses, pelas conexões possíveis entre os fragmentos, pelas ambiguidades que a vida é capaz de fabricar. Pesquisar é instalar-se nessa louca permutação de forças, é lançar-se no movimento fabulatório.

Referências

BEDIN, Luciano - Estratégias biográficas: o biografema com Barthes, Deleuze, Nietzsche e Henry Miller. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011. 175p. ISBN 978-85-205-0623-3

BOURDIEU, Pierre – “A ilusão biográfica”. In: FERREIRA, Marieta; AMADO, Janaina - Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Getúlio Vargas, 1998. ISBN 85-225-0200-5 p.183-191.

DELEUZE, Gilles - A imagem-tempo. São Paulo: Brasiliense, 2005. 338p. ISBN 85-11-22028-3

GARAVELO, Leonardo Martins Costa - Uma vida em Acervo: experiência e escrita. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012. Dissertação de Mestrado.

HARTMANN, Sara - A vida por um fio de escrita. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011. Dissertação de Mestrado.

MOTTA, Arnaldo Alves – “Humana, demasiadamente humana”. Revista Ciência e Vida – Psique. São Paulo: Editora Escala. ISSN 1982-2456 N° 7 (2008) p.14-23.

NEUBARTH, Barbara - No fim da linha do bonde, um tapete voa-dor – A Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (1990-2008): inventário de uma práxis. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009. Tese de doutoramento.

PELBART, Peter Pál - O tempo não-reconciliado. São Paulo: Perspectiva, 2004. 192p. ISBN 85-273-0151-2

THOMAZONI, Andresa Ribeiro - Vida e obra em imagem-tempo. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010. Dissertação de Mestrado.

WEINREB, Mara Evanisa - Trajetórias da desrazão – vidas silenciosas e marginais. Porto Alegre: Instituto de Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009. Tese de doutoramento.

Nota biográfica dos autores

A obra tem a colaboração de autores de Portugal, Brasil, México e Suíça.

Ana Leonor Pereira — Professora da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Investigadora e co-coordenadora científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20, Universidade de Coimbra, Portugal.

João Rui Pita — Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Investigadora e co-coordenador científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20, Universidade de Coimbra, Portugal.

Alexandra Esteves — Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências Sociais, do Centro Regional de Braga da Universidade Católica Portuguesa. Investigadora do CITCEM, Universidade do Minho, Portugal.

Aliete Cunha Oliveira — Bolseira de doutoramento FCT-FMUC; Investigadora-colaboradora do CEIS20, Universidade de Coimbra, Portugal.

Ana Isabel Coelho Pires da Silva — Doutoranda em História, na especialidade de História Contemporânea, pela Universidade de Coimbra; Membro Colaborador do Centro de História da Sociedade e da Cultura da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Técnica Superior de História na Câmara Municipal de Ponte de Sor, Portugal.

Ana Teresa Peixinho — Doutorada em Ciências da Comunicação pela Universidade de Coimbra. Professora Auxiliar da Faculdade de Letras e investigadora do CEIS20, Universidade de Coimbra, Portugal. Tem publicado trabalhos no domínio dos estudos queirosianos, bem como no domínio da História da Imprensa e da Análise do Discurso.

Andresa Ribeiro Thomazoni — Psicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), mestre em Psicologia Social e Institucional UFRGS, doutoranda em Informática na Educação UFRGS, bolsista CAPES, Brasil.

Anny Jackeline Torres Silveira — Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense(UFF). Professora do Coltec/UFGM e do Programa de Pós-Graduação em História da UFGM, na linha de Pesquisa História da Ciência. É Bolsista de Produtividade do CNPq e coordenadora do Grupo Scientia, integrante do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, Brasil.

Betania Gonçalves Figueiredo — Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo(USP). Professora do Departamento de História da UFGM e pesquisadora do CNPq., Brasil.

Ilda Massano-Cardoso — Doutoranda em Ciências Biomédicas FMUC; Docente do Instituto Superior Miguel Torga, Portugal.

Iranilson Buriti de Oliveira — Doutor em História pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-doutor em História da Ciência e da Saúde pela Fundação Oswaldo

Cruz, Rio de Janeiro. Pesquisador do CNPq e professor do Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande, Brasil.

Ismael Cerqueira Vieira — Doutor em História; Investigador do CITCEM/FLUP, Universidade do Porto, Portugal.

José Cunha Oliveira — Mestre em Psiquiatria; Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço Hospitalar, Portugal.

Maria Antónia Pires de Almeida — Doutorada em História Moderna e Contemporânea pelo ISCTE, 2004, Pós-Doutoramento em Ciência Política no CIES, ISCTE, 2008, especializada em História Política e Social no Período Contemporâneo, Poder Local, Elites. Atuais interesses de investigação: História da Divulgação e Popularização da Ciência. Investigadora Associada do CIES – Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, ISCTE-IUL, Portugal.

Martha Eugenia Rodríguez — Doutora em História pela Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Professora do Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina da Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.

Philip Rieder — Doutor em História, Investigador do Institut d'éthique biomédicale, Université de Genève, Suíça.

Rita de Cássia Marques — Doutora em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora da Escola de Enfermagem da UFMG. Membro do Grupo Scientia. Coordena o Centro de Memória da Escola de Enfermagem e o projeto Rede Brasil: Inventário Nacional do Patrimônio Cultural da Saúde em Minas Gerais, Brasil.

Salvador Massano Cardoso — Doutor em Medicina. Professor da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal.

Tania Mara Galli Fonseca — Psicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil), mestre em Educação UFRGS, doutora em Educação UFRGS, professora titular do Instituto de Psicologia da UFRGS, docente pesquisadora dos programas de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e Informática na Educação/UFRGS, Brasil.

Colecção Ciências, Tecnologias e Imaginários. Estudos de História séculos XVIII-XX

Directores da colecção: Ana Leonor Pereira; João Rui Pita

Esta colecção pretende reunir estudos originais de cultura científica na época contemporânea, especialmente nas áreas da história interdisciplinar das ciências da vida e das ciências da saúde.

Nº 9

Título

Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo

Resumo

A obra colectiva *Saberes e práticas em torno do adoecer da alma e do corpo* resulta da congregação de um conjunto de textos originais de especialistas que têm a história da medicina, da farmácia e das ciências da saúde como o tópico preferencial da sua actividade científica.

Autores (Eds):

Ana Leonor Pereira – Professora da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Investigadora e Co-Coordenadora Científica do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX-CEIS20, Universidade de Coimbra

João Rui Pita – Professor da Faculdade de Farmácia; Investigador e Co-Coordenador Científico do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX– CEIS20, Universidade de Coimbra.

Títulos anteriores

1. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Darwin, darwinismos, evolução (1859-2009) (2010)
2. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (2010)
3. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — Ciências da Vida, Tecnologias e Imaginários. Na era da biodiversidade. Homenagem ao Prof. Doutor Carlos Almaça (1934-2010) (2010)
4. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — II Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (2011)
5. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; Pedro Ricardo Fonseca (Eds.) — Luiz Wittnich Carrisso — Hereditariedade. Dissertação para o acto de licenciatura na secção de ciencias historico-naturaes da Faculdade de Philosophia, que terá lugar no dia 14 de março de 1910. Transcrição de manuscrito (2011)
6. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita (Eds.) — III Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Reunião internacional (2012)
7. Romero Bandeira; Sara Gandra; Ana Mafalda Reis — Biobibliografia de Luís de Pina (1901-1972). Sinopse (2012)
8. Ana Leonor Pereira; João Rui Pita; José Morgado Pereira (Organização e nota introdutória) — *A Revista de Neurologia e Psychiatria* (1888-1889) (2013)