

Varia Historia

ISSN: 0104-8775

variahis@gmail.com

Universidade Federal de Minas Gerais

Brasil

Barros Da Silva, Márcia Regina

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Saúde e assistência se tornam públicas (1875-1910)

Varia Historia, vol. 26, núm. 44, julio-diciembre, 2010, pp. 395-420

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=384434833004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**saúde e assistência
se tornam públicas (1875-1910)***

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
health and care become public affaires (1875-1910)**

MÁRCIA REGINA BARROS DA SILVA

Doutora em História pela Universidade de São Paulo

*Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP
Av. Prof. Lineu Prestes, 338, Cidade Universitária
CEP. 05508-900, Caixa Postal 8105, São Paulo, SP
marciabarrossilva@usp.br*

RESUMO O objetivo desta discussão é avaliar as atividades desenvolvidas na Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo a partir do entrelaçamento dos temas Estado, filantropia e assistência. O essencial será observar como mudanças na compreensão das doenças foram importantes ao tornar a própria moléstia uma questão múltipla: administrativa, sanitária e científica. Sob esse aspecto é possível perceber o início da construção do grande hospital de clínicas da instituição, em 1878, finalizado em 1885, como marco para a condução da atenção médica à população em crescimento no estado. Três pontos irão definir como se deu a ampliação do atendimento ali realizado: aquele relacionado à ação da filantropia paulista com vistas a fornecer atenção preferencial para a mão de obra imigrante; a implantação da administração republicana da saúde; e, finalmente, a

* Artigo recebido em: 29/05/2010. Aprovado em: 4/08/2010.

** Texto produzido a partir da apresentação no Seminário Internacional Estado, Filantropia e Assistência, promovido pela Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, nos dias 16 e 19 de novembro de 2009.

centralidade do corpo de médicos da instituição no exercício de certa hegemonia científica.

Palavras-chave Santa Casa de Misericórdia, São Paulo, História da Medicina

ABSTRACT The purpose of this work is to evaluate the activities developed at Santa Casa de Misericórdia de São Paulo as seen from the interweaving of the themes of the state, the philanthropy and health assistance. It is crucial to observe how changes in the understanding of the disease were important in turning the disease itself into a multiple question: simultaneously administrative, sanitary and scientific. From this standpoint one can see the start of the construction of Santa Casa's large hospital of clinics in 1878, finalized in 1885, as a milestone in directing the provision of medical care to the growing population of the state. Three points will define how the expansion of the service took place. The first one relates to the action of "paulista" philanthropy in order to provide preferential attention to the immigrant manpower. The second one refers to the setting up of a republican administration of health. And finally the centrality of the body of the physicians who exerted a certain scientific hegemony.

Keywords Santa Casa de Misericórdia, São Paulo, History of Medicine

A história dos primórdios da assistência à saúde de caráter coletivo no Brasil tem no Estado e na filantropia associação recorrente. Não é meu propósito estabelecer contornos e limites precisos para cada um desses campos, pois tal intenção dificultaria justamente compreender aquilo que desenhou as atividades de atendimento médico no primeiro hospital paulista, pertencente à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.¹

1 Sobre a Santa Casa paulista os primeiros trabalhos são o de MESGRAVIS, Laima. A assistência à infância desamparada e a Santa Casa de São Paulo: a roda dos expostos no século XIX. *Revista de História*, jubileu-bis, ano III, n.103, p.401-423, 1975 e o de MARCÍLIO, Maria Luíza. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884): contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976. O médico Ernesto de Souza Campos publicou três trabalhos: CAMPOS, Ernesto de Souza. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo*, v.XLIV, 2^a parte, p.9-50, 1949; CAMPOS, Ernesto de Souza. *Bandeiras e emblemas das Misericórdias*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, Serviço de Documentação, 1948; CAMPOS, Ernesto de Souza. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro: Divisão de Organização Hospitalar, 1944-1950. Também escritos por médicos são os trabalhos de VOTTA, Raul. *A irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo nos primórdios de sua existência*. Contribuição para a história hospitalar em São Paulo. São Paulo: s/e, 1951 e de PRADO, Antonio de Almeida. *Quatro séculos de medicina na cidade de São Paulo. Empirismo e ciência*. São Paulo: s/e, p.1-34. Mais recentemente sobre esse tema ver também SILVA, Márcia Regina Barros da. O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. *Revista Brasileira de História*, v.27, n.53, p.243-266, jan.-jun. 2007 e SILVA, Márcia Regina Barros da. *O mundo transformado em laboratório: ensino e produção de conhecimento em São Paulo de 1889 a 1933*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004. (História, Tese de Doutorado); mais recentemente, SOUZA, Simone

Entendo que tais ações foram construídas precisamente a partir do entrelaçamento das diferentes esferas que estão na base do Estado e da filantropia – os poderes públicos e os grupos particulares – associação que se tornou eficiente para a consecução de modos específicos de pensar a doença e a assistência.

Sob esse ponto de vista é que pretendo discutir as atividades desenvolvidas na cidade de São Paulo a partir da Santa Casa de Misericórdia da capital. Nessa instituição o emaranhado daqueles três aspectos, Estado, filantropia e assistência, privilegia a transformação do tema ‘doença’ em questão múltipla, ao mesmo tempo administrativa, sanitária e científica, sublinhando composição coletiva e particular do trato com a saúde.²

Esse agrupamento se constrói em expressivo período da história da saúde no Brasil, entre finais séculos XIX e início do XX, justamente no momento em que um enorme conjunto de mudanças fomentou a construção de modelos sanitários para grandes cidades, como foi o caso de Rio de Janeiro e São Paulo, entre outras capitais do país e também da América Latina.³

A ampliação da economia cafeeira a partir dos anos 1870 passou a comandar dois tipos específicos de crescimento na capital paulista: aquele propriamente econômico e outro, o populacional. Com base nessa relação pode-se afirmar que as perspectivas de uma sociedade do trabalho e uma nova escala no processo de urbanização paulista estiveram intimamente vinculadas.

Como apontam vários autores, a partir de meados do século XIX as cidades apresentavam-se como locais privilegiados para novos arranjos sociais, novas sociabilidades, novas sensibilidades, povoadas por imagens de progresso e de domínio da natureza.⁴ No Brasil ainda foram palco, e de modo significativamente intenso com a imigração ocorrida em São Paulo,

Elias. *Os socorros públicos no Império do Brasil 1822 a 1834*. São Paulo: UNESP, 2007. (História, Dissertação de Mestrado).

2 Para discussão sobre a ideia de correspondências nos estudos científicos, ver LATOUR, Bruno. *A esperança de Pandora. Ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. São Paulo: Edusc, 2001 e LATOUR, Bruno. *Drawing things together*. In: LYNCH, Michael and WOOLGAR, Steve. (eds.) *Representation in scientific practice*. Cambridge: The MIT Press, 1990, p.19-68.

3 Ver: SANTOS, Luiz Antonio Castro. A reforma sanitária “pelo alto”: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, v.36, n.3, p.361-392, 1993; SANTOS, Luiz Antonio Castro. O pensamento sanitário na primeira república: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, v.28, n.2, p.193-210, 1985; SANTOS, Luiz Antonio Castro. *Power, ideology and public health in Brazil: 1889 - 1930*. Cambridge: Harvard University, 1987. (PhD). Ver também HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998; HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. (orgs.) *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Coleção História e Saúde.

4 Sobre o tema, ver WEINER, Dora B. e SAUTER, Michael J. *The city of Paris and the rise of clinical Medicine. Osiris, The History of Science Society*, v.18, p.23-42, second series, 2003; SEVCENKO, Nicolau. Introdução. O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso. In: SEVCENKO, Nicolau. (org.) *História da vida privada no Brasil. República: da Belle Epoque à era do rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p.7-48; BRESCIANI, Maria S. M. Metrópoles: as faces do monstro urbano (as cidades no século XIX). *Revista Brasileira de História*, v.5, n.8/9, p.35-68, set.1984/abril 1985.

da transição da escravidão para a forma de trabalho livre, num mundo burguês em ascensão.⁵

Em meio a tantas reorganizações, as cidades constituíam também locais de encontro entre doenças epidêmicas e populações. As novas aglomerações urbanas se tornavam assim o estopim para que condições de vida e de trabalho viessem a ser tema de investigação e vigilância sistemática por parte dos poderes públicos.⁶ A transformação das cidades coloniais brasileiras em cidades modernas foi realizada a partir dessa série de encontros.

Contudo, independente das doenças caracterizadas em eventos epidêmicos, os problemas individuais de saúde também adquiriram maiores proporções no mesmo período.

Enfermidades graves e menores, doenças congênitas, acidentes variados modificavam-se e requeriam algum tipo de atendimento cuja solução passava cada vez mais por ações de caráter coletivo. Tais modificações podem ser entendidas a partir principalmente do crescimento populacional, mas também das transformações na condução do procedimento médico-científico sobre o corpo humano. Foi a associação dessas novas questões, sentidas de diversas e inúmeras formas, que fez com que as doenças adentrassem o século como um sinal de perigo de grandes proporções.

O provedor interino da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Francisco Martins de Almeida, introduz, no primeiro relatório publicado pela instituição ainda no século XIX, uma proposta de reorganização de suas instalações. Ele parte da percepção de que “a maior afluência de enfermos” e o crescimento de duas “classes” de doentes, a de pobres e de estrangeiros, “privados da pátria”, assim como doentes moradores de outros municípios, vinham aumentando.⁷

O entendimento de que a cidade se ampliava e de que as instalações hospitalares também deveriam acompanhar esse crescimento foi sistematicamente ressaltado:

Numa Capital de Província a parecer Estado florescente da União-Norte-Americana, onde á sombra da liberdade por toda parte se roteia o solo, se abrem escolas, se publicam jornais, se estendem vias férreas, onde de dia em dia estão a se estrear indústrias fabris, a suceder o vapor aos velhos motores de cansada rotina, e a emigração a avultar (...) numa Capital de Província dessa categoria ...

5 Ver: PECHMAN, Robert M. O urbano fora do lugar? Transferências e traduções das ideias urbanísticas nos anos 20. In: RIBEIRO, Luiz Cesar de Q. e PECHMAN, Robert. *Cidade, povo e nação. Gênesis do urbanismo moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996, p.331-362.

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

7 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*. Provedor Interino Francisco Martins de Almeida. São Paulo: Typographia de Jorge Seckler, 1876, 2^a ed. 1909.

é tempo de curar de edifício de caridade ajustado a tanto esplendor e a melhor promoção do seu destino.⁸

A construção de local de acolhimento era demanda antiga que nunca havia sido adequadamente solucionada. Interessa, contudo, ressaltar aqui a simultaneidade dos processos de crescimento econômico, populacional e de esforços para a definitiva construção de um edifício próprio ao atendimento.

Quando o total geral de irmãos na Santa Casa girava em torno de 310 pessoas a “Relação dos contribuintes para a construção do novo hospital de caridade”, inclusa no relatório de 1875, trazia 30 nomes como doadores de verbas para a construção de instalações hospitalares. Tais doadores eram apresentados segundo sua ocupação: um tenente-general, seis coronéis, um alferes, dois maiores, um sargento, quatro senhoras, oito sem classificação, um bispo, um cônego e cinco padres.

Destacavam-se o Barão de Iguape, Antonio da Silva Prado, provedor da Santa Casa de 1847 a 1875; o Barão do Tietê, José Manoel da Silva; o Barão de Itapetininga, Joaquim José dos Santos Silva; e o futuro Barão de Itu, Antonio Aguiar de Barros. Além desses constavam ainda representantes da família Arouche de Toledo, cuja importância se prende à condição de futuros doadores do terreno em que será construído o hospital central e um dos maiores proprietários de patrimônio imobiliário urbano de São Paulo.⁹

A intervenção na Santa Casa dessas e de outras famílias da elite paulista, entre elas os Souza de Queiroz, Paula Souza e Paes de Barros, foi fundamental para a definição da localização geográfica do novo hospital central a ser construído. Como aponta Carneiro, em estudo de cunho memorialístico:

Logo se conclui como estiveram unidos nessa fase os interesses da filantropia e dos negócios, coincidentemente através da família Prado, principal estimuladora da ideia de se aparelhar melhor a Casa de Caridade, inclusive para atender à massa afluente de estrangeiros que vinha trabalhar e ajudar a construir a prosperidade da terra bandeirante.¹⁰

Inicialmente a proposta foi de construção no Bairro do Bexiga, em terreno doado pelo comerciante português Antonio José Leite Braga:

⁸ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875, 1909.*

⁹ Ver CAMPOS, Eudes. Nos caminhos da Luz, antigos palacetes da elite paulistana. *Anais do Museu Paulista. História e Cultura Material*, n.1, v.13, p.11-57, jan.-jun. 2005.

¹⁰ CARNEIRO, Glauco. *O poder da Misericórdia: a Irmandade da Santa Casa na história social e política da cidade de São Paulo (1560 - 1985)*. São Paulo: Press Grafic, 1986, v.2, p.317.

Tendo a firma social – Antonio José Leite Braga & C., de que faço parte, comprado uma grande extensão de terrenos da chácara denominada Bexiga – sita nos arrabaldes desta cidade, e, tencionando fazer divisão da mesma em ruas, cujo plano vai oferecer a câmara municipal desta capital em planta já levantada por um engenheiro para isso confeccionado, reservei uma quadra daquelas terras para oferecer à irmandade da Santa Casa de Misericórdia, com destino a nela ser construído um hospital digno de tão importante confraria, dos amplos e importantes fins a que se consagra, e desta florescente capital.¹¹

Ao aliar seu loteamento à construção do hospital central, na prática Antonio José Leite Braga tentava garantir manobra especulativa que serviria para “atrair” desenvolvimento urbano para o local de um novo loteamento na cidade, característica típica do processo de expansão no então nascente capitalismo paulista e também tradicionalmente ligado à história das Santas Casas no país.¹²

Eudes Campos¹³ aponta procedimento semelhante ocorrido com a construção de instalações para a Beneficência Portuguesa em 1872 em terreno situado na Rua Monte Alegre, oferecido por Antonio de Aguiar Barros (Barão de Itu), cujo cunhado, o coronel Rafael Tobias de Barros (Barão de Piracicaba), ofereceria novo terreno à Santa Casa, também constando como doador de um quinto do valor estimado para a obra da Misericórdia.¹⁴

Mesmo após o lançamento da pedra fundamental do edifício em 1º de outubro de 1878, no terreno do Bexiga, foi decidida a mudança do local de construção do hospital, por diversas razões alegadas: questões higiênicas, por se tratar de localização próxima ao Centro urbano; altos custos para despesas de terraplanagem e sobretudo pelo oferecimento de novo terreno, decisão essa, segundo Carneiro, devida à “localização mais central do terreno (...) importância dos doadores e (...) apoio da imprensa”.¹⁵

A família Prado aparecia constantemente nas listas de doações à entidade juntamente com outros representantes de grupos de poder em São

11 CARNEIRO, Glauco. *O poder da Misericórdia: a Irmandade da Santa Casa na história social e política da cidade de São Paulo (1560 - 1985)*, p.318.

12 Sobre o tema da assistência ver SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*, v.15, n.2, São Paulo, p.257-289, dez. 2007; PORTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX. Doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, v.13, n.4, Rio de Janeiro, p.1019-1027, out. 2006; PIMENTA, Tânia Salgado. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do oitocentos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, v.11, suppl.1, p.67-92, 2004; ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.VIII, n.3, p.591-611, set.-dez. 2001. Para uma história das concepções de saúde e doença, ver VIGARELLO, Georges. *Le propre et le sale. L’hygiène du corps depuis le Moyen Age*. Paris: Editions du Seuil, 1985. Points Histoire.

13 CAMPOS, Eudes. Nos caminhos da Luz, antigos palacetes da elite paulistana, p.28-305.

14 Segundo Raul Votta, estavam entre os doadores para a construção do hospital: Rego Freitas e Rafael Tobias de Barros, o imperador d. Pedro II, a Companhia Inglesa de Estrada de Ferro. Os maiores donativos foram feitos ainda pelo Conde de Prates, Conde Itu, Martinho Prado, Thomas Lins Álvares e pelo governo da província. VOTTA, Raul. *A irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo nos primórdios de sua existência. Contribuição para a história hospitalar em São Paulo*. São Paulo: s/e, 1951.

15 CARNEIRO, Glauco, *O poder da Misericórdia: a Irmandade da Santa Casa na história social e política da cidade de São Paulo (1560 - 1985)*, p.327.

Paulo, tais como a Baronesa de Limeira, doadora recorrente de terrenos e dinheiro à Irmandade. Martinho da Silva Prado Júnior – filho do então provedor Martinho da Silva Prado (mandato 1875-1876), e sobrinho do provedor anterior, Antonio da Silva Prado o Barão de Iguape (mandato 1847-1875) – que participaria ativamente dos debates sobre a localização do novo hospital, foi o principal fundador da Sociedade Promotora da Imigração,¹⁶ íntimo que era dos processos de substituição de mão de obra escrava pela de imigrantes europeus.

Como grupo tais personalidades insistiam na construção em terreno situado no bairro do Arouche, região central da cidade. O terreno seria vendido por metade do preço avaliado pelo proprietário, Antonio Rego Freitas, ao Barão Rafael Tobias de Barros – envolvido, como já referido, na construção da Beneficência Portuguesa –, que faria, como se efetivou mais tarde, a doação à Santa Casa. A localização era região de moradia das mais importantes famílias de São Paulo. Laima Mesgravis aponta também para essa mudança estratégica. Em sua opinião, era “natural que a Irmandade, dependendo totalmente das doações de particulares abonados, procurasse contentar um grupo tão poderoso”.¹⁷

Com a troca autorizada pela Irmandade a construção do grande Hospital Central no bairro do Arouche foi iniciada em 1881 e finalizada em 1883, e a inauguração ocorreu em 31 de agosto de 1884, data que marca profunda mudança em todo o atendimento realizado pela instituição. A partir desse momento os serviços do hospital da Santa Casa são reorganizados, e, embora só tenhamos novos relatórios impressos no início do século XX, é possível recolher alguns dados de anos anteriores por meio de informes publicados nas revistas médicas paulistas.

Os diferentes “tipos” e entendimento de doentes e doenças que adentram os espaços da Santa Casa desde sua fundação se modificaram durante todo esse período. No primeiro relatório apontavam-se como causas das moléstias “excessos da mágoa, ou do prazer; por condições mórbidas da existência”.¹⁸ Em outros as doenças resultariam de desvios ou desregimentos vividos pelo doente por “imprevidência do futuro, solicitações da sensualidade, cegueira das paixões”.¹⁹ A indicação de variabilidade das

¹⁶ A Sociedade Promotora da Imigração foi criada com o objetivo de incentivar a imigração estrangeira em São Paulo em 1886. Constava entre seus criadores nomes das principais famílias produtoras de café, e entre esses diversos participantes da Santa Casa, como as famílias Prado, Souza Queiros e Paes de Barros. Ver: BIANCO, Maria Eliana Basile. *A Sociedade Promotora de Imigração (1886-1895)*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1982. (História, Dissertação de Mestrado).

¹⁷ MESGRAVIS, Laima. A assistência à infância desamparada e a Santa Casa de São Paulo: a roda dos expostos no século XIX, p.143.

¹⁸ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.8.

¹⁹ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.9.

moléstias ou outras causas mais complexas não são citadas. Depois da construção do novo hospital, contudo, tal quadro se modificaria.

Os doentes passaram a ser separados em grandes áreas – medicina, cirurgia, ginecologia, oftalmologia e otorrinolaringologia – e, além da separação por sexo, também ocorreria a separação por idades – adultos e crianças. Doentes específicos, como “tuberculosos e leprosos”, passariam a ser encaminhados em volume cada vez maior aos novos serviços da própria Santa Casa, como Enfermaria de Tuberculosos e Hospital de Lázarus. Havia ainda os que deveriam ser levados para tratamento fora dessas instalações, para o Instituto Pasteur, quando era o caso, e os acometidos por enfermidades epidêmicas, encaminhados para o Hospital de Isolamento de São Paulo.

Assim, vemos o número de pacientes atendidos aumentar brutalmente e, ao acompanhar as atividades da Santa Casa de Misericórdia, na dependência dos dados disponíveis, podemos comparar o número de atendimentos realizados nos dois períodos, antes e depois da construção do Hospital Central (**Imagen 1**).



Imagen 1: Entrada principal do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; cerca de 1900

Fonte: Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz – Faculdade de Medicina/USP

No primeiro período o número total de doentes não ultrapassa duas centenas por ano, como se observa no **Quadro I**.

Quadro I

Total de entradas de pacientes por ano na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	
Ano	Pacientes
1848	146
1849	141
1850	207
1851	215
1861	30
1867	31
30 de junho de 1871 a 1º de julho de 1872	37
30 de junho de 1872 a 1º de julho de 1873	296
Total	1.103

Fontes: Relatório do dr. Antonio Caetano de Campos, médico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, junho, 1875, in Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo do anno compromissal de 1874 a 1875. Provedor Interino Francisco Martins de Almeida, 1876, 2^a. ed., 1909.

No segundo período, após a criação das novas instalações, rapidamente o atendimento total chega aos milhares, como se observa no **Quadro II**.

Quadro II

Total de entradas de pacientes por ano em diferentes períodos na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo		
Períodos	Pacientes em tratamento nas diferentes enfermarias	Consultas realizadas em ambulatórios
Janeiro, fevereiro, março de 1898*	1.110	5.757
Junho de 1899 até 30 de junho de 1900	3.536	30.198
Até 30 de junho de 1901	4.253	37.017
Julho a dezembro de 1902	2.400	14.275
Janeiro a dezembro de 1903	4.960	34.863
Janeiro a dezembro de 1904	5.403	38.727
Janeiro a dezembro de 1905	5.821	40.544

Total de entradas de pacientes por ano em diferentes períodos na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo		
Janeiro a dezembro de 1906	7.269	45.200
Janeiro a dezembro de 1907	7.992	60.199
Janeiro a dezembro de 1908	8.774	61.724
Total	51.418	368.504
Total geral de pacientes		419.922

Fontes: *Revista Médica de S. Paulo*, ano 1, n.4, 14 de maio de 1898, p.77; Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Capital. Relatório apresentado à mesa conjunta pelo irmão provedor Dr. José Alves de Cerqueira Cesar. 1900 a 1908. São Paulo: Escola Typographica Salesiana, 1909.

Aliados às discussões levadas a cabo nos diferentes relatórios, esses números anunciam que por meio de seu Hospital Central a Santa Casa de Misericórdia se tornou espaço primordial de atendimento médico no estado e na cidade de São Paulo.

Em 1902, o médico Affonso Regulo de Oliveira Fausto apresenta o Hospital da Misericórdia em artigo publicado na *Revista Médica de São Paulo*. Adjunto contratado em 1899, que a partir de 1913 será também professor da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Fausto aponta um conjunto de características positivas sob as quais a instituição descrita garantia seu lugar de proeminência dentro da saúde paulista:

Un progrès scientifique est à signaler à S. Paulo. On vient d'inaugurer, à l'Hôpital de la Miséricorde, trois nouvelles salles d'opérations, d'après les exigences de la chirurgie moderne et c'en était temps (...) au centre d'un magnifique jardin ou mieux d'un parc, s'élève l'Hôpital de St. Paul, l'Hôpital général de la ville pour ainsi dire.²⁰

A partir desse período, o padecimento e as doenças, em seu conjunto, tiveram pela primeira vez condução planejada no atendimento adotado pela Santa Casa, o que foi administrativamente consequente com as demandas sanitárias que a nova aglomeração urbana exigia e se deu por duas vias. A primeira filantrópica, realizada com base em grupos particulares que estavam, contudo, totalmente submersos na administração formal da cidade e do Estado, com interesses econômicos particulares calculados. E a segunda por intermédio de secretarias estaduais, efetivada por auxílios e contribuições constantes para a construção e demais receitas da

20 OLIVEIRA, Fausto. L'Hôpital de la Miséricorde à São Paulo. *Revista Médica de São Paulo*, ano V, n.10, p.375-378, 14 de outubro de 1902. Em francês no original, provavelmente com o fim de atingir público mais amplo, já que a revista era enviada em permuta para outros países.

instituição. O governo paulista, dessa maneira, incentivava um projeto de atendimento coletivo voltado em particular para a população imigrante e que consequentemente servia como local de assistência geral, quando não existia nenhum hospital público no estado.

Em todos os balancetes da Santa Casa há somas consideráveis determinadas pelos governos, estadual e municipal, à Irmandade, embora indicados normalmente como receitas extraordinárias.

No balancete de 1901 podemos exemplificar o procedimento geral de distribuição de receitas, ordinárias e extraordinárias. Tal estrutura se manteve nos relatórios dos anos posteriores, avaliados até 1910.

Na tabela adiante é possível observar que o total das doações por parte do governo do estado, que também se manteve constante em todos os relatórios observados, representava metade das receitas da Santa Casa. Os demais valores encontrados nas receitas no relatório de 1901 foram provenientes de doações diretas efetuadas pelos irmãos provedores, não ultrapassando 2,5% do total. Receitas provenientes de serviços representaram 5%; o restante era oriundo de juros, apólices e loterias, constituindo aproximadamente 40% do total:

Quadro III

RECEITAS E DESPESAS Relatório para o período de 1º de julho de 1900 a 30 de junho de 1901					
Receita ordinária em contos	%	Receitas extraordinárias em contos		%	
Aluguéis	145	62,2	Subvenção Governo do Estado para manutenção	220	50,9
Juros diversos	12	5,1	Subvenção do Governo do Estado para obras	95	22
Serviço funerário	15	6,4	Auxílio Câmara Municipal	10	2,3
Juro de letras da Câmara Municipal, apólices federais, estaduais, de bancos	47	20,1	Loterias	34	7,8
Dividendo de ações	9	3,8	Recebimento de apólices	38	8,8
Anuidade irmãos	4	1,7	Remissão irmãos	5	1,1
Diversos	1	0,4	Donativos e legados	9	2,1
			Rendas de escolas e pensionistas	21	4,9
Total	233	100		432	100

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Relatórios apresentados à mesa conjunta. Ano 1900-1901*. São Paulo: Escola Typographica Salesiana, 1902.

Tanto os relatórios da própria Santa Casa quanto os da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior, responsável pelos auxílios, mostram aumento sistemático das atividades de assistência exercida pela instituição e crescimento nos valores arrecadados e gastos. Tal frequência indica que a instituição ampliava sua função de prestadora de serviço hospitalar, sobrepondo essa atividade às demais práticas de caridade, exercidas em seu Hospital de Lázarus, no Asilo de Expostos, na Mordomia de Presos e no Externato Santa Cecília, para meninas, e, depois, no Externato São José, para meninos.²¹

Esse quadro se completa se verificarmos o projeto em que a Santa Casa sustentava suas atividades. Nas palavras do mordomo Alberto da Silva e Souza, ao ser reeleito para o cargo em 1902, que

socorrendo ao infeliz enfermo ou ferido na vida pública, abrigando e consolando o morfético repelido pela sociedade e pela própria família, amparando o indigente, invalido e restituindo transformados em cidadãos úteis, os pequenos entes que ao entrar no mundo, não conhecem se quer os primeiros carinhos maternos; e, finalmente, ministrando em seus externatos a instrução primária a centenas de meninas pobres, constitui uma das mais belas instituições de que se pode orgulhar o nosso Estado, e um monumento para atestar a grandeza d’alma e os sentimentos piedosos de nossos saudosos antecessores e dos benfeiteiros desta casa.²²

Com isso a questão sanitária que envolvia atendimento e o conjunto da população encontrava solução coletiva, mesmo que a Santa Casa não fosse formalmente hospital público. O governo do estado apoiava uma administração local, realizada pela elite econômica dos cafeicultores paulistas, mais e mais atenta às necessidades de atendimento da população, principalmente à mão de obra urbana, formada naquele período majoritariamente por imigrantes italianos.

Um exemplo pode ser visto na descrição do movimento de doentes de 1904, que se reproduziu com semelhanças em outros anos:

21 Ver KUHLMANN, Moysés e ROCHA, José Fernando Teles. Educação no asilo dos expostos da Santa Casa em São Paulo: 1896-1950. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v.36, n.129, p.597-617, 2006.

22 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo*, 1875, p.4.

Quadro IV

Mapa dos doentes entrados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo durante 1904, discriminados por nacionalidade							
Nacionalidades	Pobres			Pensionistas		Total geral	
	Homens	Mulheres	Crianças	Homens	Mulheres	Total	%
Italianos	1.377	429	41	60	29	1936	38,8
Brasileiros	1.046	612	323	52	37	2070	41,5
Portugueses	271	58	8	33	3	373	7,5
Espanhóis	186	72	7	10	6	281	5,6
Austríacos	71	24	4	1	-	100	2
Turcos	36	7	-	4	1	22	0,4
Alemães	32	30	2	-	2	66	1,3
Franceses	19	19	2	-	6	46	0,9
Polacos	10	11	-	-	1	22	0,4
Argentinos	5	5	-	-	1	11	0,2
Suíços	4	-	-	1	-	5	0,1
Belgas	4	-	-	-	-	4	-
Dinamarqueses	4	-	-	-	-	4	-
Suecos	3	-	-	-	-	3	-
Africanos	3	5	-	-	-	8	-
Ingleses	2	1	-	-	-	3	-
Chineses	2	-	-	-	-	2	-
Norte-Americanos	2	-	-	-	-	2	-
Uruguaios	1	-	-	-	-	1	-
Total	3.078	1.273	387	161	86	4.985	100

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Relatórios apresentados à mesa conjunta. Ano 1904.* São Paulo: Escola Typographica Salesiana, 1905.

Nesse período o Serviço Sanitário do Estado atuava como órgão fiscalizador também dentro das dependências da Santa Casa, ajudando a definir os contornos para as ações de saúde em várias instâncias.

No relatório de 1902 tal ação pode ser verificada. José Alves de Cerqueira Cesar (provedor entre 1900 a 1902), que por haver sido presidente interino do Estado (entre dezembro de 1891 e agosto de 1892) e depois

pertencente ao Senado Estadual (de 1899 a 1901), é representante bastante emblemático desses processos. Demonstrando por sua atuação íntimo relacionamento entre esferas públicas, particulares e filantrópicas, conclui seu relatório daquele ano relacionando as atividades da instituição com o aumento populacional da cidade e do estado,²³ apontando crescimento também na qualidade dos serviços médicos oferecidos:

Ao tempo em que foi construído o hospital central da Santa Casa de Misericórdia a população desta capital não podia exceder de 50.000 habitantes, e a do estado todo não podia atingir a um milhão. Era pois um edifício com proporções bastantes para dar asilo aos infelizes que, naquele tempo, a ele recorriam. A população desta capital, na geral opinião sobe hoje a mais de 200 mil habitantes, e a do estado a mais de dois milhões. Também os infelizes que recorrem a aquele pio estabelecimento elevam-se ao triplo e ao quádruplo dos do tempo de sua edificação. Os que visitarem as enfermarias, e interrogarem os enfermos, hão de verificar que ali são recebidos e tratados os enfermos não só da capital, como de todo o estado. Fato natural; pois é evidente que um estabelecimento destes, na capital, será provido de mais abundantes recursos de toda ordem, máxime de especialistas de mais notória aptidão para o tratamento de todas as enfermidades.²⁴

O tema da saúde pública, por sua vez, havia começado a ser discutido nos debates relativos à nova legislação estadual já a partir dos primeiros momentos pós-Proclamação da República: em 1889 com a iniciativa da criação da Hospedaria dos Imigrantes; em 1890 com a contratação do médico Arnaldo Augusto Vieira de Carvalho para dirigir o serviço de cultura e de produção de vacinas do estado, o Instituto Vacinogênico; finalmente, em 1892, com a criação do Serviço Sanitário, apontava-se para a definitiva colocação da saúde pública na lista de compromissos do governo estadual.

O atendimento da Santa Casa alcançava doentes de cidades, municípios, estado e regiões vizinhas, como pode ser verificado na tabela a seguir.

23 Ver RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim: inventário de saúde pública*. São Paulo: Unesp, 1993; TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.III, n.2, p.265-283, jul.-out. 1996. Sobre a constituição do Serviço Sanitário de São Paulo ver SILVA, Márcia Regina Barros da. *O mundo transformado em laboratório: ensino e produção de conhecimento em São Paulo de 1889 a 1933*; SZMRECSÁNY, Tamás. A política científica e tecnológica nas mensagens anuais dos presidentes do estado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.7, n.3, p.715-726, fev. 2001; TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996; MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública, 1949. (Tese de Livre-docência).

24 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo*, 1875, p.65-66.

Quadro V

Mapa de doentes entrados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 1906		
Cidade/estados com mais de 30 doentes	Número de doentes	%
Água Branca	31	-
Araraquara	39	-
Araras	45	-
Atibaia	45	-
Botucatu	33	-
Campinas	57	-
Cravinhos	52	-
Descalvado	32	-
Itu	72	-
Matão	35	-
Penha	67	-
Piracicaba	40	-
Ribeirão Preto	113	-
Ribeirão Pires	44	-
Sabaúna	53	-
Santos	80	-
São Bernardo	58	-
São João da Boa Vista	35	-
São Manoel do Paraíso	39	-
São Martinho	70	-
São Simão	47	-
Sertãozinho	39	-
Santa Anna	69	-
Santa Rita do Paraíso	39	-
Santa Rita do Passa Quatro	70	-
Total parcial	1.246	18,4
Outras cidades do interior paulista com até 29 doentes por cidade	1.902	28,1
Outros estados (principalmente Minas Gerais)	28	0,4
Capital	3.595	53,17
Total geral	6.761	100

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Relatórios apresentados à mesa conjunta. Ano 1906.* São Paulo: Escola Typographica Salesiana, 1907.

Os doentes eram enviados à Irmandade por entidades diversas e não apenas por apresentação espontânea do paciente às portas da instituição. Grande parte dos agentes responsáveis por esse tipo de trânsito era composta por instituições oficiais, tais como a polícia da capital e outras, e por particulares não identificados, tais como outros médicos e consulados. Esses grupos constituíam aproximadamente metade dos demandantes, e os demais cinquenta por cento eram originários dos próprios consultórios de atendimento do Hospital Central, possivelmente composto por pessoas com apresentação espontânea ao atendimento médico.

Quadro VI

Movimento de entrada de doentes no Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de São Paulo – 1906			
Requisitante	Entrada	Porcentagem %	Totais parciais
Requisições internas ao Hospital			
Consultórios	3.453	51,1	
Total	3.453	51,1	51,1
Instituições oficiais			
Polícia da capital	1.586		
Polícia do interior	212		
Hospedaria dos Imigrantes	135		
Patronato dos Imigrantes	203		
Serviço Sanitário do Exército	18		
Câmaras Municipais	15		
Total	2.169	32,1	83,2
Complexo da Irmandade da Misericórdia			
Provedoria e mesários	58		
Mordomia do Hospital	59		
Diretor clínico	47		
Doutores diversos	623		
Total	787	11,6	94,8
Instituições particulares			
Consulados diversos	86		
Instituto Pasteur	46		

Movimento de entrada de doentes no Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de São Paulo – 1906			
Requisitante	Entrada	Porcen-tagem %	Totais parciais
Institutos e estabelecimentos diversos	43		
Policlínica (possivelmente ligada à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo)	25		
Fazendeiros e diversos	63		
Total	263	3,9	98,7
Associações Beneficentes e de Classe			
Paróquias	12		
Soc. Beneficente dos Empregados da São Paulo Railway & Comp.	3		
Soc. Beneficente dos Empregados da União Sorocabana e Ituana	29		
Soc. Humanitária dos Empregados no Comércio de São Paulo	8		
Soc. Artística Beneficente	6		
Soc. Beneficente de Artes e Ofícios	1		
Soc. Beneficente Francesa	4		
Soc. Beneficente da Light and Power	8		
Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas	18		
Total	89	1,3	100
Total Geral	6.761	100	100

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Relatórios apresentados à mesa conjunta. Ano 1906. São Paulo: Escola Typographica Salesiana, 1907.

Doença e seu entendimento científico

Em todos os espaços anteriormente citados, como, por exemplo, Serviço Sanitário, Hospital de Isolamento, o entendimento *pasteuriano* da transmissão de doenças e a remodelação da própria profissão médica se efetivavam. O atendimento realizado nos hospitais da Santa Casa constituiu também esse quadro de autorreferenciadas modernizações, especificamente depois de suas novas instalações.

Retomando o primeiro Relatório publicado sobre as atividades da Santa Casa em 1871 encontramos o então provedor Francisco Martins de Almeida descrevendo os diversos problemas enfrentados para a manutenção da en-

tidade filantrópica. Ao avaliar tal relatório é fácil demonstrar que a ação mais destacada era, como se podia esperar, sua obra de caridade. As queixas do provedor vinham mais nos quesitos relacionados às dificuldades de atendimento efetivo do que no amparo espiritual que a filantropia poderia efetivar:

Ainda quando a casa comporta novas entradas, ela não pode se pôr franca a quem quer que a procura. Há requisitos a provar, formalidades a preencher, e, por mais que se acelerem os termos desse prévio processo, durante ele as devastações da moléstia – dissipado o período favorável de combatê-la – podem progredir a darem a vitória. A igual desfecho conduzem as vezes os abalos e comoções do transporte, na fase da moléstia em que urge o maior repouso. Então o hospital penetra, em vez de enfermo a acudir, moribundo, senão cadáver a sepultar.²⁵

Na sua descrição dos “inconvenientes” que atingiam a Instituição o provedor indicava um quadro de penúria. Nele se mesclavam descrições sobre a pobreza extrema das pessoas que buscavam socorro e o limitado alcance das instalações e serviços da Irmandade, ambas demonstrando a função apenas de acolhimento para esses pacientes, aliadas a uma concepção muito geral de doença:

A criança porém se faz homem; e um dia, arruinada sua natureza pelos excessos da mágoa, ou do prazer; por condições mórbidas da existência, pela ação deletéria do tempo, ou pela da dor (...). Ao desamparo, todo o esplendor de sua grandeza não o preserva de sucumbir, como o recém-nascido atirado ao ermo por mãe desnaturada. O homem pois às portas da morte recai na mesma indigência da sua entrada na vida; a diferença é uma necessidade de mais, de ordem moral, que se lhe acresceu: a das consolações da amizade nessas angústias da alma.²⁶

Era notório para todos o pouco alcance das ações terapêuticas ali efetivadas. Sobre o Hospital de Lázarus, local de acolhimento de doentes de lepra da Irmandade, é possível demonstrar também seu papel preponderantemente isolacionista naquele período e de pouca efetividade no tratamento da doença, o que mudará em período próximo:

[Os morféticos] abandonados a si mesmos; curando das próprias necessidades; mal alojados; privados de conveniente tratamento; e sem alguém a retê-los, eles preferem fugir em demanda de povoações onde lhes é livre fixar habitação própria, e percorrer as estradas, e ruas mendigando. O hospício dos Lázarus tem tido esse préstimo de os afastar da capital da província, sendo a ele devido o fato de não se deparar, em toda a extensão dela, com um único.²⁷

25 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.15.

26 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.8.

27 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.28.

O único médico da instituição naquele período, o doutor Antonio Caetano de Campos (empossado no cargo em 1º de janeiro de 1872), por sua vez, acreditava que o Hospital havia melhorado muito suas instalações da época de sua nomeação até a data de 1875, quando da preparação do relatório. Para compreender o lugar dessa avaliação é preciso perceber, contudo, que sua argumentação era baseada nas melhorias da administração com a entrada das irmãs de caridade, trazidas segundo ele pelo Barão de Iguape, e das modificações nas instalações internas realizadas por ele mesmo.

Sua descrição da “série de melhoramentos” incluía espaços não apenas dedicados ao atendimento, mas também outros menos específicos, como portaria, capela, sacristia, salão de entrada, e também quarto de pacientes, corredores das enfermarias, etc. Sua lista ia além, incluindo compra de moringas, bacias, talheres, tecido, escarradeiras e outros itens. Seu olhar para os benefícios englobava quase sem distinção espaços de administração, gerenciamento e armazenamento e espaços de complementação do trabalho médico, assim como espaços assistenciais. Descrevia estes diferentes propósitos como uma só benfeitoria:

Como benefícios inteiramente novos e acrescentados citarei além da rouparia, um depósito de cadáveres, feito fora do edifício com saída independente, e que por si só representa uma vantagem moral e material de subido valor, uma sala de operações, o encanamento de água e gás, e o ajardinamento dos terrenos adjacentes e pertencentes ao Hospital, que não só aformosou o edifício como transformou suas condições higiênicas, pois aquilo que é hoje um lindo jardim era d’antes um depósito de imundices e o lugar de despejo das enfermeiras.²⁸

Quanto ao tratamento oferecido em sua atividade médica a única especificação era relativa à divisão dos pacientes. Suas medidas refletiam maior preocupação com as dificuldades administrativas, já que as questões relacionadas a doenças e suas especificidades não eram problematizadas:

Tenho mantido no serviço das enfermarias uma divisão muito sucinta com o fim de não aumentar o pessoal de serventes, o que indubitavelmente sucederia se tivéssemos de subdividir a classificação dos doentes. Encontra-se pois no Hospital dois grandes grupos de enfermos; os homens e as mulheres, que obrigaram a ter um enfermeiro e uma enfermeira.²⁹

Tal argumentação foi utilizada pelas duas figuras, a do provedor e a do médico, de forma aparentemente antagônica, contudo com significado

²⁸ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.102.

²⁹ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.103.

complementar. O que para o médico era apresentado como esforço pessoal em prol da instituição, para o provedor interino era argumento para alicerçar outra demanda, também empenho seu, por reorganização do atendimento em proveito das ações da Santa Casa.

A mesma indicação de pouco pessoal atuando como corpo auxiliar e de enfermagem, para o provedor demonstrava dificuldades financeiras para contratação no velho hospital e para o médico indicava suficiência frente à pouca demanda de atendimento médico dentro do mesmo espaço. Tal atitude poderia aparentar um entendimento oposto da situação da atenção hospitalar, mas simplesmente demonstrou coerência quanto aos limites da intervenção médica e limites do atendimento no hospital ainda não reformado:

Por deficiência de acomodações não se procede entre os doentes a outra discriminação além da dos sexos. Grupam-se na mesma enfermaria: moléstias agudas às crônicas; contagiosas as que não o são; as que pedem diversidade de temperatura; as que mutuamente se repelem, se exacerbando quando se avizinham; circunstâncias todas susceptíveis de retardar, ou impossibilitar a cura. Aos afortunados que através de tantas barreiras atingem a convalescença, muitas eventualidades ainda aventuram a risco reputado maior que própria doença: a recaída. Não há tratamento rigorosamente adequado às susceptibilidades dessa melindrosa situação. No mesmo comportamento agonizantes e convalescentes: isto diz tudo.³⁰

O médico por seu lado acreditava que a existência de um único profissional era suficiente para o cuidado com o serviço, as taxas de mortalidade sendo dado que ele atribuía apenas aos próprios pacientes:

Deve-se atender que a mortalidade aliás sempre proporcionada ao número de enfermos cresce quando o número de moléstias graves aumenta por causa da constituição médica do momento como sucedeu neste último ano e que essa mortalidade é em grande parte devida à incúria dos doentes e à má deliberação de só procurarem o Hospital no último momento.³¹

Seguindo a lógica apontada em suas demandas o médico solicitava a ampliação de espaço para melhoria do sistema de ventilação, pois, em seu entendimento, “o que importa dizer (é) que sem a acração do edifício não há higiene possível”,³² e dizia isso após indicar avaliações sobre qual a direção e força dos ventos atuavam no terreno do hospital. Em segundo lugar pedia aumento do salário das funcionárias. O que se conclui, porém,

30 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.15.

31 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.106, (grifo do autor).

32 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Primeiro Relatório sobre a Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, 1875*, p.112.

é que mesmo com entendimentos diversos quanto às necessidades da instituição a doença encontrava, nas descrições daquelas duas autoridades, uma identidade miasmática e moralizante explícita.

Depois disso, com o novo hospital, verifica-se que as instalações da Santa Casa foram sendo ampliadas e novos serviços criados (**Imagen 2**). Um setor importante para a proposta de modernização do atendimento foi a inauguração formal em outubro de 1909 do Laboratório Anatomopatológico, juntamente com o necrotério há muito tempo solicitado, a cargo dos médicos Alexandrino Pedroso e Eduardo Marques.

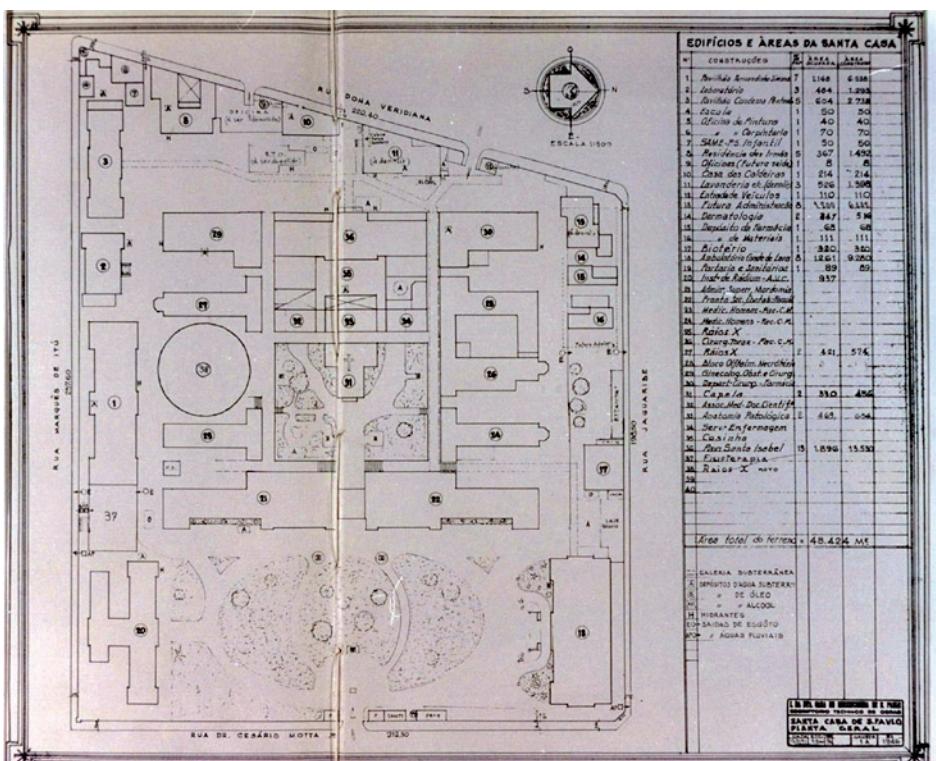


Imagem 2: Planta geral. Novas instalações situadas no quadrilátero formado pelas ruas Dona Veridiana, Jaguaribe, Dr. Cesário Motta e Marques de Itú; data da planta: 1946. Construções: 1- Pavilhão Fernandinho Simonsen; 2- Laboratórios; 3- Pavilhão Condessa Matarazzo; 4- Escola; 5, 6, 9- Oficinas; 7- PS Infantil; 8- Residência das Irmãs; 10- Casa das Caldeiras; 11- Lavanderia; 12- Entrada de veículos; 13- Administração; 14- Dermatologia; 15 e 16- Depósito da Farmácia; 17- Biotério; 18- Ambulatório Conde de Lara; 19- Portaria; 20- Instituto de Radium Arnaldo Vieira de Carvalho; 21- Mordomia; 22- Pronto Socorro; 23 e 24- Ambulatório – Medicina de Homens; 25, 27 e 38- Raio X; 26- Cirurgia de Tórax; 28- Bloco Oftalmológico e Necrotério; 29- Ginecologia, Obstetrícia e Cirurgia; 30- Departamento de Cirurgia; 31- Capela; 32- Associação Médica e Documentação Científica; 33- Anatomia Patológica; 34- Serviço de Enfermagem; 35- Serviços; 36- Pavilhão Santa Isabel, 37- Fisioterapia. Área total do terreno: 48.424m².

Fonte: Fonte: Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz – Faculdade de Medicina/USP.

Como limite final desse período de transformações o ano de 1910 marcaria o 25º aniversário do Hospital Central no bairro do Arouche (**Imagen 3**). A comemoração procurou rememorar todos os percalços das antigas instalações na Rua da Glória, das enfermarias no Largo da Misericórdia até o edifício em estilo gótico, e pavilhões isolados, do Hospital que naquele momento comemorava suas bodas de prata.

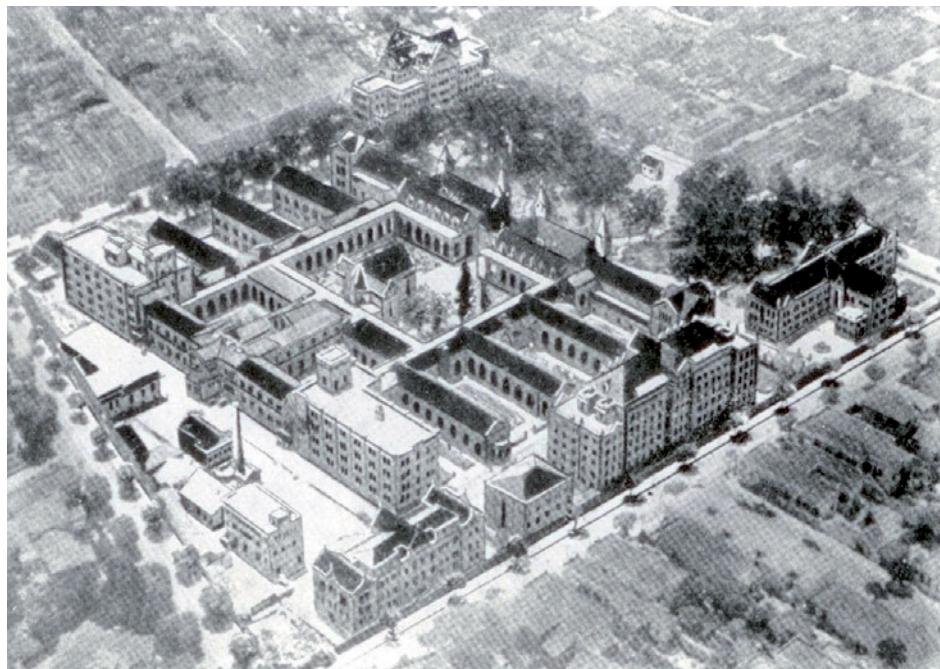


Imagen 3: Desenho das construções identificadas na planta geral, nomeado como “Quadrilátero antigo”; cerca de 1900.

Fonte: Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz – Faculdade de Medicina/USP.

Dos mais importantes personagens do período, o médico Arnaldo Vieira de Carvalho foi o segundo, mas efetivamente trabalhou como o primeiro diretor clínico do Hospital, tendo sido indicado no início do governo republicano para a direção do Instituto Vacinogênico.

Seu pai, como partícipe da Irmandade, o advogado Joaquim José Vieira de Carvalho, havia proposto em 4 de outubro de 1891 a criação do cargo de médico diretor. O primeiro indicado foi Carlos José Botelho, que por sua vez propôs a criação do cargo de vice-diretor, para o qual indicou

aquele que já atuava junto a ele e com outros médicos da instituição antes mesmo de formado, Arnaldo Vieira de Carvalho.³³

Arnaldo assumiu nesse período já interinamente o lugar de diretor. Em sua carreira foi considerado pela quase totalidade de seus contemporâneos *primus inter pares*, como anunciou um jornalista, da cirurgia contemporânea entre os brasileiros “com a precisão de sua técnica e as luzes de seu engenho, cercado de aparelhos perfeitos”³⁴ (**Imagem 4**).



Imagem 4: Médicos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 18.10.1906. Na primeira fila, quinto da direita para a esquerda, Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor clínico do Hospital Central; terceiro da esquerda para a direita, o diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, o médico Emílio Ríbas; a seu lado, Luiz Pereira Barreto – pátio interno da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no Bairro do Arouche.

Fonte: Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz – Faculdade de Medicina/USP.

Arnaldo imprimiu diversas modificações desde que assumiu a vice-direção em 1891 e a direção formal em 6 de maio de 1894. Em sua administração contratou diversos médicos e assistentes e reorganizou todo o atendimento médico. A partir de sua figura é possível acompanhar as medidas que contribuíram para configurar as alterações no entendimento dos processos de saúde e doença nos espaços médicos mais importantes de São Paulo naquele momento, e verificar que a adoção da medicina pasteuriana como princípio norteador foi processo extenso:

33 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Livro de assentamento de funcionários*, s/d.

34 Revista Médica de São Paulo, ano 1, n.2, p.111-112, julho de 1910.

O atual edifício da Santa Casa, o hospital central iniciado em 1881 depois de estudos e negociações entabuladas desde 1871. Coincidiu sua fundação com acontecimentos revolucionários na ciência médica. Começavam as primeiras manifestações da cirurgia listeriana, consequência e repercussão lógica das descobertas de Pasteur na evolução da medicina. O edifício que então se iniciava naturalmente se ressentiu da luta entre a antiga e a nova concepção do hospital.³⁵

Seu discurso fazia referência imediata ao projeto do prédio, que ao atender às exigências do prelado responsável, obedeceu ao estilo gótico para sua construção. Tal fato repercutia na disposição interna de enfermarias e serviços que não seriam plenamente eficientes para o atendimento conforme críticas de vários médicos. A discordância desdobrou-se na intervenção de outros arquitetos para a construção de pavilhões anexos, como o reputadíssimo Teodoro Ramos.

A adoção dos últimos achados em bacteriologia produzia reflexos no atendimento realizado nos espaços da Santa Casa e foi um processo incentivado por Arnaldo em diferentes momentos e situações. Porém na defesa do trabalho dos primeiros médicos, não afinados especialmente com aquela proposta, atribuiu a esses uma conduta modernizada que dificilmente se confirma nos escritos dos próprios, a lembrar os textos de Caetano de Campos. Segundo Arnaldo:

O Hospital deixava de ser o recolhimento, onde se abrigavam os miseráveis sofredores para, com conforto e em estado de graça esperar o desenlace natural de qualquer morbidade que tornava qual hoje é, o campo de luta em que se disputa encarniçadamente vítimas à morte. Em tal conjuntura só a ação enérgica de um médico, espírito desrido de misticismo poderia orientar a nova construção, infelizmente tal não aconteceu e disso sentimos as consequências (...). A voz de dois vultos da medicina paulista levantou em defesa dos ideais sacrificados. Caetano de Campos e Guilherme Ellis, então médicos da irmandade, foram os paladinos da escola listeriana e bateram com denodo contra as disposições viciosas adotadas. Conseguiram o isolamento do teatro cirúrgico e dos pavilhões. Era alguma coisa, mas não era tudo. Descontentes, retiraram-se os dois médicos.³⁶

Ao desfilar nomes daqueles primeiros médicos, cirurgiões antes de tudo, Arnaldo construía a linhagem da qual ele mesmo figuraria naturalmente como continuador do trabalho de tais figuras. Sendo o herdeiro profissional de renomados mestres, podia ele assumir, com cerimônia, o lugar de mestre de transformações que atingiam as atividades do Hospital da Santa Casa, lugar pelo qual estava sendo reconhecido também por seus pares:

35 CARVALHO, Arnaldo Vieira de. Discurso. *Archivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia. A Santa Casa. Suas bodas de prata*. Ano 1, p.109-122, julho de 1910.

36 CARVALHO, Arnaldo Vieira de, Discurso.

Apareceram então na área Carlos Botelho e Nicolau Vergueiro. Esses nada puderam modificar na construção do novo hospital. Dirigiram seus esforços para a implantação da nova escola médica e, em curto espaço de tempo, em companhia de Luiz Barreto, aclimaram em nosso meio a antisepsia e a assepsia. Estavam vencidas as maiores dificuldades. Depois disso vem nosso hospital, com o impulso recebido, se desenvolvendo naturalmente até o seu vigésimo quinto aniversário.³⁷

Depois desta reorganização total, da cidade, da prática médica hospitalar e da forma de inserção do atendimento institucionalizado da doença, os médicos presentes à comemoração tenderam em seus discursos a eleger a figura de seu coordenador, e portanto apenas a eles mesmos como categoria profissional, como aquele que conduziu aquele processo ao mais completo sucesso. Os que discursaram – partícipes da administração do Hospital Central, o próprio Arnaldo Vieira de Carvalho; um médico dos primeiros tempos, Guilherme Ellis; Rubião Meira, chefe de clínica; e pela Irmandade o advogado Frederico Vergueiro Steidel – apelaram para a dedicação de Vieira de Carvalho. Desconsideraram assim o conjunto mais abrangente de ordenamentos e reordenamentos, da medicina e daqueles que com seus próprios corpos povoaram os novos espaços hospitalares da cidade.

Conclusão

Algumas discussões ficaram fora das pretensões deste artigo. Não foram discutidas a fundo as modificações na organização tanto administrativa quanto da prática do atendimento nas dependências da Santa Casa. Sugiro que buscassem o aparelhamento condizente da instituição com um conjunto de mudanças de diversas ordens. Alterações nos contornos do espaço urbano, seus habitantes, sua geografia, suas demandas, modificações externas ao atendimento hospitalar, mas que continuavam nos espaços internos: nos profissionais e nas funções exercidas, no entendimento das doenças, nos médicos, corpo de enfermagem e auxiliares.

Não foram debatidas com a extensão que mereciam também as próprias concepções de doença, intervenção e cura. Esses temas são o que poder haver de mais diverso, tendo em vista as diferenças entre as especialidades, suas formas de prática, configuração, autonomia e vigor. A intervenção cirúrgica era uma dessas áreas em que o médico Arnaldo Vieira de Carvalho tanto atuou e que esteve sempre entre suas preocupações e que, como resposta a demandas de inovação e redefinição da profissão, indica uma fonte de numerosos debates.

³⁷ CARVALHO, Arnaldo Vieira de. Discurso, p.114.

O que se pretendeu perseguir foi antes de tudo a ligação do atendimento médico clínico com as transformações urbanas no estado paulista, com força e amplitude comparáveis às demandas sanitárias ligadas às doenças epidêmicas. Tal tema é central na historiografia, que não coloca em questão normalmente a própria reconfiguração da prática médica, exercida institucionalmente como até então não havia sido.

Aponto aqui para a construção do hospital em 1885 como marco nas funções da própria Santa Casa. Estaria conjugado nesse movimento, representado com pompa e circunstâncias pela comemoração dos 25 anos do Hospital Central, a administração republicana da saúde, evidenciada antes de tudo pelos auxílios financeiros fornecidos à instituição; a filantropia caracterizada pelo incentivo da elite paulista para o atendimento coletivo da nova mão de obra trabalhadora e a hegemonia científica do corpo de médicos locais no entendimento e aplicação dos preceitos microbiológicos sobre doença, contágio, prevenção e profilaxia.

Estado, filantropia e assistência se configuraram em São Paulo, portanto, como um conjunto, caracterizado em ações, atitudes e entendimentos que se realizaram primeiro como forma de construção de atendimento coletivo para grupos sociais cada vez maiores, inicialmente imigrantes, mas rapidamente também para a população em geral, da capital e de outros municípios.

Em segundo lugar tais contornos foram assentados em ações realizadas em parcerias estabelecidas a partir de elementos sociais, econômicos e políticos, entre governo, entidades religiosas e grupos particulares, estes representantes de segmentos econômicos, notadamente de cafeicultores e nova burguesia em ascensão.

E em terceiro lugar a doença em sua multiplicidade atuou como amálgama entre Estado e filantropia, substituindo a caridade pelo entendimento especializado da medicina a partir de novos grupos de cientistas-médicos ou de médicos feitos cientistas.