

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
NÍVEL DOUTORADO

DANIEL OLIVEIRA

“OS FACULTATIVOS SÃO OBRIGADOS A DECLARAR [...] COR, [...] MOLÉSTIA”:
MORTALIDADE, ATUAÇÃO MÉDICA E PENSAMENTO RACIAL EM PORTO
ALEGRE, NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX

PORTO ALEGRE

2018

DANIEL OLIVEIRA

“OS FACULTATIVOS SÃO OBRIGADOS A DECLARAR [...] COR, [...] MOLÉSTIA”:
MORTALIDADE, ATUAÇÃO MÉDICA E PENSAMENTO RACIAL EM PORTO
ALEGRE, NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor em História, pelo
Programa de Pós-Graduação em História da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientação: Profa. Dra. Regina Célia Lima Xavier

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Daniel
"OS FACULTATIVOS SÃO OBRIGADOS A DECLARAR [...] COR,
[...] MOLÉSTIA": MORTALIDADE, ATUAÇÃO MÉDICA E PENSAMENTO
RACIAL EM PORTO ALEGRE, NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO
XI / Daniel Oliveira. -- 2018.
369 f.
Orientador: Regina Célia Lima Xavier.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Porto
Alegre, BR-RS, 2018.

1. Medicina. 2. Causas de morte. 3. Raça. 4.
Condição social. 5. Escravidão. I. Célia Lima Xavier,
Regina, orient. II. Título.

DANIEL OLIVEIRA

**“OS FACULTATIVOS SÃO OBRIGADOS A DECLARAR [...] COR, [...] MOLÉSTIA”:
MORTALIDADE, ATUAÇÃO MÉDICA E PENSAMENTO RACIAL EM PORTO
ALEGRE, NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em História, pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 2 de outubro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Rivair Macedo (UFRGS)

Prof. Dra. Maria Marta Lobo Araújo (Universidade do Minho - Portugal)

Prof. Dr. Paulo Roberto Staudt Moreira (UNISINOS)

Prof. Dra. Tânia Salgado Pimenta (FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

A Profa. Regina Célia Lima Xavier, por toda atenção, dedicação, críticas, indicação de leituras e direcionamentos ao longo dos anos de orientação, postura e características que não se arrefeceram mesmo diante dos diversos problemas enfrentados durante este período. Este agradecimento comporta misto de admiração, carisma e muito respeito.

Ao Prof. José Rivair Macedo pelas dicas e críticas tão propositivas e criativas realizadas desde a leitura do texto de qualificação. A Profa. Maria Marta Lobo de Araújo, pelos aprendizados, sugestões de leituras e caminhos, por toda a atenção, disponibilidade e carinho, já desde o nosso primeiro contato, ainda em 2016. Ao Prof. Paulo Roberto Staudt Moreira, que desde a minha graduação se demonstra sempre disponível para escuta, sugestões, compartilhamento de fontes (algo tão raro neste mundo de individualismo competitivo exacerbado) e leituras e que, por tudo isso, marcou fortemente a minha trajetória. A Profa. Tania Salgado Pimenta, pela atenção, disponibilidade, sugestões de pesquisa e fontes, pelo acolhimento recebido desde os tempos de mestrado, quando visitei a FIOCRUZ.

A Profa. Véra Barroso e ao Centro Cultural Santa Casa, ao Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, ao Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul, Museu de História da Medicina, Biblioteca de História das Ciências e da Saúde, Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz e aos profissionais que atuam nestas importantes Instituições de Pesquisa. Ao Grupo de Pesquisa CNPQ *A experiência dos Africanos e seus descendentes no Brasil* e aos colegas envolvidos. Ao GT História e Saúde da ANPUH-RS e aos colegas que dele fazem e fizeram parte. As Profas. Ana Paula Korndörfer, Beatriz Weber, Eliane Fleck, Helen Osório, Kaori Kodama, Sílvia Regina Ferraz Petersen, que sempre se demonstraram muito colaborativas. A Adevanir Aparecida Pinheiro e Comissão da Década Internacional dos Afrodescendentes e Núcleo de Estudos Afrobrasileiros e Indígenas – Unisinos, pelos aprendizados.

A Maria do Carmo Aguilar, pela amizade e trocas ao longo do mestrado e doutorado. A Cristiano Enrique de Brum, amigo e pesquisador sempre pronto à auxiliar. A Erlaine Maria Oliveira e Denise Oliveira por todo suporte e apoio neste período tão corrido e intenso. A Márcia Fernanda dos Santos, pelo estímulo e conversas que auxiliaram a expandir o olhar social sobre a tese. A Rafaely Reggiori pelo carinho, cuidado e grande incentivo nos momentos mais decisivos.

A todos que contribuíram para a realização desta pesquisa, obrigado!

RESUMO

Esta pesquisa analisou os registros de óbitos e a construção das informações de *causa de morte* e *cor*, enfocando a prática médica e o pensamento racial da medicina. Problematizou à compreensão das suas informações como dados que refletem, pura e simplesmente, a natureza biológica das doenças (e da morte), identificando as suas fragilidades. Como objetivos específicos, verificou: como estava prevista, do ponto de vista legal, a produção dos registros; quem eram os seus produtores; como estavam inseridos na sociedade e qual era o seu campo de ação e relação com os mais diversos grupos sociais; como estes fatores poderiam se refletir na atuação dos médicos na elaboração dos atestados de óbitos; a confiabilidade dos diagnósticos; as concepções médicas sobre doenças, ligadas aos grupos sociorraciais; se havia entendimento racializado sobre as doenças e se estas percepções influenciavam na definição das causas de morte. Como espaço geográfico e temporal, abordou a cidade de Porto Alegre, na segunda metade do século XIX. Em relação à perspectiva teórica, para a compreensão da medicina como ciência, aliou-se ao campo da *nova história da medicina* e *história sociocultural das enfermidades*, analisando-a como atravessada pelo meio social e cultural em que estava imersa contextualmente e, de forma semelhante, em relação ao entendimento das doenças e causas de morte. Dentro disso, para melhor compreensão da medicina como campo científico e dos seus agentes, fez uso dos conceitos de *campo*, *doxa* e *habitus* de Bourdieu (1997). Teve, como principal fonte os registros de óbitos produzidos e pertencentes a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Com estes registros foi criado um banco de dados abarcando período entre os anos 1875 e 1895. Como fontes secundárias que circundaram os registros de óbitos, destacam-se: legislações pertinentes aos registros, relatórios governamentais, exames de corpo de delito e post mortem, teses e outras produções da medicina do século XIX. Em relação aos aportes metodológicos para tratamento dos registros de óbitos, observou diversas técnicas trazidas por estudos demográficos e do campo da história da medicina e das doenças. Como principais resultados, identificou que os médicos, principais produtores das informações dos registros, encontravam-se afastados da população de um modo geral, o que possivelmente incorreria na fragilidade do diagnóstico da causa de morte, devido à ausência de conhecimentos progressos relacionados à saúde dos indivíduos. Além disso, o componente racial de entendimento das doenças, que se fazia presente no meio acadêmico-científico da medicina, juntamente com aspectos pertinentes ao *habitus* dos médicos e sua rede de atuação, também poderia interferir no exame e parecer final sobre a causa de morte. Do todo analisado, as causas de morte contidas nos registros demonstram-se como dados muito frágeis quando pensados como reflexo biológico da realidade, importando que sejam analisados como construtos sociais, permeados por visões e interesses que se encontram muito distanciados dos aspectos orgânicos e biológicos que, de fato, incorreram na morte dos indivíduos registrados.

Palavras-chave: medicina; causas de morte; raça; condição social; escravidão.

ABSTRACT

This research investigated the production and meanings of death records, mainly the information on the cause of death and color, having as central problem, to glimpse its weaknesses and potentialities for the study of mortality, under a perspective that also attentive to related aspects to the socio-racial groups status of the individuals who died. He sought more closely to ascertain: how legally planned the production of records; who were its producers; how they were inserted in the society and what was its field of action and relation with the most diverse social groups; how these factors could be reflected in the performance of physicians in the elaboration of death certificates; reliability of diagnostics; the medical conceptions about diseases, linked to the socio-racial groups; whether there was racialized understanding of disease and whether these perceptions influenced the definition of causes of death. As a geographic and temporal space, he approached the city of Porto Alegre in the second half of the 19th century. In relation to the theoretical perspective, for the understanding of medicine as science, allied to the field of the new history of medicine and socio-cultural history of the diseases, analyzing it as crossed by the social and cultural milieu in which it was immersed contextually and, in a similar way, in relation to the understanding of diseases and causes of death. Within this, for a better understanding of medicine as a scientific field and its agents, made use of the concepts of field, doxa and habitus de Bourdieu (1997). It had as main source the records of deaths produced and belonging to the Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. With these records, a database covering the period between 1875 and 1895 was created. As sources that surrounded the records of deaths, the following stand out: legislation pertaining to records, government reports, delinquency and post mortem examinations, theses and other nineteenth century medicine productions. Regarding the methodological contributions for the treatment of death registries, he observed several techniques brought by demographic studies and the field of the history of medicine and diseases. As main results, it was identified that physicians, the main producers of records information, were generally excluded from the population, which could possibly lead to a fragility in the diagnosis of the cause of death, due to the lack of previous knowledge related to the health of the patients. individuals. In addition, the racial component of understanding of diseases, which was present in the academic-scientific milieu of medicine, along with aspects pertinent to the habitus of physicians and their network of action, could also interfere in the examination and final opinion on the cause of death. From all analyzed, the causes of death contained in the records are shown as very fragile data when considered as a biological reflection of reality, considering that they are analyzed as social constructs, permeated by visions and interests that are far removed from the organic and biological aspects that, in fact, incurred in the death of registered individuals.

Keywords: medicine; causes of death; breed; social condition; slavery.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Crescimento populacional em Porto Alegre (1875 a 1900).....	107
Gráfico 2: Mortalidade em Porto Alegre – Índices de óbitos por 1.000 hab. (1880-1900)....	156
Gráfico 3: Internações na SCMPA entre os anos de 1880 e 1895.....	158
Gráfico 4: Porcentuais de óbitos na SCMPA considerando os totais anuais de internações, proporcional por sexo (1880-1884/1889-1896).....	159
Gráfico 5: Relação entre a utilização das denominações de cor branca, parda e preta (1875-1895).....	284
Gráfico 6: Cor x Grupos de causa de morte (1875-1895)	290
Gráfico 7: Condição de liberdade x Grupo de causa de morte (1875-1884).....	294
Gráfico 8: Cor x causas de morte (1875-1895)	301
Gráfico 9: Condição de liberdade x causas de morte (1875-1884)	302
Gráfico 10: Registros de varíola/epidemias x cor (1875-1895)	304
Gráfico 11: Registros de varíola x condição de liberdade (1875-1884).....	305

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Recorte da Planta da Cidade de Porto Alegre, 1839	73
Figura 2: Planta de Porto Alegre, 1888, destacando o Cemitério Municipal (retângulo azul) e o Hospital/Sede da Santa Casa de Misericórdia (círculo azul).....	74
Figura 3: Modelo de Guia de Sepultamento	79
Figura 4: Registro Eclesiástico de óbito. Trecho de página de livro - Paróquia Nossa Senhora das Dores - 1872.....	83
Figura 5: Livro de óbitos - Pessoas Livres (1877-1878)	84
Figura 6: Livro de óbitos - Escravos (1873-1881)	84
Figura 7: Interior Livro de óbitos - Escravos (1873-1881)	87
Figura 8: Livro de óbitos - Pessoas Livres (1877-1878)	88
Figura 9: Lista dos médicos atuantes em Porto Alegre (1885).....	103
Figura 10: Mapa geográfico do Brasil. Destaque para Porto Alegre, em vermelho.....	105
Figura 11: Mapa geográfico (satélite) destacando a localização de Porto Alegre (círculo) e Barra de Rio Grande (triângulo).....	106
Figura 12: Localização dos territórios negros de Porto Alegre	113
Figura 13: Vencimentos dos empregados.....	136
Figura 14: Atestado médico - 1854	171
Figura 15: Foto 84.	275
Figura 16: Foto 70.	277
Figura 17: Foto 36.	277
Figura 18: Foto 51.	278
Figura 19: Foto 14.	278
Figura 20: Foto 35.	279
Figura 21: Foto 23.	279
Figura 22: Foto 58.	280

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quantificação dos registros de óbitos por anos	91
Quadro 2: Óbitos agrupados por faixas etárias.....	92
Quadro 3: Principais naturalidades.....	93
Quadro 4: Naturalidades sistematizadas.....	94
Quadro 5: Condição de liberdade x denominação de cor (1875-1895).....	282
Quadro 6: Denominação de cor x condição de liberdade (1875-1895).....	282
Quadro 7: Nacionalidade x denominação de cor (1875-1895).....	283
Quadro 8: Denominação de cor x nacionalidade (1875-1895).....	283
Quadro 9: Denominação de cor x condição de liberdade (1875)	283
Quadro 10: Condição de liberdade x denominação de cor (1875)	283
Quadro 11: Cor x causas de morte (1875-1895)	300
Quadro 12: Condição de liberdade x causas de morte (1875-1884).....	301
Quadro 13: Registros de varíola/epidemias x cor (1875-1895).....	304
Quadro 14: Registros de varíola x condição de liberdade (1875-1884).....	305

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Mortalidade de escravos em Porto Alegre, por ano e sexo (1850-1885)	110
Tabela 2: Médicos atuantes em Porto Alegre entre nos anos de 1883 e 1885	118
Tabela 3: Relação dos profissionais habilitados perante a Inspectoria de Hygiene de Porto Alegre - 1886	119
Tabela 4: Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa - Total de internações (1881-1892).....	160
Tabela 5: Registros de óbitos distribuídos por grupos de causas de morte	174
Tabela 6: Denominações de cores distribuídas por anos (1875-1895).....	273
Tabela 7: Cor x Grupos de causa de morte (1875-1895).....	290
Tabela 8: Condição de liberdade x Grupo de causa de morte (1875-1884)	293
Tabela 9: Cor x Grupos de causa de morte (1875-1884).....	297

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS	12
1.2 JUSTIFICATIVA E RECORTE TEMPORAL E ESPACIAL	16
1.3 A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DENTRO DA ÁREA TEMÁTICA	19
1.4 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA	37
1.5 ESTRUTURA DA TESE	46
PARTE 1: A CONSTRUÇÃO DOS REGISTROS DE ÓBITOS E PARTICIPAÇÃO MÉDICA	48
2 OS REGISTROS DE ÓBITOS.....	48
2.1 A PRODUÇÃO DOS REGISTROS DE ÓBITOS.....	50
2.2 OS REGISTROS DE ÓBITOS, A CONSTRUÇÃO DAS SUAS INFORMAÇÕES E OS SEUS TRÂMITES EM PORTO ALEGRE	64
2.3 OS REGISTROS DE ÓBITOS, SUA MULTIPLICIDADE E CONTEÚDO	82
3 PRESENÇA E ATUAÇÃO MÉDICA EM PORTO ALEGRE	103
3.1 A SOCIEDADE PORTO-ALEGRENSE: SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX ..	104
3.2 O CAMPO DA ATUAÇÃO MÉDICA	117
PARTE 2: A PRÁTICA DOS EXAMES DE ÓBITOS E A PERSPECTIVA SOCIORRACIAL DA MEDICINA.....	171
4 A PRODUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS.....	171
4.1 A CAPACIDADE E PRECARIIDADE INFORMATIVA DOS REGISTROS DAS CAUSAS DE MORTE	173
4.2 A PRÁTICA DOS EXAMES.....	192
4.2.1 Os exames de corpo de delito.....	195
4.2.2 Os exames <i>post mortem</i>	201
5 MEDICINA, ENSINO, RAÇA, DOENÇAS E CAUSAS DE MORTE	224
5.1 ENSINO MÉDICO, CIÊNCIA E RAÇA	225
5.1.1 Ensino médico no Brasil.....	225
5.1.2 Raça e ciência	229
5.2 PRODUÇÕES DA MEDICINA E PENSAMENTO RACIAL	235
5.2.1 Produções acadêmico-científicas, raça e classificações raciais	238
5.2.2 Registros de óbitos e o sistema de classificação racial.....	270

5.2.3 Registros de óbitos e a relação cor e causa de morte.....	288
6 CONCLUSÃO.....	311
REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS	328
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	339
ANEXO – AUTO DE AUTÓPSIA DE PAULO MASSA	366

1 INTRODUÇÃO

A grande questão do estudo da “raça” não está na classificação racial, mas na maneira como se constroem as diferenças e os pressupostos assumidos sempre dentro de hierarquias de valor. Devemos ter em mente que os efeitos da “raça” na saúde não são devidos à classificação racial, mas às noções de superioridade inerentes ao racismo, e que as consequências psicossociais e econômicas decorrentes do preconceito e da discriminação racial são causas fundamentais da desigualdade em saúde¹.

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS

A declaração do óbito, expedida por médico diplomado autorizado pelo governo brasileiro, é requisito obrigatório para a realização do sepultamento, na atualidade. Dentro desse documento, a *causa mortis* e a informação do quesito raça/cor, aferidas e redigidas pelo médico, são utilizadas para a composição de indicadores de saúde, monitoramento das condições de saúde da população, avaliação e implementação de políticas públicas de saúde, e ainda, realização de pesquisas nos mais diversos campos científicos. Observamos, assim, parte da grande importância que a declaração do óbito, a causa de morte diagnosticada e as informações de cor e raça representam para os campos social, político e de pesquisa (e poderíamos enumerar tantos outros). Dentro disso, lancemos questionamento que muito se relaciona com a pesquisa aqui realizada: quais seriam as consequências de um ou vários erros de diagnóstico da causa, de acordo com os objetivos de uso dessas informações, conforme mencionado? E ainda, nessa esteira de pensamento, entendendo o médico como um agente social, estaria ele isento de concepções raciais, morais, culturais ao exercer o seu papel profissional?

Transportaremos estas questões para a segunda metade do século XIX, tendo como recorte geográfico a cidade de Porto Alegre, situada na região Sul do Brasil, capital do Estado do Rio Grande do Sul, já naqueles anos. Para este período, conforme verificado na historiografia, o mundo dos funcionamentos legislativo e prático (principalmente este último) dos registros de óbito no Brasil do século XIX ainda se encontra enuviado em uma atmosfera de dúvidas e até mesmo desconhecimento, o que também ocorre, principalmente, sobre o papel dos médicos nestes trâmites.

¹ LAGUARDIA, Josué. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. *Physis*. 2004 Jul; 14(2):197-234. p. 223.

Acrescenta-se a isso as implicações ocasionadas pelas dificuldades intrínsecas ao processo de exame *post mortem*, no que se refere ao aferimento da causa de morte, e ainda, a possível influência do pensamento racial na medicina, ao compreender as doenças e grupos sociais, processo que se intensificava naquele período. Esse conjunto de fatores, ainda obscuros e pouco trabalhados na historiografia que tem a mortalidade como tema central ou secundário, gera uma série de dificuldades aos pesquisadores que empregam registros de óbitos para os seus estudos. Alerta-se, ainda, que a ausência de olhar mais cuidadoso para estas questões pode acarretar interpretações e resultados equivocados nas pesquisas empreendidas, principalmente, quando a causa de morte contida nestes registros é entendida pura e simplesmente como ocorrência de expressão biológica, ou ainda, inequívoca diante do olhar científico da medicina, o que minimizaria, assim, possíveis erros de diagnóstico.

Tendo em vista este horizonte, nesta pesquisa analisamos os registros de óbitos e, principalmente, a construção das informações de *causa de morte* e *cor*, enfocando a prática médica e o pensamento racial da medicina, este último, entendido como linha teórica daquela ciência para compreender doenças e grupos sociais. Como problemática central, investigamos como esta forma de pensar doenças, raças e grupos sociais influenciava o diagnóstico da causa de morte e a confecção do registro de óbito, ocasionando fragilidades quanto à compreensão das suas informações como dados que refletem a natureza biológica das doenças (e da morte). Exposto desse modo, o problema enfoca questões de caráter teórico-metodológico quanto à abordagem, tratamento e entendimento desta fonte e das suas informações em pesquisa.

Ressaltemos que, para esta tese, os registros de óbitos são ao mesmo tempo objeto e fonte de pesquisa. Também como objeto de estudo, interligado à fonte, vislumbramos a medicina brasileira e os seus agentes (médicos). Estes, são compreendidos como expoentes da camada socioeconômica mais abastada, *branca* e, por consequência, reprodutores e condutores das aspirações daquela elite, da sua forma de pensar a sociedade brasileira escravagista e o seu funcionamento, nos papéis a serem exercidos por cada grupo social, de acordo com as suas concepções raciais e morais².

² Ao longo da tese trabalharemos mais detidamente com esta concepção e com informações que a embasam, assim como, a definição dos conceitos de raça e moralidade, para o contexto desta pesquisa. Tal forma de conceber o campo da medicina e os médicos como classe profissional, social e política, expoentes das camadas socioeconômicas mais ricas, foi em grande parte impulsionada pelas ponderações e orientações realizadas por José Rivair Macedo como membro da banca de qualificação desta pesquisa. A classe médica seria, de forma conjunta, representante, criadora e condutora das aspirações da elite brasileira, branca, podendo ser entendida, do ponto de vista das diferenças raciais, como expoente fundamental da *branquidade*, de inspiração europeia. O conceito de *branquidade* se refere à imposição e manutenção da cultura e supremacia dos brancos sobre os negros, expressa através das mais diversas formas de racismo, que estão também ligadas à histórica e sistemática exclusão

Fomos, assim, orientados pelos seguintes objetivos específicos, agrupados pela natureza das suas preocupações: 1) como estava prevista, do ponto de vista legal, a produção dos registros e o papel dos seus produtores (médicos) na composição das informações requeridas pelos documentos? 2) como os médicos estavam inseridos na sociedade porto-alegrense da segunda metade do século XIX e qual era o seu campo de ação e relação com os mais diversos grupos sociais? Como estes fatores poderiam se refletir na atuação dos médicos na elaboração dos atestados de óbitos? 3) como eram realizados os exames de óbitos? Os diagnósticos de causa de morte e, conseqüentemente, os seus registros, demonstram que espécie de fragilidades? São fontes confiáveis no que diz respeito aos fatores orgânicos reais que ocasionaram a morte? 4) quais as concepções médicas sobre doenças, sob ponto de vista social e racial? Estas percepções poderiam influenciar na definição das causas de morte? Relacionar-se-iam a determinado grupo racial e/ou à condição de liberdade? E, finalmente, a título de conclusão: quais são as maiores fragilidades e, em contrapartida, os potenciais oferecidos pelos registros de óbitos e as causas de morte, como fonte de pesquisa para os estudos sobre mortalidade?

Como hipótese principal para tais questões, entendemos que os significados em torno da causa de morte e de outras informações trazidas pelos registros, tal como a *cor* dos indivíduos, estão mais ligados ao mundo social e a sua complexidade do que ao mundo biológico. Dessa maneira, tivemos como enfoque as características sociais que envolvem a fonte e os seus significados e, decorrente a isso, compreendemos os registros de óbitos como documentos que informam as causas de morte **atribuídas** aos indivíduos (sujeitas a erros de diagnósticos, a permeabilidade de entendimentos raciais etc.) e, conseqüentemente, as causas mais como construtos sociais e científicos (por sua vez mais ligados às diferentes condições de liberdade, raciais e socioeconômica) e menos como reflexo físico e biológico decorrente de doenças ou outros motivos de óbitos.

Ao identificarmos a estreita relação entre os médicos diplomados (e por consequência, da medicina como ciência) e a produção dos registros consideramos, ainda, que a medicina científica e a prática dos seus profissionais eram perpassadas, em menor ou maior grau, por ideias raciais que delineavam hierarquias conectadas às doenças e à condição social dos indivíduos, dividindo-os em grupos diferenciados, estabelecidos por sistemas classificatórios

econômico-social dos negros, na sociedade brasileira. Sob este ponto de vista, esta tese aborda a história do racismo, sob a ótica e pensamento dos brancos. Sobre o conceito branquitude, ver: PIZA, Edith. Porta de vidro: entrada para branquitude. In: CARONE, Iray e BENTO, Maria Aparecida da Silva (org.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

que consideravam, de forma interligada, condição de liberdade (posição social), origem (geográfica e étnica) e aspectos fisionômicos. Acreditamos, assim, que tal pensamento também estava presente, sob diversos modos, na atuação dos médicos diplomados no novo campo que se abria, legalmente, para aquela ciência e profissão na segunda metade do século XIX: a confecção da declaração do óbito, após a verificação da *causa mortis*.

No entanto, tal hipótese carece de uma ressalva, que se liga à posição teórica a qual se insere esta pesquisa: acreditar nessa relação não implica em ajuizarmos que a medicina científica como um todo tinha, *a priori*, um projeto de racialização de indivíduos, grupos e doenças, estigmatizando-os através dos significados e conexões por ela estabelecida. Acreditamos que essa compreensão e relação tenham sido construídas gradativamente, envolvendo processos complexos, ligados ao contexto social, econômico, cultural, às condições de vida e de liberdade, daquela realidade.

Mas o que são os registros de óbitos trabalhados por esta pesquisa? Tratam-se, mais precisamente, dos Livros de óbitos de pessoas livres e escravas (livros separados), pertencente ao Cemitério da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre³, que nos permitem a análise de 26.792 registros de óbitos⁴. Atualmente, essa documentação, que se encontra em estado de conservação razoável para crítico, está sob guarda do Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. De natureza serial, nas suas páginas estão registrados todos os óbitos das pessoas sepultadas naquele cemitério. Para o caso de Porto Alegre, o Cemitério da Santa Casa de Misericórdia concentrava os enterramentos legais ocorridos na cidade a partir de 1850 (reflexo da reforma cemiterial daquele período) e, por isso, reproduzia em seus livros todos os registros de óbitos realizados pelas paróquias, assim como do cartório público, que na década de 1880 iniciava as suas atividades.

A importância direcionada pelos pesquisadores a tal documentação não se resume, somente, à possibilidade de análise sobre as causas de morte. Os registros trazem, também, informações particulares sobre cada indivíduo, que auxiliam a identificar as diferentes posições sociais, de liberdade e econômicas⁵. Dessas, chamemos a atenção (para além da causa de morte) a informação da cor e a condição escrava, considerando que os escravos tinham livro específico para registro.

³ LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS ESCRAVAS (1873-1885). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. LIVROS DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1875-1900). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁴ A partir de banco de dados produzido por este estudo, com os óbitos registrados entre os anos de 1875 e 1895.

⁵ Porém, é claro que pessoas que gozavam de maior prestígio social, mormente, tinham os seus dados mais bem detalhados nos registros, ao contrário, por exemplo, do que ocorria com indigentes, que raramente são caracterizados para além de “um cadáver do sexo masculino ou feminino”.

Dentre as limitações da fonte podemos ressaltar as lacunas de informações para muitos dos registros e, principalmente, a descrição um tanto sucinta ou generalista das causas, conforme já identificado por historiadores do campo⁶. Paradoxalmente ao que antes foi trazido, outro problema é a grande possibilidade de os registros não abarcarem a totalidade dos óbitos ocorridos, se considerarmos os enterramentos irregulares. Além disso, tais documentos podem conter registros de indivíduos que não eram, necessariamente, moradores daquela cidade⁷, porém, as informações disponíveis a esse respeito não nos permitem mensurar a amplitude desses casos. Cientes dessas limitações, ressaltamos que o nosso enfoque está centrado mais na análise das informações da fonte (incluindo a sua produção) e menos na amplitude populacional dos dados, o que minimiza esse problema. Nesse sentido, a cidade de Porto Alegre será observada mais como local de produção das informações dos registros e, conseqüentemente, de atuação dos seus produtores, os médicos, do que a região de residência e vivência das pessoas que foram a óbito.

1.2 JUSTIFICATIVA E RECORTE TEMPORAL E ESPACIAL

Justificamos esta pesquisa com as seguintes motivações: a importância da compreensão mais aprofundada sobre a prática de registrar óbitos, a definição da causa de morte e cor, e ainda, sobre a relação que estas práticas estabelecem com o conhecimento médico do período e as suas concepções sobre doenças, compreensão da sociedade brasileira e pensamento racial. Em tempo, notemos que a relação entre medicina e concepções raciais se demonstra como temática viva e aberta para exploração, abordando questões que geram preocupações, discussões e ações para além do campo científico, produzindo reflexos na política e na prática social⁸ (inclusive, refletindo condições de saúde diferenciadas entre grupos populacionais).

⁶ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858). In: SIMERS/MUHM. *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: SIMERS/MUHM, 2009, p. 30.

⁷ Tal como alertado por Moura Filho, ao se debruçar sobre as fragilidades dos registros de óbitos para a pesquisa estatístico-demográfica. MOURA FILHO, H. Tratamento historiográfico de registros de óbitos. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul (orgs). *Uma História brasileira das doenças*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Mauad X, 2010.

⁸ FRY, Peter H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Mar 2007, vol.23, n. 3, p.497-507. MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. Qual “retrato do Brasil”? Raça, biologia, identidades e política na era da genômica. In: PINHO, Osmundo Araújo; SANSONE, Livio (organizadores). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2 ed. rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008. 447 p.

Dentro disso, analisando a historiografia sobre o tema, tivemos a oportunidade de buscar aprofundar a compreensão sobre os sistemas de classificação racial utilizados pela medicina em um contexto social, temporal, geográfico que ainda carece de estudos. E, relacionado a este último ponto, perscrutar a mortalidade em Porto Alegre na segunda metade do século XIX⁹, no entanto, sob a perspectiva aqui adotada, que propicia maior enfoque teórico-metodológico para o trabalho com as causas de morte relacionadas às condições de liberdade e informação da cor. Além disso, dentro da historiografia que fez uso de registros de óbitos (sejam eles eclesiásticos, cartoriais ou produzidos pelas Santas Casas que administravam cemitérios municipais), as informações da cor e da causa de morte foram trabalhadas de forma pouco problematizada, o que se acentua para o tratamento da cor e, talvez um pouco menos, para a causa de morte, como veremos através da historiografia consultada. Esta pesquisa oferece a oportunidade de avançar sobre esses entendimentos.

Em relação ao recorte temporal abordado, observemos que foi na segunda metade do século XIX o primeiro momento em que a medicina brasileira se ocupou, de forma mais intensa, sobre o tema raça nos seus estudos. Trata-se de um período em que - devido ao longo processo de abolição da escravatura e da conquista da liberdade, a cessação do tráfico escravo externo, a intensificação da imigração de povos europeus e asiáticos, o fim do Brasil Império e início da República - se delineava uma intensa luta de definição, conformação e modificação das identidades e lugares sociais, conforme explorado com profundidade por Hebe Mattos¹⁰. Neste contexto, a medicina acadêmico-científica, seus agentes e suas instituições desempenhavam papel importante por meio de suas pesquisas e práticas profissionais, tal como a definição da causa de morte no momento do óbito, bem como, da “cor” e de outras informações dos indivíduos que seriam sepultados. Como verificaremos, foi entre as décadas de 1870 e 1880 que os médicos assumiram, de modo oficial e definitivo, este papel nos trâmites relacionados aos registros de óbitos, na sociedade brasileira.

A temporalidade enfocada visa dar conta da segunda metade do século XIX, abarcando os últimos anos da escravidão e os primeiros pós-abolição, momentos intrinsecamente ligados a construção de teorias raciais no Brasil. Além disso, enfocando os livros de registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia, o período inicial de recorte da pesquisa se dá quando aquela

⁹ Destaquemos os trabalhos de Paulo Moreira e João Gabriel Toledo Medeiros, que em pesquisa de mestrado, orientado por Moreira, analisou a mortalidade por tuberculose em Porto Alegre, entre os anos de 1896 e 1924. MEDEIROS, João Gabriel Toledo. *A tuberculose em Porto Alegre, 1896 a 1924: um estudo de mortalidade*. Dissertação (Mestrado em História). São Leopoldo, UNISINOS, 2015.

¹⁰ MATTOS, Hebe. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista – Brasil século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1995.

Irmandade passa a administrar o Cemitério Municipal, tornando-se Instituição responsável por produzir os registros de sepultamento e reproduzir as informações pertinentes ao óbito. Este processo avançará pelo restante do século XIX. O corte final leva em consideração modificações pertinentes às concepções médicas em torno dos aspectos raciais¹¹, bem como, maior desenvolvimento técnico da medicina no Brasil e em Porto Alegre, quando também seria criada a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Conscientes disso, pensamos ser mais prudente não avançarmos mais no recorte, tendo em vista que os aspectos enfocados poderiam tomar formas diversas.

Dentro desse meio século, para análise mais detida sobre os registros de óbitos (como objeto de pesquisa e fonte), estabelecemos recorte específico para a construção do banco de dados que contém as informações dos óbitos, que vai de 1875 a 1895. Isso, tendo em vista que, neste período, temos disponíveis registros em bom estado de conservação e mais completos em informações sobre os indivíduos sepultados, principalmente constando a informação da *cor*, o que não ocorre de forma tão sistemática, para os anos anteriores. Desta maneira, também é possibilitada a análise relacional sobre os contextos da escravidão e do pós-abolição.

Considerando estes aspectos, devido à necessidade de analisar os registros de óbitos como construção ligada ao pensamento médico e racial, foi preciso realizar um jogo de escalas temporal (e também local), na pesquisa, dentro do período focado. Para tentarmos buscar as ideias que possivelmente permearam a formação dos médicos que atuavam em Porto Alegre, bem como, para melhor compreendermos a gênese das ideias racistas das décadas de 1870, 80 e 90 presentes nas produções da medicina, foi preciso recuar a análise das produções médicas, o que remontamos à década de 1850 (ou seja, também aproximada do início dos registros dos óbitos pela Santa Casa de Misericórdia), anos em que foram encontrados trabalhos significativos (desenvolvidos por médicos naturais do Rio Grande do Sul, inclusive) em torno dos temas enfocados. Esta escolha decorre da necessidade de se explorar o contexto formativo e de atuação dos médicos. Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi formada a maior parte dos médicos que atuaram em Porto Alegre, nos anos trabalhados. Assim, enfocaremos esta Faculdade como núcleo formador do pensamento racial e moral na medicina (buscando assim considerar o *background* de ideias que faziam parte da formação obtida em solo carioca) e, Porto Alegre, como local específico da prática profissional dos médicos. Neste sentido,

¹¹ Tais modificações, que ainda serão tratadas mais detidamente ao longo da tese, referem-se, principalmente, aos estudos que foram impulsionados por Nina Rodrigues na década de 1890, os quais aprofundavam as diferenças raciais, considerando a miscigenação e aspectos biológicos para além da cor da pele.

encerramos o exame sobre as produções médicas através do emblemático estudo sobre raças e crime, realizado pelo médico Sebastião Leão, residente em Porto Alegre, que data de 1897¹².

Além disso, dentre os diversos fatores que orientaram a escolha de Porto Alegre como recorte geográfico de análise, notemos o fato de se demonstrar como uma cidade caldeirão de grande multiplicidade étnica e com acentuadas diferenças entre as condições sociais e de liberdade dos seus habitantes: era relativamente populosa para o período, possuía número significativo de escravos, era polo receptor de imigrantes europeus das mais variadas regiões, também de libertos e descendentes de africanos, bem como, de pessoas das mais diversas etnias. Este cenário se torna fator importante para a observação dos registros de morte e exame das causas de morte sob ponto de vista relacionado às questões sociais e raciais.

Destacamos, ainda, como aspecto importante para a escolha de Porto Alegre, o fato desta cidade concentrar, em um mesmo cemitério e instituição, todos os sepultamentos realizados sob forma legal e, conseqüentemente, os seus registros, o que possibilita análise aprofundada, seriada e diversificada (em relação aos grupos sociais existentes) sobre as questões exploradas.

1.3 A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DENTRO DA ÁREA TEMÁTICA

Em relação à área temática da pesquisa que enfoca a mortalidade, estabelecemos estreita relação com a história das ciências e a demografia, que não raramente se interligam em estudos que se ocupam sobre a mortalidade e medicina. Se a história das ciências oferece, em grande parte, as perspectivas teóricas para os estudos sobre mortalidade, a demografia, por sua vez, sempre se demonstrou profícua em criar e orientar tratamentos metodológicos sobre os registros de óbitos. Desta maneira, quando tais campos são trabalhados de forma conjunta, avança-se um horizonte mais rico em aprofundamento de análise e tratamento das fontes envolvidas.

A história das ciências, marcada por diversas ênfases e múltiplos objetos de análise, foi trabalhada sob diferentes perspectivas teóricas ao longo da sua trajetória. De acordo com Flávio Edler¹³ os trabalhos pioneiros (iniciados na segunda metade do século XIX) foram conduzidos

¹² LEÃO, Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Leão, Diretor da Officina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. LEÃO, Sebastião. *Relatório do doutor Sebastião Leão, médico da polícia, anexo ao relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul*. (Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre). 1897.

¹³ EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh L-2-1998*. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011.

por médicos que, sem se preocuparem com métodos de análise apurados, procuravam estabelecer uma memória enaltecida e evolucionista da medicina, resgatando fatos, personagens e instituições. Como destacou Edler, a medicina, sob uma visão positivista e triunfalista da história, se torna expressão de “uma marcha progressiva do intelecto humano”¹⁴. Dessa visão evolucionista, Edler chamou a atenção para uma “herança positivista”¹⁵ que ainda se faz presente em muitos estudos, por vezes involuntariamente, principalmente no que toca à periodização da história da medicina, expressa pela dicotomia estabelecida entre o *anticientífico* x *científico*. Edler se refere à distinção que foi engendrada, por aqueles estudos, entre o paradigma galênico ou a variantes neo-hipocráticas (como uma fase *especulativa* da medicina) em relação ao saber médico fundado em “fatos positivos” e no “método experimental”, que teria como seu marco inauguratório, a descoberta das etiologias parasitárias e a teoria pastoriana das doenças¹⁶.

Ressaltamos que esta distinção, de certa maneira, também se faz presente na forma como a medicina se estabeleceu como ciência (certamente com o auxílio dos estudos memorialistas): está baseada no plano físico e natural, biológico, alheia a tudo o que é metafísico e dogmático, negando qualquer influência de caráter sociocultural nas suas explicações. Porém, não raras as vezes, acaba incorporando essas esferas para dentro das suas explicações biológicas, conforme bem analisado por Jay Stephen Gould¹⁷. Este aspecto, conforme já trazido, é de extrema relevância para esta pesquisa.

Já nas décadas de 1970 e 1980, o campo foi marcado por grande quantidade de análises baseadas na influência das ideias de Michel Foucault, principalmente, a que observa a medicina como instrumento de poder e controle, por meio do conceito de “*medicalização da sociedade*”¹⁸. Tal concepção teórica, deixou marcas profundas na historiografia brasileira. Roberto Machado¹⁹ foi pesquisador precursor no Brasil quanto ao uso desta teoria, ao

¹⁴ Ibid., p. 170. No texto de Edler poderão ser observados os principais autores e trabalhos dessa linha de estudos.

¹⁵ EDLER, op. cit., p. 171.

¹⁶ Conforme Edler, mesmo que autores mais recentes rejeitem essas narrativas históricas, muitos deles tiveram dificuldades para se desprender dessa herança, como nos casos de Luz (1982) e Stepan (1976). EDLER, op. cit., p. 172. Ver: LUZ, M. T. (1982) *Medicina e ordem política brasileira: 1850-1930*, Rio de Janeiro, Graal; STEPAN, N. (1976) *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a Política de investigação Científica e Médica*. Rio de Janeiro, Artenova.

¹⁷ GOULD, Jay Stephen. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

¹⁸ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. Id. Nascimento do hospital. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 99-111. Idem. O nascimento da medicina social. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 79-98.

¹⁹ MACHADO, R., et alli. *Danação da Norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

correlacionar as produções da medicina com o processo de constituição do Estado brasileiro, no século XIX. Ao avaliar esta perspectiva teórica a partir da pesquisa de Machado, Edler indica que o uso do conceito de medicalização da sociedade permitiu apresentar ligações imanentes entre práticas políticas e saberes médicos e, dentro disso, destacou o papel da medicina na “disciplinarização” da população urbana do Império²⁰. Um outro aspecto positivo dessa perspectiva foi a de romper com a imagem evolucionária da medicina criada pelas narrativas triunfalistas dos memorialistas.

A principal crítica de Edler a esta perspectiva está relacionada à utilização do instrumental teórico de Foucault, por Machado “sem mediações à sociedade patriarcal e escravista brasileira”. Edler também destaca a carência de embasamento empírico para as conclusões de Machado, que tomou como “dado relevante da realidade social o que não passava de um projeto defendido por segmentos da corporação médica”²¹.

Marco Chor Maio²² aprofundou esta compreensão ao criticar a visão de Sidney Chalhoub²³ sobre as políticas higienistas de saúde pública da segunda metade do século. De acordo com Chalhoub, estas políticas teriam sido planejadas e executadas sob viés classista e racista, conduzido pela elite brasileira, também visando o branqueamento da população²⁴. Um dos pontos de maior inconsistência dessa visão (que se incluiria em um processo de *medicalização social*) é evidenciado pelos recursos “irrisórios destinados à saúde pública” naquele período, conforme demonstrou Maio²⁵, por meio de dados ilustrativos e representativos, a partir de pesquisa de José Murilo de Carvalho²⁶.

Apesar de Maio se deter sobre as políticas higienistas, criticando o seu suposto objetivo classista e racial (conforme pensado por Chalhoub), também encontraremos neste autor perspectiva teórica importantíssima, que enfatiza a relação entre o pensamento médico e o uso de teorias raciais para explicar as doenças. Maio destaca, através de diversos argumentos, que o pensamento racista e classista não era fator preponderante para a condução e objetivos das

²⁰ EDLER, op. cit., p.174.

²¹ Ibid., p.174.

²² MAIO, Marcos Chor. Raça, Doença e Saúde Pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura. (Orgs.). *Raça como Questão: História, Ciência e Identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 51-83.

²³ Contida, principalmente, no último capítulo do seu estudo clássico: CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

²⁴ O argumento de Chalhoub indica que as políticas públicas de saúde teriam enfatizado o combate à febre amarela (tratada como uma doença de imigrantes brancos) em detrimento à tuberculose (doença de negros). No decorrer do texto, trataremos esta questão de forma mais detida.

²⁵ MAIO, op. cit., p. 71-73.

²⁶ CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial; Teatro de sombras: a política imperial*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. 459 p.

políticas de saúde, assim como da medicina, quanto campo científico. Porém, o autor não nega que o “polifônico campo médico da segunda metade do século XIX não estava imune a argumentos embasados no determinismo racial”²⁷. Sendo assim, de acordo com Maio, tampouco existiria nos estudos médicos a “ausência de uma terminologia racial”²⁸ como trouxe Chalhoub, o que pode ser identificado através de diversas produções médicas, inclusive, sobre a imigração chinesa, que para Maio, é um caso exemplar neste sentido²⁹.

A partir desse recente redirecionamento de olhar, delineiam-se perspectivas importantes para a condução desta pesquisa. Da crítica de Edler a Machado e de Maio a Chalhoub, a de atender para a análise sobre como os discursos raciais produzidos internacionalmente foram compreendidos e utilizados por médicos brasileiros, dentro do seu contexto social e político, de profunda miscigenação étnico-racial. Procuraremos assim, principalmente a partir da análise de teses médicas, compreender como as teorias raciais foram apreendidas e utilizadas pelos médicos brasileiros, dentro do seu cenário de formação e condução das pesquisas. Também procuraremos, a partir desta percepção, cotejar estes aspectos com a prática médica de diagnosticar a causa de morte e registrar os óbitos, tendo em vista que, para além da causa, a menção à cor – entendida nesta pesquisa como uma classificação sociorracial – possuía papel importante na conformação dos registros de óbitos, ao explorarmos os seus significados sociais e raciais.

Do segundo destaque realizado sobre as críticas realizadas por Maio à pesquisa de Chalhoub entendemos, a partir do conjunto documental das produções médicas consultadas, que se a raça não era fator preponderante no pensamento médico da segunda metade do século XIX, exercia papel importante no campo teórico *polifônico* daquela ciência. Isso se daria, principalmente e, de forma mais concisa e direta, a partir da década de 1880. Para as décadas anteriores, recuando até 1850, concordamos com Chalhoub sobre a “ausência de uma terminologia racial”, mas isso, se pensarmos em um sentido mais explícito de referência às raças. No entanto, como ainda trataremos ao longo da tese, consideramos que as concepções raciais estavam lá presentes, ainda que em um nível não diretamente aparente.

Em síntese, dentro do que vimos até o momento, a história das ciências e da medicina enfrentou muitas modificações e profunda diversificação em relação aos temas abordados e perspectivas teóricas adotadas, principalmente, a partir da década de 1990. Esse conjunto de

²⁷ Ibid., p. 66.

²⁸ Em mais uma crítica à Chalhoub, tendo em vista que este autor indicou que muitas vezes os conteúdos raciais residiriam sob formas não tão aparentes, nos estudos médicos daquele período. Ibid., p. 66.

²⁹ Ibid., p. 66.

mudanças oportunizou a problematização do conhecimento já construído, bem como, a emergência de novos olhares e novas teorias e metodologias que culminaram com a rejeição de explicações que percebiam a medicina como um avanço racional do conhecimento, ou ainda, como campo homogêneo em termos de teorias e concepções sobre as doenças, inclusive, em um contexto geográfico específico. Gradativamente, desenvolveram-se perspectivas teóricas mais sofisticadas sobre a compreensão das doenças e mortalidade, que se demonstraram como peças-chave na concepção do problema desta pesquisa.

Diego Armus³⁰, ao produzir uma espécie de síntese sobre a historiografia das doenças, avaliou que as novas perspectivas avançam para além da dimensão biológica das enfermidades, abrangendo também as complexidades do mundo social, cultural, econômico, político, alargando a sua compreensão³¹. Por meio desta perspectiva, podemos compreender as doenças, assim como a ciência médica, como construções sociais e culturais³². Armus destacou três subcampos ou ênfases recentes da historiografia, que assim concebem as doenças e o próprio campo científico e de atuação da medicina (e de outras formas de cura, que não propriamente as empreendidas pela medicina como campo científico): a *nova história da medicina*, *história da saúde pública* e *história sociocultural das enfermidades*³³. A primeira, se contrapõe aos estudos memorialistas da medicina triunfante. Ocupa-se da análise de processos de desenvolvimento da ciência médica, estabelecendo diálogo contínuo com os contextos social, cultural, político, econômico etc. A segunda, mais aliada às ideias *Foucaultianas*, destaca a dimensão política da profissão médica e o Estado, dirigindo o olhar para as esferas de poder e intervenções na sociedade, observadas por meio da saúde pública. A terceira, analisa as doenças para além da sua compreensão biológica, conforme já destacado³⁴. O ponto de vista de análise tomado por esta pesquisa se alinha diretamente às perspectivas abordadas pela *nova história da medicina* e *história sociocultural das enfermidades*, mais especificamente, no que toca à forma

³⁰ ARMUS, Diego. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. In: Armus, Diego. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005. p.13-40. P. 13.

³¹ Conforme Armus, essa visão para além do entendimento puro biológico possibilitou “um repertorio de practicas y construcciones discursivas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina. Las enfermedades también pueden ser una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, canalizar ansiedades sociales de todo tipo, facilitar y justificar el uso de ciertas tecnologías, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos e proveedores de atención a la salud [...] Em otras palabras, razones particulares y coyunturas temporales enmarcan la vida y muerte de una enfermedad, su “descubrimiento”, ascenso y desaparición”. ARMUS, op. cit., p. 14.

³² BURKE, Peter. Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro. In BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992. GOULD, Jay Stephen. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

³³ ARMUS, op. cit., p. 13.

³⁴ *Ibid.*, p. 16-17.

de compreensão da medicina como ciência – atravessada pelo meio social e cultural em que está imersa contextualmente – e, de forma semelhante, em relação ao entendimento das doenças, que para este estudo se demonstra, principalmente, através do diagnóstico da causa de morte.

Há um número razoável de pesquisas que abordaram as causas de morte (e conseqüentemente as doenças) sobre grupos sociais específicos e, principalmente, no Brasil do século XVIII e XIX, enfocando a condição escrava. Da principal característica desses estudos ao analisar a mortalidade – que faz uso de métodos quantitativos - aliada à natureza serial das fontes utilizadas (registros de óbitos), decorre a aproximação da história das doenças e da medicina com a demografia. Os estudos sobre mortalidade se desenvolveram de forma acentuada a partir da década de 1970³⁵, interligando-se à história social e à demografia histórica³⁶. A demografia, permeada por métodos seriais, quantitativos e estatísticos, foi considerada já na década de 1970 como uma ciência dura, que pouco poderia auxiliar na apreensão da complexa realidade social dos indivíduos ou grupos populacionais em suas relações³⁷. Felizmente, tal visão arrefeceu ao final do século XX e, atualmente, pesquisadores ligados às abordagens recentes da história social e ao seu aparato teórico e metodológico, fazem uso dos métodos demográficos quantitativos e estatísticos³⁸, adotando postura multidisciplinar e transdisciplinar, o que oportunizou o refinamento de análises, teorias e metodologias acerca dos problemas estudados.

A análise da mortalidade sob perspectiva da história social é empregada, muitas vezes, como recurso para examinar questões em torno das condições sociais de vida de grupos populacionais específicos. Estas condições consideram diversos fatores socioeconômicos,

³⁵ Tal como identificado no estudo de Caio Prado Júnior: PRADO JR, Caio. História quantitativa e método da historiografia. São Paulo, *Debate e Crítica* (6), jul. 1975. Estes anos foram também marcados pelo vasto uso da quantificação, observando que a utilização deste método estaria ligada à euforia ocasionada pelos primeiros avanços da informática e às facilidades que esta nova ciência oportunizava para a pesquisa de dados quantitativos, principalmente, demográficos e econômicos.

³⁶ Demografia histórica: campo de estudos iniciado no Brasil por Maria Luiza Marcílio em 1968, com a pesquisa intitulada *La ville de São Paulo. Peuplement et population. 1750-1850*. Marcílio, que estudou por muitos anos na França, foi profundamente influenciada por demógrafos franceses. MARCÍLIO, Maria Luiza. *A cidade de São Paulo, povoamento e população: 1750-1850*. São Paulo, Pioneira, 1974. Entre outros pesquisadores importantes do campo, naquele período, encontra-se Iraci del Nero da Costa. Ver: NADALIN, Sérgio Odilon. *A demografia numa perspectiva histórica*. Belo Horizonte, 1994. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011.

³⁷ Em outras palavras, tal abordagem e seus métodos não dariam conta da *face humana* que constitui tais relações, tão cara para a história social. Um dos resultados desta concepção, foi o de relativo abandono ou secundarização de algumas fontes seriais, entre elas, os registros de óbitos.

³⁸ SCOTT, Ana Silvia Volpi. SCOTT, Dario. Análise Quantitativa de Fontes Paroquiais e Indicadores Sociais Através de Dados Coletados Para Sociedades de Antigo Regime. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 18, n. 1 (2013).

culturais, políticos, morais, entre outros, que atravessaram as experiências dos indivíduos e grupos em seus contextos de vida. Porém, conforme trazido de início, um grande problema identificado em grande parte desses estudos é a quase ausência de problematizações sobre os registros de óbitos e a construção das suas informações, entre elas as causas (diagnóstico) de morte identificadas nos registros. Não raro, nessas pesquisas, a causa da morte foi simplesmente tomada como reflexo da realidade, como um dado biológico, normalmente observado como ocasionado pela condição social da qual fazia parte, que teria resultado na morte de determinado indivíduo ou grupo. E é neste ponto que se demonstra o problema enfocado por esta pesquisa: as condições sociais de vida são deduzidas a partir de um dado pouco confiável e pouco problematizado, entendido como puramente biológico, decorrente da maior ou menor vulnerabilidade social. No entanto, paradoxalmente, a abordagem sobre os aspectos sociais se encerra neste olhar, raramente enfocando-os no sentido de compreender a construção da informação (da fonte e, é claro, da causa de morte).

Tratemos, agora, dos estudos que embasaram a perspectiva de análise desta tese e que, em decorrência, auxiliaram na ideação do problema de pesquisa e na sua forma de abordagem. Maria Luiza Marcílio³⁹, ao realizar um balanço dos estudos sobre mortalidade indicou que, para além de raros⁴⁰, a maioria dos estudos não teve a mortalidade como objeto central⁴¹. Desses, grande parte se concentrou no período Colonial, utilizando-se dos assentos paroquiais de nascimento, casamentos e óbitos, visando entender relações de compadrio e constituição de famílias⁴². Das pesquisas que trabalharam a mortalidade de forma mais detida, predominaram

³⁹ Trata-se de pesquisadora referência nos estudos de demografia histórica no Brasil. MARCÍLIO, Maria. Luiza. A demografia histórica brasileira nesse final de milênio. *REBEP - Revista Brasileira de Estudos de População*. V. 14, n. 1/2 (1997).

⁴⁰ Marcílio destaca os seguintes autores e trabalhos como mais qualificados dentro do campo: COSTA, Iraci del Nero da. Análise da morbidade em Minas Gerais: (1799-1801). *Revista de História*. São Paulo, 1976, p. 241-262. MATTOSO, Kátia; ATHAIDE, J. L. Epidemias e flutuações de preços na Bahia no século XIX. In: *L' Histoire quantitative du Brésil de 1800 a 1930*. Paris: CNRS, 1973. P. 183-198. MELLO, Pedro Carvalho de. Estimativa da longevidade dos escravos no Brasil da segunda metade do século XIX. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 13, 1983.

⁴¹ Marcílio indica diversos estudos que, mesmo não se detendo sobre a mortalidade, a exploraram de forma pontual: MARCÍLIO, Maria. Luiza. A demografia histórica brasileira nesse final de milênio. *REBEP - Revista Brasileira de Estudos de População*. V. 14, n. 1/2 (1997).

⁴² Esses estudos se desenvolveram juntamente com pesquisas estrangeiras especializadas em demografia histórica, o que possibilitou a qualificação de metodologias e técnicas demográficas para a análise de dados demográficos⁴². Desta bibliografia internacional rica em técnicas de análise de dados, destacam-se os estudos de demógrafos franceses, entre eles Jacques Dupâquier, referência no campo, e de pesquisadores portugueses, principalmente, do grupo CITCEM (Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória), que desde a década de 1970, até a atualidade, desenvolve elevada produção de pesquisas demográficas. Alguns exemplos, privilegiando a historiografia brasileira e do Rio Grande do Sul: MARCÍLIO, 1973. Op. cit. OSÓRIO, Helen. *Estrutura Agrária e Ocupacional*. In: Camargo, F., I. Gutfreind, et al. Colônia. Passo Fundo: Editora Méritos, v.1. 2006. BACELLAR, Carlos de Almeida. Prado. *Viver e sobreviver em uma vila colonial: Sorocaba, séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Annablume/Fapesp. 2001. KÜHN, Fábio. *Gente da Fronteira: família e poder no Continente do Rio Grande (Campos de Viamão, 1720-1800)*. 1ª. ed. São Leopoldo: Oikos, 2014. v. 1. 299 p.

as que se ocuparam sobre a condição escrava⁴³, sendo raros os que se detiveram sobre outros grupos sociais e, ainda mais, os que estabeleceram perspectiva comparativa entre diferentes grupos⁴⁴.

Nesse ínterim, salientamos que a falta do olhar comparativo pode limitar drasticamente o alcance da interpretação das informações de mortalidade sobre determinado grupo, tendo em vista a impossibilidade de perceber as características próprias ou extrínsecas dos óbitos de um grupo delimitado em relação ao todo. Ressaltemos que também são poucos os estudos que problematizaram as causas de morte, no sentido de melhor compreender o seu processo de construção. Analisemos mais detidamente tais aspectos, a partir dos estudos que nos serviram como referências-chave.

As pesquisas de Iraci Del Nero da Costa⁴⁵ e de Mary Karasch⁴⁶, ambas produzidas na década de 1970, conformam-se como os estudos pioneiros sobre mortalidade. Em Brasil⁴⁷, tais

⁴³ São exemplos mais recentes: BARBOSA, Keith Valéria de Oliveira. *Doença e Cativo: Um Estudo Sobre Mortalidade e Sociabilidades Escravas no Rio de Janeiro, 1809-1831*. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação de Mestrado. UFRRJ. REIS, Thiago de Souza. *Morte e escravidão: padrões de morte da população escrava de Vassouras, 1865-1888*. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em História). Centro de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro [2009]. VIANA, Iamara da Silva. *Morte escrava e relações de poder em Vassouras (1840-1880): hierarquias raciais, sociais e simbolismos*. 2009. 167 f. Dissertação (Mestrado em História Social) - Faculdade de Formação de Professores de São Gonçalo UERJ, [2009]. Destacamos, ainda, o Núcleo de Pesquisa em História Econômica e Demográfica (NPHEd), que se dedica a estudos sobre a estrutura e dinâmica econômica e demográfica mineira. Ver: NPHEd. Núcleo de Pesquisa em História Econômica e Demográfica. Disponível em: [http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/].

⁴⁴ São alguns dos estudos que analisaram comparativamente a mortalidade de grupos sociais distintos: BARRETO, Maria Renilda Nery. Entre brancos e mestiços: o cotidiano do Hospital São Cristóvão na Bahia oitocentista. In: MONTEIRO, Yara Nogueira (org.). *História da saúde: olhares e veredas*. Instituto de Saúde, 2010. BASSANEZI, Maria Sílvia Beozzo. *Imigração e mortalidade na terra da Garoa*. São Paulo, final do século XIX e primeiras décadas do século XX. XIX. *Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, São Pedro/SP. 2014.

⁴⁵ Incluindo o artigo já trazido por Marcílio. COSTA, Iraci del Nero da. Vila Rica: mortalidade e morbidade (1799-1801). In: BUESCU, M. & PELÁES, C. M. (coord.). *A moderna história econômica*. Rio de Janeiro, APEC, 1976. p. 115-127.

⁴⁶ Resultado de pesquisa de doutorado finalizada em 1972. KARASCH, Mary. *A Vida dos Escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo, Cia das Letras, 2000.

⁴⁷ Em relação aos estudos estrangeiros, verifica-se produção anterior e, talvez, mais especializada. Compartilhem alguns exemplos. Benjamin, ainda na década de 1960 se ocupou da higiene, saúde pública e mortalidade em cidades da Inglaterra e Gales, abordando e tratando as informações sob métodos estatístico-demográficos, assim como, de forma mais qualitativa, desdobrando a análise dos dados em subitens que contemplavam questões sobre moradia, alimentação, pobreza, doenças epidêmicas, maternidade e saúde infantil, o serviço dos hospitais etc. Um dos maiores méritos da pesquisa de Benjamin é o de trabalhar em conjunto dados quantitativos imersos em contextos específicos, inclusive, abordando comparativamente zonas rurais e urbanas, o que hoje ainda representa um terreno fértil para pesquisas na área. Outro exemplo é o estudo de Michael Haines que, em 1977, abordou a mortalidade nas cidades de Nova Iorque e Pensilvânia, sob perspectiva comparativa analítico-descritiva, seguindo complexos métodos estatístico-demográficos. Em sentido metodológico de tratamento e análise dos dados para os fins propostos, a pesquisa de Haines é de rara instrução, ao demonstrar a importância de utilizar intervalos de idades bem definidos, separando crianças e adultos, assim como, recém-nascidos dos demais grupos etários. Em Portugal, país em que os estudos sobre mortalidade ganham cada vez mais consistência e relevância no cenário mundial, principalmente, por meio do grupo CITCEM-GHP (Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória – Grupo de História das Populações), da Universidade do Minho. Tal cenário, conforme Baptista, ao realizar um histórico bibliográfico sobre a demografia em Portugal, teria suas bases estabelecidas por meio do trabalho *Demografia e Higiene da Cidade do Porto. Clima — População — Mortalidade, 1899* (sem constar o autor). CITCEM-GHP (Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória – Grupo de

estudos (principalmente o de Karasch) ainda se demonstram como os principais referenciais teóricos e metodológicos no campo, apesar do tempo decorrido desde as suas publicações.

Iraci del Nero da Costa, sob ótica pertencente à demografia histórica, analisou as principais causas de morte entre os segmentos populacionais de Vila Rica: os escravos, forros e livres. Sob abordagem estatístico-descritiva, procurou determinar as condicionantes socioeconômicas que estariam relacionadas à mortalidade daquelas populações. Costa, ao privilegiar a análise sobre as estruturas socioeconômicas, indicou que a ocorrência de doenças epidêmicas estaria associada à decadência econômica de Vila Rica⁴⁸. Outros aspectos em torno das populações estudadas (culturais, políticos etc.) e análises conceituais sobre as informações da fonte utilizada, incluindo doenças e causas de morte, não foram consideradas pelo autor. No entanto, este e outros estudos realizados por Costa⁴⁹ foram muito relevantes para a abertura do campo de estudos.

Karasch, por sua vez, empreendeu minucioso estudo sobre diferentes esferas do cotidiano de vida dos escravos urbanos no Rio de Janeiro, na primeira metade do século XIX. Em capítulo específico, empreendeu análise sobre a mortalidade dos escravos, preocupando-se em resgatar aspectos que indicassem as possibilidades sociais e econômicas de vida (condições de vida) daquela população. Utilizou como fonte registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, analisando de forma interligada doenças, causas de morte, origem (em alguns casos, etnicidade), idade, condição de liberdade e trabalho.

A partir da identificação das causas de morte, concluiu que as atividades de trabalho desenvolvidas pelos escravos, os alimentos que tinham acesso, as condições de moradia, os castigos impostos pelos senhores, entre outros fatores, impactavam decisivamente a mortalidade (e a ocorrência de doenças) da população escrava urbana⁵⁰. No entanto, assim como o estudo de Costa, as causas de morte analisadas por Karasch (que exerceram papel fundamental

História das Populações. Disponível em: [<http://www.ghp.ics.uminho.pt/>]. BAPTISTA, M. I. A demografia em Portugal: um percurso bibliográfico. *Análise Social*, XLIII (183), 2007. 539-579. BENJAMIN B. The Urban Background to Public Health changes in England and Wales 1900-50'. *Population Studies*, Vol. XVII No. 3. Mar. 1964 pp 225-248. HAINES, Michael R. Mortality in Nineteenth Century America: Estimates from New York and Pennsylvania Census Data, 1865 and 1900. *Demography*, Vol. 14, No. 3 (Aug., 1977), pp. 311-331.

⁴⁸ COSTA, op. cit., p. 125.

⁴⁹ COSTA, Iraci del Nero. *Vila Rica: população (1719-1826)*. Ensaios Econômicos, 1. São Paulo, IPE-USP, 1979. _____, *Populações mineiras: sobre a estrutura populacional de alguns núcleos mineiros no alvorecer do século XIX*. São Paulo, IPE-USP, 1981. 335 p.

⁵⁰ Conforme apontado pela autora, a pesquisa se daria imersa aos debates intelectuais das décadas de 1970 e 80, marcados pelo direcionamento de olhar mais cultural sobre o problema e temas pesquisados. Desta maneira, os dados foram explorados sob diversas esferas: social, cultural e econômica, procurando também trazer visão plural sobre as doenças e formas de cura, tanto dos senhores de escravos quanto da população escrava. KARASCH, Mary. Op. cit., p. II.

para as conclusões realizadas) foram tomadas como reflexo biológico do contexto social em que as populações estudadas viviam.

À parte do levantamento desses importantes aspectos para as nossas pretensões de pesquisa, o modelo de análise e metodologias adotadas por Karasch, ainda hoje, inspiram e norteiam a maior parte de estudos do campo, principalmente, no que toca à classificação das causas de morte e doenças. No entanto, por outro lado e como consequência, muitos dos novos estudos reproduzem as fragilidades relativas ao entendimento das causas de morte e de outras informações contidas na fonte, tal como a cor. Disso, também não há uma atenção detida sobre os aspectos sociais em torno das suas construções.

Porém, alguns pesquisadores, ainda que de maneira incipiente, vêm aprofundando e expandindo a exploração sobre a temática, problematizando as causas de morte, doenças e suas concepções, assim como outras variáveis das fontes utilizadas, aprimorando metodologias e teorias, detectando fragilidades não percebidas ou não tratadas anteriormente. Tratemos sobre algumas dessas pesquisas.

No estudo: “*Portanto, os senhores exigindo dos escravos mais do que podem, cometem homicídio*”: vida e morte de indivíduos cativos nos oitocentos através dos registros de óbito (Porto Alegre/RS)⁵¹, Paulo Roberto Staudt Moreira, precursor nos estudos sobre mortalidade escrava no Rio Grande do Sul, investigou a sociedade porto-alegrense no decorrer do século XIX (1820-1884). Empregou olhar que privilegia as condições de saúde e morte dos escravos, visualizando-as como reflexo das condições sociais de vida e trabalho, também considerando a conjuntura específica que envolvia os sujeitos naquele espaço e tempo (assemelhando-se a Karasch). Teve como fonte principal registros paroquiais de óbitos⁵².

Para o ponto de vista aqui focado, o principal aspecto tratado por Moreira foi o questionamento sobre as incertezas quanto aos diagnósticos das causas de morte mencionados na fonte, mormente descritos de forma sucinta, não padronizada ou genérica⁵³. Aprofundando a questão, fazendo uso de outras fontes, Moreira direcionou a atenção para o discurso médico do período que, conforme identificado, trazia consigo uma série de preceitos morais, religiosos

⁵¹ MOREIRA, Paulo Roberto S. “Portanto, os senhores exigindo dos escravos mais do que podem, cometem homicídio”: vida e morte de indivíduos cativos nos oitocentos através dos registros de óbito (Porto Alegre/RS). *Espaço Plural*, nº 22, 2010.

⁵² Assentamentos de óbitos dos escravos falecidos da Freguesia de Nossa Senhora Madre de Deus de Porto Alegre, 1820 e 1858.

⁵³ Também são apontadas como fragilidades: a heterogeneidade das anotações, pois, conforme o autor, “parecem estar sob o absoluto capricho dos párocos”; na idade, o problema se daria por ser definida mais pela aparência do indivíduo, as vezes indicando-o como muito mais velho (aparência fragilizada pelas condições de vida) do que realmente era; a problemática que envolve a identificação pela cor e, ainda, confundida com a origem dos indivíduos. *Ibidem*.

e comportamentais, na concepção sobre as doenças e a sua relação com o meio social. Verificamos, no estudo de Moreira, crítica aberta sobre os registros que, sistematicamente, seguiu para a maior problematização sobre o significado das doenças e causas de morte identificadas nos documentos, e ainda, também de acordo com o contexto social em que os indivíduos estavam imersos.

A partir desta percepção, fazendo uso dos registros que tinha em mãos, Moreira colocou em xeque determinados diagnósticos, principalmente os tidos como “genéricos”⁵⁴. Por exemplo, ao observar o registro de óbito do escravo “pardo Atanásio”, descrito como “por ferimentos”, investigou jornais e processos crimes do mesmo período, encontrando informações sobre Atanásio em jornal e processo crime, fontes essas que oportunizaram verificar que o escravo foi assassinado, por dois homens, de nacionalidade italiana.

É neste ponto em que outras informações trazidas nos registros se tornam fundamentais para a análise. A cor, a nacionalidade ou origem, a condição de liberdade e a idade auxiliam na identificação dos *lugares sociais* ocupados pelos indivíduos e se demonstram como aportes para a melhor compreensão sobre os significados em torno das causas de morte e doenças trazidas nos registros. Sob essa ótica, as causas de morte trazidas nos registros perdem, em parte, o foco principal e, a fim de superar as suas fragilidades, entram em cena as outras informações contidas nos registros, que podem possibilitar melhor percepção sobre as condições de vida dos indivíduos e grupos sociais, isso, por refletirem mais diretamente o mundo social do qual faziam parte. Neste ínterim, a “cor” deve ser considerada como informação mais permeada pelo mundo social do que biológico. De acordo com Moreira a “cor” significava, para muito mais além da coloração da epiderme, uma “identidade atribuída” e a proximidade (origem) do indivíduo ao continente africano, bem como, à condição de escravo⁵⁵.

No entanto, mesmo com as percepções oportunizadas pelo estudo de Moreira, persiste um problema: como descobrir o real diagnóstico para casos de morte em que não houve envolvimento das esferas policial e judicial, tal como as mortes não violentas ou que não ganharam espaço em jornais, que compõem a maior parte dos óbitos registrados, ao menos para as três últimas décadas do século XIX? A abordagem mais detida sobre o contexto social e pensamento sobre as doenças se demonstra imperativa.

⁵⁴ Também investigando, de maneira interligada, concepções raciais e morais do discurso médico sobre determinados indivíduos ou grupos estigmatizados.

⁵⁵ Certamente inspirado em Hebe Mattos. MOREIRA. Op. cit., p. 83. Ver: MATTOS, Hebe. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista – Brasil século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1995.

Neste sentido, a pesquisa de Kaori Kodama, Tânia Pimenta, Francisco Bastos e Jaime Bellido⁵⁶ nos oferece importantes percepções de análise. Os autores investigaram a mortalidade da população da cidade do Rio de Janeiro durante epidemia de cólera ocorrida entre 1855-1856, objetivando apreender as diferenças entre as condições de vida de indivíduos livres e escravos, levantando aspectos característicos da vida dos escravos urbanos⁵⁷. Como principal fonte, foram empregados os registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Deles, foi traçado o perfil sociodemográfico dos indivíduos, tendo como principal variável, a condição de liberdade. A abordagem dos dados foi conduzida por meio de análise quantitativa, atentando para o contexto. A inspiração teórica e alguns recursos metodológicos para o estudo, tal como a categorização das doenças e causas em grupos, foram buscados no estudo de Karasch⁵⁸.

Analisando os óbitos, os autores aprofundaram o debate sobre o discurso médico no que toca às concepções e ocorrência de determinadas doenças, indicadas como *doenças de negros*. Tratando especificamente sobre o cólera, fazendo uso paralelo de outras fontes como jornais, relatórios e teses médicas, destacaram o imbricamento entre discurso médico, epidemia, concepções raciais, condições de vida e liberdade e preceitos morais. De acordo com esses documentos - o que foi comprovado na verificação dos registros de óbitos - a maior parte dos acometidos pela doença foram os escravos e libertos, expressos nas demais fontes trabalhadas como “os pretos, os homens de cor”. Por meio destas outras fontes foi verificado que, como razão para justificar a alta mortalidade entre este grupo, os médicos destacavam as duras condições de trabalho as quais os “pretos” estavam submetidos, em conjunto do “desprezo” desta parte da população para com os preceitos básicos de higiene⁵⁹.

Muitas das causas especificadas pelos médicos poderiam exemplificar, de fato, parte da realidade vivida pelos escravos e pobres livres do período⁶⁰. Porém, tal realidade não se resumia àquelas situações. Conforme identificado pelos autores, de acordo com o olhar médico, a falta de higiene voltava-se mais para uma questão de escolha dos “pretos” do que pela falta das condições materiais, envolvendo uma série de “costumes viciosos”, como “excessos e abusos”

⁵⁶ KODAMA, Kaori et al. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. v. 19, supl. dez. 2012.

⁵⁷ Ibid., p. 66.

⁵⁸ KODAMA, op. cit., p. 66. Salientando que a fonte trabalhada pelos autores foi a mesma utilizada por Karasch.

⁵⁹ Ibid., p. 62.

⁶⁰ Tais como as condições de trabalho, a exposição direta ao clima quente e úmido, as habitações em locais insalubres e de alta concentração humana, alimentação de má qualidade e diversas outras privações.

praticados de forma constante, que estariam vinculados aos modos de viver daquela população⁶¹.

Eis um exemplo ilustrativo sobre como um diagnóstico, *a priori* biológico, é permeado por concepções sociais, morais e raciais: as doenças passam a ter *cor* e condição de liberdade, o que poderia influenciar os diagnósticos de causa de morte. A perspectiva tomada pelos autores ilustra a complexidade envolvida na abordagem da temática ao considerar que a mortalidade e as suas causas estão intrinsecamente ligadas aos aspectos sociais e raciais.

Outro estudo fundamental para esse debate, talvez o mais aprofundado no sentido aqui trabalhado, foi empreendido por Diana Maul de Carvalho⁶² ao abordar as implicações decorrentes da ligação entre os diagnósticos médicos e o mundo social em que são produzidos, considerando também as complexidades do campo interdisciplinar em que as pesquisas estão inseridas. Investigou, a partir da análise da obra *As doenças africanas no Brasil* (1935), do médico Otávio de Freitas (1871-1949), como o discurso médico-racial ganhou eco em pesquisas médicas, adquirindo status de verdade científica, sob o manto da *infallibilidade e verdade* do “consenso médico-biológico”, estabelecido no século XIX. Segundo Carvalho, Freitas foi um dos primeiros pesquisadores brasileiros a atribuir aos escravos a responsabilidade pela importação de um vasto leque de doenças e causadores de diversas epidemias⁶³.

Na ótica daquele autor, indivíduos e grupos ligados à pobreza, pertencentes a determinada *raça* e condição de liberdade, adquirem papel de agente etimológico, tornando-se foco de doenças e epidemias, ou ainda, de corpos nocivos. Porém, não por estarem mais expostos às doenças devido à fragilidade das suas condições sociais e econômicas. Conforme a autora, esta concepção sobre as doenças e o social, que ainda marca presença no senso comum, também se demonstra, paradoxalmente, nas pesquisas das mais diversas áreas para além da historiografia. Acentuando essa crítica, indicou que: “temos visto nos últimos 10 anos um significativo aumento de trabalhos envolvendo o uso de novas técnicas de diagnóstico, cujos resultados nos têm obrigado a repensar estes ‘consensos’ e o contexto de produção das doenças”⁶⁴.

⁶¹ Ibid., p. 63. Cabe indicar que todo este discurso estaria focado em prolongar a vida dos escravos diante da suspensão do tráfico, mas não em denunciar o sistema escravista em si.

⁶² O artigo sintetiza e revitaliza muitos dos argumentos trabalhados na tese de doutoramento. CARVALHO, Diana Maul de. Doenças dos escravizados, doenças africanas? In: Encontro de Regional de História, 12, 2006. Rio de Janeiro. Anais. Tese: CARVALHO, Diana Maul. *Epidemiologia e história de doenças: limites e possibilidades: o caso do escorbuto e da peste de Atenas*. Tese (doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. 1996.

⁶³ CARVALHO, op. cit., p. 2.

⁶⁴ Ibid., p. 4.

Enfocando esta perspectiva, Carvalho abordou o estudo de Karasch, questionando a afirmação, realizada por aquela autora, da “susceptibilidade diferenciada de africanos e não africanos à tuberculose”⁶⁵. Carvalho, ao fazer uso de conhecimentos atuais sobre a doença, verificou que a tuberculose é antiga em todos os continentes habitados do planeta, sendo que, para o período abordado por Karasch não se demonstrava como doença endêmica, mas sim, epidêmica, atingindo todas as camadas populacionais⁶⁶. Segundo Carvalho, Karasch reifica, involuntariamente, as antigas acepções sobre determinadas doenças, que ligam aspectos de origem, raça e biologia: de um lado, por não dedicar atenção à ocorrência universal da tuberculose, assim como, não enfatizar o ambiente urbano como fator potencial de transmissão do bacilo pela alta concentração de pessoas ou as condições de moradia ou trabalho dos escravos e, de outro lado, por sugerir que aos africanos a tuberculose seria mais mortal, devido à exposição primária ao bacilo, em território brasileiro.

Situação semelhante e que também demonstra a facilidade de cairmos em armadilhas pertencentes aos consensos biológicos (inclusive para pesquisadores experientes), foi trabalhada por Carvalho ao examinar o já citado estudo de Sidney Chalhoub⁶⁷. Conforme a autora, mesmo considerando o papel do racismo na construção das doenças, Chalhoub considerou como real o argumento da resistência ou imunidade dos africanos à febre amarela, tão utilizado pelos médicos da segunda metade do século XIX. Tal compreensão não levou em conta estudos atuais sobre a genética humana em relação à febre amarela⁶⁸.

Para além desse apontamento, Carvalho destaca que a ênfase dos discursos analisados por Chalhoub sobre a incidência da febre amarela relacionavam somente africanos e imigrantes europeus, o que denota falta de tratamento sobre documentação que relacionasse estes grupos com a “população nativa branca”⁶⁹. Dentro desse olhar, ao se examinar a mortalidade de um ou outro grupo social, também alertamos para a necessidade de observá-lo dentro de um todo, relacionando-o aos demais grupos que possam ser identificados.

Carvalho também analisou pesquisa de Alencastro que tratou sobre as viagens de Vasco da Gama e Fernão de Magalhães e a ocorrência do escorbuto em alto mar. Segundo Carvalho, a doença foi compreendida e analisada pelo autor de acordo com o diagnóstico atual da doença,

⁶⁵ Karasch também indicou que a causa essencial da mortalidade dos escravos era o ambiente mórbido da cidade e que “em nenhum outro lugar do Brasil os escravos tinham de sobreviver a uma variedade tão desnordeante de doenças novas”. KARASCH, Op cit. p. 208. *Apud* CARVALHO, op. cit., p. 4.

⁶⁶ CARVALHO, Op cit. p. 5. Grifos nossos.

⁶⁷ CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras. 1996.

⁶⁸ Enquanto que, sabemos hoje, a possível imunidade se dá pela seleção de traço falciforme, ocorrida para alguns povos e, não todos os “africanos”. CARVALHO, op. cit., p. 5.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 5.

sem considerar outros elementos pertencentes ao período e contexto tratados. Em suma, observando uma série de detalhes contextuais sobre as viagens (demonstrados por Alencastro), bem como, esmiuçando o entendimento sobre o escorbuto, baseado no conhecimento atual e contemporâneo (em relação ao recorte temporal da pesquisa de Alencastro) sobre a doença, Carvalho verificou que: “O quadro hoje descrito dificilmente é superponível à síndrome descrita antes do estabelecimento da etiologia carencial. É também evidente, como ressalta Grmek (1968), que em condições reais raramente se produzem quadros ‘puros’, e as carências alimentares costumam ser múltiplas”⁷⁰. Destacam-se, assim, as dificuldades geradas para a compreensão de doenças em um contexto passado, a partir de conhecimentos etimológicos atuais.

A partir do que vimos, reforçamos a atenção para a necessidade de examinar a construção das doenças e (principalmente) das causas de morte e os seus usos sociais dentro dos seus próprios contextos, tomando o cuidado para não reificar entendimentos ideológicos e racistas do passado, na condução e nas conclusões de pesquisas que trabalham sobre tais temas⁷¹.

Aprofundando essa exploração, chamamos a atenção que problemas interpretativos em torno das doenças também se fazem presente na produção internacional. Sowande’ Mustakeem⁷², especialista sobre doenças e viagens de navios negreiros, estudou a alimentação, as doenças e a mortalidade nas viagens empreendidas no século XVIII, tendo como fonte principal relatórios de viagens. Abordou, de acordo com os relatos, diversas doenças que se manifestavam nas populações das embarcações. Explorou também, de maneira intercruzada, diagnósticos de doenças contemporâneos às viagens e atuais. Mustakeem adotou como premissa de análise que a desnutrição debilitaria os corpos dos viajantes e os deixariam predispostos às mais variadas doenças.

Dedicando maior atenção ao escorbuto, compreendeu a causa e a ação da enfermidade de acordo com o conhecimento atual (deficiência de Vitamina C). Decorrentemente,

⁷⁰ O que torna frágil a tese sobre a ocorrência do escorbuto. CARVALHO, op. cit., p. 10. Ver também: CARVALHO, 1996, op. cit.

⁷¹ Em contrapartida, tomando como exemplo a questão da *imunidade* à febre amarela ou a ação do escorbuto, o conhecimento atual sobre as doenças pode ser extremamente útil para entender o *funcionamento* das enfermidades (se a doença é viral ou bacteriana, qual a forma de contágio, tempo de incubação, agente transmissor etc.) ou, até mesmo, para colocar em xeque o diagnóstico contido nas fontes trabalhadas.

⁷² MUSTAKEEM. Sowande’. “I Never Have Such A Sickly Ship Before”: Diet, Disease, and Mortality In 18th – Century. Atlantic Slaving Voyages”. *Journal of African American History*, 93 (Fall 2008): 474-496. Mustakeem é considerado como especialista na área de tráfico de escravos e viagens em navios negreiros, doenças, alimentação e mortalidade. Publicou o recente livro: MUSTAKEEM. Sowande’. *Slavery at Sea: Terror, Sex, and Sickness in the Middle Passage* (Forthcoming, University of Illinois Press, 2016).

Mustakeem explorou de forma aprofundada os relatos dos viajantes, as preocupações dos homens e médicos do período, mas, em nenhum momento, demonstrou preocupação em analisar o momento em que a doença passou a se manifestar, se adquiriu forma epidêmica ou não etc. Resumindo: toda a análise é conduzida tomando os relatos (e conseqüentemente os diagnósticos) como inequívocos.

Talvez mais problemática do que essa visão superficial sobre os diagnósticos, seja o olhar dedicado pelo autor ao analisar a incidência de doenças venéreas nas viagens. Com pouquíssima crítica sobre a fonte, Mustakeem dá eco a discurso moralista, racial e misógino, contido nos relatórios médicos. De acordo com os documentos trabalhados, denotou-se intensa preocupação e associação, para mercadores e médicos daquele período, entre doenças venéreas e mulheres escravas: um dos relatos trabalhados pelo autor indicava que um médico foi contratado especialmente para examinar mulheres com o intuito de identificar se elas estariam livres ou não dos *males venéreos*, no entanto, em nenhum momento Mustakeem questionou o motivo desta *atenção especial* para aquele grupo⁷³. De outro modo, é temerária a forma como Mustakeem conduziu a análise, reproduzindo os discursos dos relatórios e validando-os, afirmando que a mortalidade de mulheres por doenças venéreas seria realmente alta e comum no século XVIII. Isso, sem fazer uso de outras fontes que possibilitassem demonstrar, de forma mais concreta, tal embasamento⁷⁴.

Por outro lado, também no âmbito internacional, existem diversos estudos que contribuem para a melhor compreensão sobre as questões aqui examinadas. Dentre estes, destaquemos a pesquisa de Christian Warren⁷⁵, que se deteve, sob ponto de vista etiológico (biológico), racial e geográfico, sobre a suposta imunidade dos africanos à febre amarela. Com a finalidade de analisar as possíveis diferenças entre os modelos de escravidão de cidades localizadas no sul e norte dos EUA, explorando os contextos rural e urbano e as condições de vida entre brancos e negros⁷⁶, Warren examinou a mortalidade e a ocorrência de doenças e epidemias sob forma comparativa. Semelhantemente ao ocorrido no Brasil, tal como explorado por Chalhoub em relação à febre amarela, autoridades e médicos discutiram sobre a provável imunidade dos africanos à febre amarela e à malária. Warren, fazendo uso de levantamentos de

⁷³ Ibid., p. 489

⁷⁴ Em nota, Mustakeem apenas indica: "For the interest of this essay's discussion, the author focused only on the cause of death for bondwomen listed as 'Venereal'". Ibid., p. 496.

⁷⁵ WARREN, Christian. Northern Chills, Southern Fevers: Race-Specific Mortality in American Cities, 1730-1900. *The Journal of Southern History*, Vol. 63, No. 1 (Feb. 1997), pp. 23-56.

⁷⁶ Grupos populacionais assim denominados por Warren na análise, porém, a denominação "negros" também se refere a um grupo majoritariamente composto por escravos.

óbitos, demonstrou que tal quadro, na realidade, se dava de forma muito mais complexa, e ainda mais, comparando populações de condições sociais diferenciadas⁷⁷.

Ao trabalhar os dados de óbitos em curvas de mortalidade de média a longa duração⁷⁸, Warren observou que, se a mortalidade da população branca era maior que a dos africanos em determinados períodos epidêmicos, este não seria o cenário típico para longos espaços de tempo: a mortalidade por febre amarela e malária entre brancos e negros se equivaleria e, por vezes, seria maior entre os negros⁷⁹. No entanto, cabe frisar que, conforme o autor, a mortalidade dos negros, em períodos epidêmicos, também se elevava consideravelmente. Desses dados, como explicar a não insignificante mortalidade de negros e africanos por febre amarela e malária em um contexto em que os discursos dos médicos e das autoridades públicas indicavam o contrário, ou ainda, que os negros seriam imunes? E mais, Warren identificou que as cidades do Sul eram mais perigosas para brancos do que para os negros no que toca à mortalidade por febre amarela, no entanto, não obteve indícios de que os negros pobres vivessem melhor do que os brancos pobres⁸⁰.

Buscando compreender estes dados, Warren examinou detidamente as ideias raciais em torno da questão. Realizou análise retrospectiva sobre o tema, revisitando, inclusive, pesquisa de Ulrich Phillips, do início do século passado⁸¹, na qual identificou a reificação do discurso racista pelo historiador. Deslocando as luzes do argumento racista tomado por Philips, Warren demonstra que muitos historiadores passaram a seguir o argumento de outro pesquisador, Kenneth M. Stampp, que negava as diferenças ditas biológicas⁸². Além de Stampp, outro pesquisador traria novo olhar para questão: Peter H. Wood, citado por Warren, postularia que "West Africans, like Sicilians and others who have lived in malarious climates for centuries, had retained a high incidence of sickle-cell trait"⁸³. O argumento de Wood mudaria a natureza

⁷⁷ Lembramo-nos, aqui, da observação realizada por Carvalho sobre a necessidade de análise comparada entre os diversos grupos populacionais.

⁷⁸ Isto é, em recortes temporais de três anos ou mais, que possibilitam escapar de períodos epidêmicos ou, ainda, observar anomalias estatísticas.

⁷⁹ WARREN, Op cit. p. 30-31.

⁸⁰ WARREN, Op cit. p. 45.

⁸¹ Ibid., p. 45. Warren cita: PHILLIPS, Ulrich Bonnell. "The Slave Labor Problem in the Charleston District," *Political Science Quarterly*, XXHI (September 1907), 416-39.

⁸² STAMPP, Kenneth M. *The Peculiar Institution: Slavery in the Ante-Bellum South* (New York, 1956), 296. *apud* WARREN, Op cit. p. 45.

⁸³ WOOD *apud* WARREN, Op cit. p. 46. WOOD, Peter H. *Black Majority: Negroes in Colonial South Carolina from 1670 through the Stono Rebellion* (New York, 1974), XVIII.

da discussão, substituindo *características de raça* por *adaptação climática e predestinação* por *predisposição*⁸⁴.

Disso, Warren salientou que a maior contribuição dos “biohistoriadores” (conforme descrito pelo autor) foi a de reconhecer que adaptações biológicas resultantes de milhares de anos geraram experiências diferenciadas entre grupos humanos e doenças, adaptações essas também ocasionadas e impactadas pelo meio-ambiente, clima e geografia⁸⁵. Nesse conjunto, Warren também se aliou à visão de Kenneth Kiple e Virginia King⁸⁶, ao negar as explicações raciais biológicas em torno da doença. A imunidade não seria adquirida pela cor ou pela raça, assim como, por uma origem “africana” de forma simplista: a ocupação do mesmo ambiente por dezenas de gerações possibilitaria, através de seleção genética e mutação decorrente da longa experiência com o *P. falciparum* (forma mais mortal de malária) sob forma endêmica, traços sanguíneos que otimizariam a sobrevivência naquele determinado ambiente, inibindo a invasão dos agentes da malária⁸⁷. Se existiam dúvidas sobre esta possibilidade no período em que aqueles autores trataram sobre o tema, ou ainda, quando Warren escreveu a sua pesquisa, estudos mais recentes, com base em pesquisas genéticas avançadas, referendam tal ideia⁸⁸.

Conforme dito, os autores e textos examinados auxiliaram a delinear as nossas principais questões (problema examinado), assim como, iluminar a abordagem realizada. A partir desses olhares tivemos como horizonte e principal preocupação para a pesquisa, problematizar intensamente os registros de óbitos, sempre nos questionando sobre a veracidade das causas de morte neles descritas, no que diz respeito a sua validade como dado que expressa a realidade. Consideraremos, assim, alguns dos aspectos levantados através desta bibliografia: a confiabilidade da fonte, a possibilidade de erros de diagnóstico, a influência do pensamento racial sobre as doenças. Por outro lado, também tendo em vista a bibliografia do campo e denotando a quase ausência de preocupação sobre o papel prático dos médicos no ofício de produção dos registros, teremos este enfoque em cada camada de abordagem do nosso objeto.

⁸⁴ Nas palavras do autor: “Superficially, Wood's argument is similar to Phillips's, but by substituting environmental adaptation for race traits, predisposition for predestination, Wood changed the nature of the discussion”. WARREN, Op cit. p. 46.

⁸⁵ WARREN, Op cit. p. 46.

⁸⁶ KIPLE, Kenneth; KING, Virginia. *Another dimension to the black diaspora: diet, disease, and racism*. Cambridge, Eng., and other cities, 1981.

⁸⁷ No entanto, a aquisição de imunidade parcial contra a malária acarretou uma contrapartida: se de um lado as características de células falciformes e deficiências de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) ajudam a combater a malária falciparum, de outro, decorrem várias anormalidades da hemoglobina (associadas à imunidade parcial, entre elas a anemia falciforme) que abreviam a vida de parcela significativa da população. WARREN, Op cit. p. 46.

⁸⁸ Ver: LAGUARDIA, J. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. *Revista Estudos Feministas*. 2006 jan-Abr; 14 (1): 243-262.

1.4 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

À luz do problema de pesquisa, bibliografia e aportes teóricos que fizemos uso, consideramos os registros de óbitos e as suas informações (principalmente a causa de morte) como construção que tem em seu alicerce e paredes a teoria, o ensino e a prática médica (registrar o óbito a partir de um exame), e dentro destas partes, formas de pensar as doenças, os grupos sociais e raça. Desse modo, foi preciso refletir sobre como se dava esta ligação no momento do exame do óbito e conformação dos registros.

Conseqüentemente, para esta busca, se fez necessário analisar a medicina como campo científico, o que também abarca a formação dos médicos, ou melhor, o ensino da medicina, que por sua vez oferecia os elementos fundamentais para a atuação profissional. Para isto, recorreremos às produções médicas acadêmico-científicas: teses médicas, por possibilitarem o exame sobre diversas informações pertinentes à formação dos médicos; e ainda outras, tais como artigos de revistas médicas, dicionários médicos e o Relatório e Álbum fotográfico produzido por Sebastião Leão, médico da Casa de Correção de Porto Alegre⁸⁹. Em tempo, se estas fontes podem ser entendidas como produções médico-científicas, compreendemos os exames de óbitos (que indicariam a causa de morte nos registros de óbitos) como uma produção técnica da profissão médica⁹⁰.

A forma como concebemos o campo da medicina, o seu ensino e as suas produções, requer explicação mais detalhada, seja sobre o aporte teórico-metodológico utilizado, seja em relação à seleção das fontes consultadas. No que toca a este último ponto, privilegiamos, dentro das produções médico-científicas, as teses desenvolvidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo em vista que, conforme análise prévia, nela foi formada a maior parte dos médicos que atuaram em Porto Alegre, durante a segunda metade do século XIX⁹¹.

Um dos grandes problemas na pesquisa sobre teses médicas do século XIX reside no estado de conservação das fontes, que não raro impossibilitam a leitura total ou parcial dos

⁸⁹ Também verificamos vasta gama de fontes circundantes aos registros de óbitos (entendido como objeto de análise), buscando compreender a constituição dos registros e a prática da realização dos exames de óbitos: legislações nacionais e municipais referentes aos trâmites legais de realização dos registros e sepultamentos e; neste sentido, diversos documentos produzidos pela Santa Casa de Misericórdia, Instituição administradora do cemitério municipal de Porto Alegre, tais como livros de atas da Irmandade, relatórios anuais, compromisso da Instituição, regulamento do cemitério, entre outros. Para melhor compreensão sobre a prática do aferimento da causa de morte, fizemos uso de exames de corpo de delito e exames *post mortem*, que se demonstram como fontes raríssimas. Trataremos mais especificamente sobre estes documentos no momento do seu uso.

⁹⁰ Trataremos sobre esta atuação em capítulo específico.

⁹¹ Naquela Instituição foram produzidos estudos significativos que interligam os temas medicina, concepções sobre papéis sociais e raça.

textos. Além disso, os catálogos das teses, quando existentes nos arquivos, são deficientes, com falhas em relação ao nome do autor ou título do trabalho. Disso, temos outro limitador: nem todos os estudos que trataram sobre tais questões as tiveram como objetos centrais de análise, decorrendo assim, da ausência de menção do tema no título da tese (o que não indica necessariamente ausência). Tendo em vista estas dificuldades, o procedimento de coleta das teses e demais produções foi guiado pelos nomes dos médicos atuantes em Porto Alegre e pela identificação de abordagens no sentido buscado⁹². Tentamos, ainda, diminuir os problemas acima identificados a partir da apreensão do contexto em que a produção das teses estava incluída, atentando para o conteúdo de determinadas disciplinas do currículo de medicina e bibliografia consultada pelos futuros médicos, bem como, para a influência de alguns dos professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Em tempo, é importante destacar que a apresentação de tese ao final do curso tinha como intuito possibilitar a avaliação dos níveis de conhecimento adquiridos pelos discentes, ao longo da trajetória acadêmica. De acordo com Martins: “as teses médicas são, portanto, um conjunto de documentos que informam sobre as principais doutrinas e conceitos divulgados pelos professores, livros e periódicos disponíveis”⁹³, ou seja, na sua produção já demonstrariam a apreensão dos conteúdos e teorias estudadas ao longo do curso. Eis a importância de destaque que demos ao ensino da medicina e as suas produções, principalmente, das teses: a formação de ideias específicas dentro daquela ciência, que são especialmente demonstradas por meio dos trabalhos finais do curso.

Desses apontamentos, voltando-nos para os aspectos teóricos pertinentes à compreensão do campo médico-científico e profissional, ressaltamos perspectiva que guiou a análise: entendemos que a existência de somente duas faculdades de medicina no Brasil e, especialmente, a formação dos médicos que atuaram em Porto Alegre quase que centralizada na Faculdade do Rio de Janeiro (com corpo docente reduzido e bem delimitado na atuação por

⁹² O universo quantitativo de teses consultadas ficou em torno de 150, buscadas na sua maior parte na Biblioteca de História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul. Deste total, 41 foram produzidas por médicos gaúchos.

⁹³ MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 288 pp. P. 151. Em relação aos aspectos formais, muitas das teses analisadas se demonstram como estudos científicos baseados em observações práticas, diálogo com as principais teorias e tratamento aprofundado do tema e alguns breves experimentos. Porém, muitas outras dificilmente podem ser observadas nos termos acima trazidos: quando muito, se constituem em breves revisões bibliográficas sobre as principais perspectivas teóricas de determinado assunto.

disciplinas), oportunizava certa hegemonia de ideias, valores e intenções para subáreas daquela ciência⁹⁴, que se estenderiam desde a vida acadêmica até a profissional.

Ressaltamos que o restrito grupo de alunos e, posteriormente, futuros médicos, provinham dos estratos socioeconômicos e políticos mais altos da sociedade brasileira⁹⁵, parte e representantes de uma elite *branca* que já partilhava de interesses em comum (visão de sociedade, economia, política etc.) ainda antes do ingresso na Faculdade, o que poderia se acentuar e adquirir caracteres mais próprios após o final do curso, tendo em vista também as aspirações específicas do campo acadêmico, científico e profissional da medicina.

Tendo em vista esta perspectiva, é produtivo refletirmos sobre o funcionamento do campo acadêmico e científico da medicina no que se refere à formação de grupo, por consequência, da aceitação de estudos e ideias e de novos agentes no seu meio⁹⁶, e ainda, sobre a continuidade das suas ideias e aspirações, no seu campo de atuação profissional. Para isto, fizemos uso dos conceitos de *campo*, *doxa* e *habitus* de Bourdieu.

De acordo com Bourdieu, *campo*, é entendido como espaço específico, criado por agentes e que “só existe pelos agentes que se encontram nele e que deformam o espaço na sua vizinhança, conferindo-lhe uma certa estrutura [...] é na relação entre as diferentes ‘fontes de campo’, isto é, entre as diferentes empresas de produção, que se engendram o campo e as relações de força que o caracterizam”⁹⁷. O *campo*, sem deixar de ser permeado por propriedades universais, possui predicados próprios, que conformam a sua estrutura específica e o seu modo intrínseco de agir de acordo com os seus interesses, a sua *doxa*: a opinião consensual, as leis que regulam a luta pela dominação do campo⁹⁸.

⁹⁴ Embora já tenhamos considerado, através de Marco Chor Maio, que o enfoque racial não era preponderante nas pesquisas da medicina brasileira da segunda metade do século XIX, percebemos, por meio da documentação consultada, que este enfoque se tratava de um importante eixo analítico sobre as doenças, principalmente, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a partir da década de 1880. Trataremos mais detidamente sobre esta característica, ao longo da tese.

⁹⁵ CORADINI, O. L. Grandes famílias e “elite profissional” na Medicina no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, 1997a. v. 3, n.3, p. 425-466. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n3/v3n3a04.pdf>. Acesso em: 21.dez. 2009.

⁹⁶ O que também se relaciona com a margem de liberdade *versus* prestígio/legitimidade dos indivíduos que fazem parte de determinado campo.

⁹⁷ BOURDIEU, Pierre. O campo econômico. *Política & Sociedade*, 6: 15-58. 2005 (tradução de "Le champ économique". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 119: 48-66, 1997).

⁹⁸ THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, Fev. 2006. p. 36.

Em relação ao *habitus*, é importante compreendermos a sua construção⁹⁹. Ao concebê-lo, Bourdieu refletiu sobre a relação estrutura/indivíduo¹⁰⁰, procurando superar o ponto de vista binário opositivo observado como estrutura *versus* agência, objetivo *versus* subjetivo etc. O conceito de *habitus* se comporia como chave fundamental para a busca da superação destas oposições¹⁰¹, constituindo-se como ponte entre sociedade e sujeito, tornando-se o jogo social incorporado¹⁰², individuado¹⁰³, estruturador e estruturante, forma de perceber, julgar e agir¹⁰⁴.

Este entendimento sobre agência humana e estrutura social é de fundamental importância para pensarmos a medicina como campo científico, profissional e o papel dos seus agentes, assim como, as suas relações na sociedade da qual faziam parte. Tanto o *campo* como a *doxa* são atravessados e constituídos pelo *habitus* dos agentes, ao mesmo tempo em que o *habitus* é coproduzido pelo *campo* e pela *doxa*. Entendido desse modo, um campo específico, neste caso, o da medicina, também se relacionará, de forma transversal, com outros campos (social, político, cultural etc.) e, ainda, com as orientações particulares e coletivas dos seus agentes. Tratam-se de esferas interdependentes: o que gera a autonomia de um campo são as suas regras que, com os seus agentes (posição social, conduta, formação), regulam o seu funcionamento e mediam o ingresso das influências externas, mesmo que este meio e os seus agentes estejam condicionados aos demais campos¹⁰⁵.

No entanto, como é possível prever, o uso desses conceitos não nos leva a pensar na existência de somente um pensamento e modo de agir, preponderante ou unívoco, sobre aspectos que relacionam doenças à condição social e raça, dentro da medicina acadêmico-

⁹⁹ O conceito de *habitus* de Bourdieu descende do pensamento de Aristóteles ao tratar sobre características corporais e da alma em processos de aprendizagens e foi retomado por Émile Durkheim para “designar um estado geral dos indivíduos, estado interior e profundo, que orienta suas ações de forma durável”. SETTON Maria da Graça Jacintho, A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação [online]*, 2002. Além de Durkheim, Bourdieu indica outros pensadores que se utilizaram da noção de habitus, tais como Weber, Hegel, Husserl e Mauss, porém, não no mesmo sentido que seria adotado por Bourdieu. BOURDIEU. Pierre. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004. P. 24.

¹⁰⁰ Ver: BOURDIEU. Pierre. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004. P. 149.

¹⁰¹ BOURDIEU. Op. cit., 2004. p. 152. Nas palavras do autor: “Eu queria reintroduzir de algum modo os agentes, que Lévi-Strauss e os estruturalistas, especialmente Althusser, tendiam a abolir, transformando-os em simples epifenômenos da estrutura. Falo em agentes e não em sujeitos. A ação não é a simples execução de uma regra, a obediência a uma regra. Os agentes sociais, tanto nas sociedades arcaicas como nas nossas, não são apenas autômatos regulados como relógios, segundo leis mecânicas que lhes escapam. Nos jogos mais complexos - as trocas matrimoniais, por exemplo, ou as práticas rituais -, eles investem os princípios incorporados de um *habitus* gerador: esse sistema de disposições pode ser pensado por analogia com a gramática gerativa de Chomsky com a diferença de que se trata de disposições *adquiridas pela experiência*, logo, variáveis segundo o lugar e o momento” Indica, ainda: “Eu queria, acima de tudo, reagir contra a orientação mecanicista de Saussure (que, como mostrei em *Le sens pratique*, concebe a prática como simples *execução*) e do estruturalismo”. Ibid., p. 25.

¹⁰² BOURDIEU. Ibid., p. 45.

¹⁰³ No sentido de ser “o traço individual de toda uma história coletiva”. BOURDIEU. Ibid., p. 132.

¹⁰⁴ Para leitura de explicação aprofundada sobre o conceito, consultar: THIRY-CHERQUES, op. cit., p. 33.

¹⁰⁵ BOURDIEU, Pierre. 2004. P. 58-59. THIRY-CHERQUES, op. cit., p. 40.

científica¹⁰⁶, ou ainda, em decorrência, nas frentes de atuação da profissão médica. Desta maneira, ideias distintas dentro do campo também poderão ser observadas como resultantes de *habitus* sociais ou individuais diferenciados, de acordo com as experiências dos agentes envolvidos, mas que dentro do campo, contudo, seguiriam determinados padrões de entendimento, submetidos às regras aceitas e seguidas pelo campo (e pelos seus agentes).

Ao examinarmos o pensamento médico mais especificamente por meio das teses médicas, torna-se evidente a intenção dos futuros médicos de fazerem parte do pensamento hegemônico daquele local e contexto (*doxa* e *campo*), o que pode ser identificado por meio de diversas citações sobre as aulas e ideias dos professores, assim como, de diversos pesquisadores reconhecidos mundialmente. Neste sentido, entendemos que é possível estabelecer a seguinte relação: quanto mais *novato* for o indivíduo pretendente a se inserir em determinado campo, maior será a tendência dele em seguir, da forma mais coerente possível, as regras, aspirações e ideias dos membros mais experientes (*doxa* e *habitus*) e, principalmente, dos mais influentes, que por seu maior poder definem as normas e limites daquele campo. Caso contrário, ou seja, não seguindo as normas estabelecidas do que é ou não é aceito no campo, um agente novato correria o sério risco de ter o seu ingresso ou a sua continuidade interrompida no campo. E, caso não chegasse a este extremo fim, talvez não obtivesse (ou ainda, perderia) outras chances de ascensão, prestígio e legitimidade.

Entendemos que estes fatores se tornariam fundamentais para o afunilamento de percepções, sejam relacionadas às especificidades do campo, sejam em torno de questões que às ultrapassam, tais como sociais e raciais. Além disso, estas percepções também se demonstrariam como embasamento para o *habitus* tomado por seus agentes, ao atuarem nas mais diversas frentes profissionais do campo. Em outras palavras, compreendendo a medicina como ciência não neutra ou isenta a condicionantes sociais (incluindo ideias raciais e racistas), também podemos pensar que havia parâmetros de aceitação e operação de ideias, que por fim determinariam direcionamentos específicos que guiariam as pesquisas empreendidas¹⁰⁷, ou ainda, a atuação médica nas suas mais diferentes frentes de ação.

As teses e demais produções médicas, ao fazerem uso das mais diversas linhas teóricas (neo-hipocrática, climática, bacteriologia e, até mesmo, antropologia criminal), demonstram

¹⁰⁶ O que seria um contrassenso, tendo em vista a utilização da teoria de Edler, ao pensar a complexidade e pluralidade de ideias que permeavam a medicina brasileira oitocentista.

¹⁰⁷ A relação entre os sistemas do *campo* e da *doxa* foram utilizados por Edler ao pensar a ciência médica no Brasil do século XIX e as suas diferentes teorias. EDLER, Flavio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.2, pp. 357-385. P. 375.

tratamento de temas que são permeados por pensamentos sociais e raciais, marcando posicionamentos políticos, com aspirações intervencionistas, sobre o que seria melhor ou pior para a sociedade. Denotamos assim, retomando o conceito de *habitus*, uma relação circular entre medicina científica, acadêmica, pensamento sociorracial. Como trazido por Nancy Stepan, as visões científicas são partes complexas da vida social que são geradas no interior do campo científico, mas que “refletem a vida social e são capazes de afetá-la”¹⁰⁸.

Aprofundando o olhar sobre a questão, é ainda preciso compreender a produção, apropriação e uso das ideias racistas e sociais pela medicina, dentro do seu próprio espaço e tempo, conforme alertado por Nancy Stepan. Não podemos pensar que a incorporação de ideias raciais pela medicina, na América Latina, uma região pluriétnica, miscigenada, composta em sua maior parte por indígenas (e descendentes de indígenas) e descendentes de africanos, dava-se da mesma forma que na Europa. Tudo isso requer um olhar cuidadoso ao trabalharmos sobre como os médicos brasileiros pensavam e utilizavam as teorias raciais e racistas advindas do exterior¹⁰⁹.

Disso, as produções científicas, acadêmicas e técnicas médicas (assim associando os registros e exames de óbitos às demais produções) oportunizam via importante de compreensão sobre como a medicina brasileira compreendia e estabelecia as classificações raciais, ao estudar e trabalhar as enfermidades/causas de morte e grupos sociais. Classificações estas que se demonstram nos registros de óbitos e a partir da informação da cor que, como ainda trataremos, era também influenciada pelo olhar médico. Visto desse modo, os registros de óbitos são aqui observados e trabalhados como memória seriada de um sistema de classificação sociorracial¹¹⁰ e, ainda, como a ponte, materializada, para a análise sobre as teorias raciais e as suas (re)produções práticas e cotidianas, ao determinar os grupos raciais e lugares sociais, podendo expressar o *hábito* de racializar pela ótica da medicina¹¹¹.

¹⁰⁸ Porém, não devemos confundir esta observação com o que foi apontado por Flávio Edler¹⁰⁸, sobre o cuidado, tão preciso, de não tomarmos como expressão da realidade projetos que não chegaram a ser implantados e que, tampouco puderam ser preponderantes ao observarmos a vasta gama de olhares participantes do pensamento médico brasileiro da segunda metade do século XIX. STEPAN, Nancy. L. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. P. 39. EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh* L-2-1998. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011.

¹⁰⁹ STEPAN, op. cit., p. 33.

¹¹⁰ Dentro dos registros que formam o nosso banco de dados, a cor dos indivíduos foi informada para cerca de 96% da população. Devido ao seu caráter seriado de exposição das informações, também permite a verificação das regularidades e assimetrias do sistema.

¹¹¹ Ideia concebida a partir de Fenton, ao analisar procedimentos administrativos atuais nos Estados Unidos, relacionados à raça. FENTON, Steve. *Etnicidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p. 50.

Porém, cuidado tomado para a análise dos sistemas classificatórios raciais por meio das fontes empregadas é o de não pensarmos *cor* e *raça* como termos equivalentes e, ainda menos, como expressões biológicas de corpos humanos. Neste sentido, o estudo de Marcos Chor Maio et al., que se deteve sobre métodos de classificações “racial/étnico” em pesquisas de saúde na atualidade¹¹², é rico em ideias para pensarmos sobre estas questões, na segunda metade do século XIX.

Os autores frisaram a importância e necessidade de conceituar *raça* e *etnia* e, ainda, a *cor*, dentro dos seus sistemas contextuais de produção, reprodução e prática classificatória¹¹³, o que é raro em pesquisas sobre mortalidade. Dentro disso, se para os Estados Unidos da América a classificação racial, historicamente, se orienta pela “ancestralidade” (arquétipo *uma gota de sangue*) e pelo modelo bipolar (branco e negro), no Brasil existe grande diversidade no sistema de classificação que está ligada à combinação de fatores como classe, estatus social e educação. Caracteriza-se, além disso, pela fluidez (indeterminação, subjetividade e dependência contextual) em sua aplicação. Constata-se, por exemplo, que quanto maior a posição socioeconômica de um indivíduo, mais recorrente é a possibilidade de “embranquecer”¹¹⁴, seja em termos de vivência social, seja nos registros deixados.

Ainda que a perspectiva de Marcos Chor Maio não se refira especificamente ao recorte temporal abordado por esta pesquisa, é possível estabelecermos pontos de conexão para o contexto brasileiro da segunda metade do século XIX. Hebe Mattos, ao deter-se sobre sistemas classificatórios de cor no Brasil para aquele período, verificou ligação intensa entre a definição da cor e a condição social e econômica dos indivíduos. Porém, conforme a autora, o fator preponderante estava direcionado para a condição de liberdade, à *distância do cativo*, assim como, à condição de cidadão (e nesta não se incluíam os escravos), sendo os rótulos das gradações de cor mais escuras vinculados à situação de escravo, liberto ou descendente de escravo¹¹⁵.

Importante ressaltar que o fenômeno do *embranquecimento*, obtido por meio da ascensão social, também fazia com que o sistema de classificação por cor se demonstrasse como

¹¹² Pesquisas em saúde com recorte “étnico/racial” (tal como trazido pelos autores): estas pesquisas têm como objetivo analisar as condições de saúde de grupos populacionais tendo como parâmetro principal a “raça” ou “etnia” (e conforme os autores, ainda não há uma definição clara sobre os significados destes conceitos nestas pesquisas, o que acarreta grandes problemas teóricos e metodológicos para estas pesquisas), com propósitos diversos (incluindo a possibilidade da criação de programas específicos de saúde para uma determinada raça). MAIO, M. C. Et al. *Cor/raça no estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21 (1): 171-180, jan/fev, 2005.

¹¹³ Ibid., 2005, p. 172.

¹¹⁴ MAIO, op. cit., p. 172.

¹¹⁵ Ver, principalmente, a “Quarta parte” do livro e seus subcapítulos. MATTOS, Hebe. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista – Brasil século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1995.

fluído e transitório, inclusive, para um mesmo indivíduo: “Perder o estigma do cativo era deixar de ser reconhecido não só como liberto (categoria necessariamente provisória), mas como ‘preto’ ou ‘negro’, até então sinônimos de escravo e, portanto, referentes a seu caráter de não cidadãos”¹¹⁶. Para o século XIX, Mattos nos traz que a ascensão social ou posição social mais elevada poderia ser expressa, para além de rótulos de gradações de cor mais *claras*, pelo silêncio da cor: “através do silêncio, os indivíduos embranquecem, mas os ‘pretos’, os ‘pardos’ e os ‘brancos’, enquanto categorias gerais, permanecem eficientes para designar lugares sociais”¹¹⁷.

Dentro disso, de acordo com os sistemas gerais da operabilidade da simbologia de cor e raça, devemos ter em mente o significado da classificação “branca”, que: para a antropologia e medicina ocidental do século XIX, o homem branco, europeu, era a medida da perfeição e, para a prática social brasileira daquele período, não raro, cidadania plena e, neste sentido, sequer teria necessidade de uso¹¹⁸. Tendo em vista estas considerações, a cor, pouco nos informando sobre a coloração da epiderme, é nesta pesquisa entendida como lugar social. A cor imputada ao indivíduo se relacionaria com a raça e ambas com o mundo social e a sua organização, inclusive, com o campo científico, incluindo a medicina, e as suas visões. Desta compreensão da ligação entre cor e lugar social foi possível, também por meio de aporte teórico-conceitual baseado em autores que buscaram entender raça e racismo para além do *paradigma colonial*¹¹⁹ (ou seja, enfocando mais aspectos culturais e sociais e menos o local de origem) e da análise detida sobre as fontes consultadas por esta pesquisa, chegamos a um conceito de *raça* na medicina, para o contexto examinado.

Raça é aqui analisada como uma construção interpretativa, hierarquizada, depreciativa e valorativa de indivíduos e grupos humanos. Esta construção, por sua vez, era construída e marcada por uma mescla de características e perspectivas enfocando diferenças sociais (incluindo a condição de liberdade), econômicas, étnico-culturais, geográficas, políticas, fenotípicas e anatômicas. E, refletida na prática social da medicina, esta construção chega até nós também por meio do estabelecimento de sistemas de classificação, tais como a

¹¹⁶ MATTOS, op. cit., p. 290.

¹¹⁷ Ibid., p. 345.

¹¹⁸ Neste debate, também recorreremos ao estudo de Mattos: MATTOS, Hebe. Op. cit., 1995. p. 289.

¹¹⁹ Para esta definição, para além dos referenciais já expostos, foi-nos muito cara a discussão realizada por Karl Monsma, ao procurar uma definição de raça a partir do “paradigma colonial” a luz de autores como Peter Wade, Michael Omi, Howard Winant e George Fredrickson. Ver: FREDRICKSON, George. *Racism: a short history*. Princeton (NJ)/Oxford, Princeton University Press. 2002. MONSMA, Karl. Como pensar o racismo: o paradigma colonial e a abordagem da sociologia histórica. *Revista de Ciências Sociais*. Fortaleza, v. 48, n. 2, p. 53-82, jul./dez., 2017. MONSMA, Karl. *A reprodução do racismo: fazendeiros, negros e imigrantes no oeste paulista, 1880-1914*. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

denominação da cor, trazida nos registros de óbitos. No entanto, ressaltamos que do ponto de vista da medicina, como trataremos mais detidamente, toda e qualquer diferença racial parecia se assegurar em aspectos físicos e biológicos, sob ideias validadas por aquele campo científico¹²⁰.

Ainda sob a perspectiva da superação do *paradigma colonial*, tendo em vista a complexidade dos mecanismos em que raça e racismo tomam forma e atuam (incluindo macro e micro contextos), aliamos-nos à perspectiva de Fredrickson sobre os meios que possibilitam identificar o racismo não baseado somente através de aspectos físicos ou de origem, mas sim através de outras formas de valorizações hierárquicas socioculturais não necessariamente embasadas em argumentos raciais, tais como o etnocentrismo, sexismo etc. Conforme o autor, para serem diferenciadas, as ideias e crenças sobre o racismo necessitam serem demonstradas, expressas, de algum modo, sob forma consciente¹²¹.

E foi buscando detectar este nível de consciência de raça e racismo na medicina, na maior parte das vezes oferecido sob forma um tanto subjetiva, mesmo que apoiado em uma argumentação científica¹²², que abordamos os registros de óbitos e os seus significados frente ao pensamento médico (produções acadêmicas e científicas médicas). Não obstante, os registros de óbitos, pelas suas características, ao trazerem informações seriais e *aparentemente* objetivas, escondem de forma ainda mais profunda este outro nível de consciência e subjetividade, o que pode gerar sentidos e interpretações diversas e muitas vezes equivocadas (como visto anteriormente), quando não considerado ou problematizado pelo pesquisador.

Em sentido semelhante ao entendimento sobre raça compreendemos o significado da moralidade impresso nas ideias médicas, nas suas formas de conceber grupos sociais e doenças. Baseados na análise objetiva e subjetiva sobre as produções médicas, identificamos que as ideias sobre valorizações hierárquicas socioculturais a partir das raças se demonstram intrínsecas a características vinculadas ao que se entendia como (*boa*) moral ou imoralidade, conseqüentemente, de acordo com a ótica daquela ciência e dos seus agentes. Conforme observado e demonstrado ao longo do texto (principalmente no capítulo 5), a diferenciação entre ambas pode ser mais bem percebida pela larga referência a elementos ligados à imoralidade (e às doenças consideradas ligadas ao mundo da imoralidade) do que à *boa* moral.

¹²⁰ GOULD, Jay Stephen. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

¹²¹ FREDRICKSON, George. *Racism: a short history*. Princeton (NJ)/Oxford, Princeton University Press. 2002. p. 153. Ver também: CAMPOS, Luiz Augusto. Racismo em três dimensões: Uma abordagem realista-crítica. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 32, n. 95, 329507, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092017000300503&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2018. Epub Aug 07, 2017. <http://dx.doi.org/10.17666/329507/2017>.

¹²² GOULD, op. cit.

Aliás, esta última poderia ser mais bem compreendida através dos sentidos contrários aos demonstrados para a primeira.

Assim, à imoralidade, estaria vinculada/o: a escravidão; o mundo animal e selvagem, *não civilizado*; os modos de vida distantes da cultura europeia e das classes mais abastadas; viver em habitações coletivas; executar determinadas atividades de ganho consideradas impróprias, tais como a prostituição e o aleitamento mercenário; ter origem africana, asiática ou indígena. Logo, tendo em vista os elementos até então trazidos e a compreensão sobre raça anteriormente demonstrada, verificamos que o mundo imoral se *incorporava* à raça negra (principalmente a esta e às suas variações) ou à amarela¹²³.

Com este embasamento, ao nos determos sobre a produção médica dos registros de óbitos e sobre as ideias sociais, raciais e morais presentes na medicina, buscamos escapar dos consensos de entendimento das causas de morte como simples representação biológica das reais condições de vida. Procuramos, assim, identificar e compreender as relações estabelecidas entre o campo da medicina, atuação médica e condicionantes sociais, ao examinar as causas de morte.

1.5 ESTRUTURA DA TESE

Os capítulos da tese se configuram como camadas de abordagem e tratamento sobre o problema de pesquisa e os seus objetivos. Dividimos a análise, para além da introdução (capítulo 1), em duas partes: a primeira, composta pelos segundo e terceiro capítulos, trabalha a produção institucional, legal e prática da fonte, a sua relação com os médicos e o contexto local de atuação da medicina e interação com a população (objetivos específicos 1 e 2); a segunda parte, formada pelo quarto e quinto capítulos, trata mais especificamente sobre o exame da causa de morte, as suas fragilidades e relações com o conhecimento médico sobre as doenças e pensamento racial sobre as doenças e população e, ainda, o reflexo desses elementos nos registros de óbitos (objetivos específicos 3 e 4).

Com essa organização, na primeira parte da tese, no segundo capítulo enfocamos os aspectos legais, trâmites burocráticos, instituições e atores envolvidos, aprofundando-os para o contexto específico de Porto Alegre; no terceiro capítulo privilegiamos o estudo sobre as diferentes frentes de atuação dos médicos na cidade enfocando, principalmente, as suas relações

¹²³ Percebe-se, assim, que tal sentido se alinha ao entendimento do conceito de branquidade, parte do campo científico, acadêmico e profissional da medicina.

de proximidade e distância com a população e seus diversos grupos sociais e, em decorrência, os fatores condicionantes dessas relações para o aferimento da causa de morte frente ao local social de pertencimento do indivíduo que foi a óbito. Para este estudo, fizemos uso de gama diversificada de fontes para além dos registros de óbitos, sendo as principais: legislações de âmbito nacional e regional, relatórios do governo da província/estado, documentação variada da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, principalmente a referente ao cemitério por ela administrado, almanaques, entre outras.

Na segunda parte da tese, o capítulo quatro esmiuçou características pertinentes à prática do exame de verificação das causas de morte, o conhecimento médico sobre este processo, suas especificidades e as dificuldades que poderiam impactar na realização ou não do exame e, conseqüentemente, no entendimento e registro da causa. O quinto capítulo abordou aspectos pertinentes ao ensino médico, conhecimento médico sobre as doenças e a sua relação com aspectos raciais e compreensão sobre a sociedade, sob ponto de vista que enfoca as diferentes condições de liberdade e o contexto dos primeiros anos do pós-abolição. Dentro disso foi também buscado identificar relações entre as causas de morte e estes aspectos por meio dos registros de óbitos, cruzando algumas das informações trazidas por aquela fonte, principalmente, a causa de morte, a condição de liberdade e a cor. Para além dos registros de óbitos, exploramos exames de corpo de delito, exames *post mortem*, teses médicas e outras produções científicas da medicina. Por fim, a conclusão almejou responder, frente ao todo trabalhado, o problema principal da pesquisa, costurando ambos os enfoques contidos nas demais partes do texto.

PARTE 1: A CONSTRUÇÃO DOS REGISTROS DE ÓBITOS E PARTICIPAÇÃO MÉDICA

2 OS REGISTROS DE ÓBITOS

Campo 17 – Raça/Cor: assinalar a quadrícula correspondente com um x. Lembrar que esta variável não admite a alternativa Ignorada. Em caso de o óbito ser de indígena, marcar a quadrícula 5 e anotar à parte a etnia correspondente. Esta variável não se aplica a óbito fetal¹²⁴.

No ano de 1996, o governo brasileiro sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso implantava o quesito “raça/cor” em documentos oficiais: a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbitos¹²⁵. Tratava-se de uma dentre outras reivindicações do Movimento Negro brasileiro que enfocava, naquele contexto, a criação de políticas direcionadas para a saúde da população negra¹²⁶. Para seus proponentes, o quesito raça/cor nas declarações de nascimento e óbitos se demonstraria como um importante indicador para a análise e conhecimento das condições de saúde daquela população, pois possibilitaria demonstrar o tempo de vida, as causas de morte e, ainda, outros fatores degradantes da saúde que se ligam às condições sociais de vida e ao preconceito de raça¹²⁷. A definição da “raça/cor” na declaração de óbito se dá sob forma pré-definida, da seguinte maneira: “branca”, “preta”, “amarela”, “indíática” e “parda”¹²⁸.

¹²⁴ CONSELHO Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. *Manual do Atestado de Óbito*. Porto Alegre. 1. Ed. 2010. P. 22.

¹²⁵ MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Cor/raça, saúde e política no Brasil (1995-2006). In: SANSONE, Livio; PINHO, Osmundo Araújo. (Org.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 121-150.

¹²⁶ A inclusão da raça/cor era uma dentre outras reivindicações que foram implementadas pelo governo FHC, sendo elas: 1: financiamento de pesquisas clínicas sobre anemia falciforme e projeto de saneamento em comunidades de remanescentes de quilombos; 2: publicação de estudos sobre anemia falciforme. Ver: MAIO, 2008. Op. cit., p. 121-150.

¹²⁷ Ainda que a “raça/cor” possa ser um importante indicador sobre a condição social de grupos populacionais, há de se ressaltar o caráter polissêmico do conceito de raça, o que gera dificuldades e problemas para o seu entendimento e definição, assim como, para o significado da “cor”, no Brasil. Conforme Fry, Monteiro, Maio, Bastos e Santos, a falta de problematização do conceito seria um dos principais problemas identificados em pesquisas que trabalham o indicador “raça/cor”, na atualidade. Acrescenta-se, ainda, que os conhecimentos mais recentes do campo da genética demonstram a inexistência de raças no plano biológico, assim como, que a cor da pele e traços fisionômicos pouco se relacionam com a incidência, ou não, de doenças. Por isso, “raça/cor” se demonstraria, conforme indicado por Laguardia, um péssimo indicador biológico e um bom indicador sobre as condições sociais de vida. Ver: MAIO, 2008. Op. cit., p. 121-150. LAGUARDIA, op. cit.,

¹²⁸ Problematizando este indicador, ver: RODRIGUES, Larissa et al. Desimportância da raça/cor e responsabilidade médico-legal no preenchimento da declaração de óbito. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.35, n.4, p.884-897 out./dez. 2011.

Observemos que, dentro da legislação hoje vigente no Brasil, cabe ao médico que atesta o óbito realizar, para além da indicação da causa da morte, o registro da “raça/cor” na Declaração de Óbito¹²⁹. Observamos assim, parte da complexidade social e política inerente à produção e ao uso dos registros de óbitos na atualidade, bem como, a importância que ganham as informações sobre causa e identificação da cor, que por sua vez, nos auxilia à olhar e interrogar como se dava, esta produção, no passado.

Voltando-nos à problemática desta pesquisa, concebemos os registros de óbitos e as suas informações como construções sociais, sujeitas a ideias e interesses múltiplos, dentro de um dado contexto. Desse modo, tais dados somente ganharão sentido quando analisados desde a sua ideação, construção e produção, pois são estes os estágios que marcarão definitivamente a sua natureza social (e também política).

Com esta visão e intuito, paradoxalmente à vasta produção de estudos sobre mortalidade, ainda são raríssimas as pesquisas que exploraram mais detidamente a produção dos registros de óbitos no Brasil, as legislações pertinentes, e ainda mais incomuns as que se detiveram sobre os trâmites práticos que a envolvia, em micro contextos. Dentro da bibliografia consultada, o sentido dado a este enfoque se resumiu na análise abrangente do processo legal de implantação dos registros civis no Brasil e à influência da Igreja Católica nestes trâmites, tanto para a abordagem do tipo de registro (nascimento, casamento, óbitos), quanto para o recorte geográfico.

Identificada esta lacuna em torno da compreensão da fonte, procuramos neste capítulo cercar os aspectos concernentes a produção dos registros de óbitos abordando os seus trâmites legais e práticos no contexto de Porto Alegre. Detivemo-nos, assim, sobre a natureza legal e razão de existência dos registros, as instituições envolvidas e, especialmente, sobre a identificação dos principais atores que participavam da sua construção, sobretudo, das informações de causa de morte e cor. Ainda que tal identificação pareça dispensar maiores investigações, principalmente no que toca à elaboração da informação da causa de morte (hoje reconhecida como pertinente à profissão médica, o que nos orienta a pensar que também o era no passado), o mesmo não ocorre em relação à informação da cor. Entrementes, mesmo compreendendo de antemão que ambos os dados fossem indicados por um médico, é importante visitar aquele contexto, a fim de melhor visualizar, examinar, problematizar e até mesmo

¹²⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 54 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

relativizar a construção das informações constantes nos registros, diante do seu plano legal e prático de elaboração.

2.1 A PRODUÇÃO DOS REGISTROS DE ÓBITOS

Ao examinarmos a produção dos registros de óbitos no Brasil, a relação entre Estado e Igreja Católica se torna muito importante. Na segunda metade do XIX, esta matéria se demonstra como extremamente complexa, considerando os intentos do governo imperial para secularizar os registros de nascimento, matrimônio e de morte, que ficavam ao cargo da Igreja Católica. A Independência do Brasil em 1822, como sabemos, não resultou na separação entre Estado e Igreja. A prática eclesiástica de realização dos registros derivou em constrangimento para os não católicos que viviam no Brasil, a maior parte, composta por estrangeiros. Com o crescimento da imigração de povos europeus de outras religiões, principalmente luteranos, diplomatas pertencentes aos governos estrangeiros, visando resguardar os direitos de cidadania e interesses dos seus conterrâneos, passaram a pressionar o governo brasileiro por mudanças¹³⁰.

A primeira tentativa do Estado com o objetivo de controlar os registros civis ocorreu em 1850, com a promulgação da Lei N. 586 que mandava reger, para os anos de 1851 e 1852, a Lei do Orçamento N.º 555 de 1850. No seu artigo 17º, o governo estaria autorizado a “Levar a efeito no menor prazo possível o Censo geral do Imperio, com especificação do que respeita a cada uma das Províncias: e outrossim para estabelecer Registros regulares dos nascimentos e obitos annuaes”¹³¹.

Em 18 de junho de 1851 foi lançado o Decreto N. 798, que determinava “executar o Regulamento do registro dos nascimentos e obitos”¹³², constando os trâmites específicos para a realização dos registros. Um dado importante dentro da perspectiva aqui explorada é que, no seu texto, não havia a necessidade da participação de médico para a indicação da causa do óbito. Destaca-se que, na letra da Lei, a informação da cor somente seria registrada caso o defunto fosse escravo¹³³. Insatisfeita com tais medidas, a Igreja Católica realizou diversas campanhas

¹³⁰ SOUZA, Rafael Pereira de. *Direitos civis de estrangeiros no Brasil do Segundo Reinado*. Usos do Passado — XII Encontro Regional de História ANPUH-RJ. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em [<http://www.rj.anpuh.org>]. Acesso em 01 jan. 2012. P.2.

¹³¹ LEI N.º 586 - DE 6 DE SETEMBRO DE 1850. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹³² DECRETO N.º 798, de 18 de junho de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹³³ Artigo 11º. DECRETO N.º 798, de 18 de junho de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

para derrubar as Leis e o Decreto acima indicados, o que resultou na promulgação do Decreto n. 907 de 1852, que suspendia as Leis 586 e 555.

Sendo contínuas as pressões dos governos estrangeiros e a disponibilidade de políticos reformadores brasileiros com a intenção de alterar o processo de registros, em 1863 foi promulgado o Decreto N. 3069, que ordenava a execução do artigo 2º da Lei n. 1.144 de 1861, que indicava:

Art. 2º O Governo regulará o registro e provas destes casamentos, e bem assim o registro dos nascimentos e obitos das pessoas que não professarem a Religião Catholica, e as condições necessarias para que os Pastores de Religiões toleradas possam praticar actos que produzão efeitos civis¹³⁴.

O Decreto 3.069 traria os procedimentos específicos que deveriam ser adotados (assim como os atores envolvidos) para a realização dos registros. Mais uma vez, não é indicada a participação de médicos no processo de formalização das informações do óbito. Não se reportando aos escravos e comportando-se de forma semelhante ao Decreto 798, também não era exigida a informação sobre a *cor* do morto, informação que, conforme vimos, é corriqueira nos registros de óbitos do Cemitério da Santa Casa de Misericórdia. Importante constar que, por diversas questões, o Decreto de 1863 não seria executado durante o Brasil Império¹³⁵.

Em 1870 foi lançada a Lei 1.829 de 9 de setembro, que sancionava decreto que determinava proceder o recenseamento da população do Império. Conforme já observado pela Lei do Orçamento Nº. 555 de 1850, a produção de um censo populacional relacionava-se intimamente com o controle dos registros civis. Por isso, em 1874 seria publicado o Decreto 5.604, que mandava executar o artigo 2º da Lei 1.829: “O Governo organizará o registro dos nascimentos, casamentos e obitos, ficando o regulamento que para esse fim expedir sujeito á aprovação da Assembléa Geral na parte que se referir á penalidade e efeitos do mesmo registro, e creará na capital do Imperio uma Directoria Geral de Estatistica à qual incumbe [...]”¹³⁶. Daremos atenção um pouco mais pormenorizada a esse importante Decreto, tendo em vista que as suas instruções seriam levadas a efeito em algumas cidades, ou ainda, alguns distritos, como no caso de Porto Alegre.

¹³⁴ DECRETO N. 1.144 - de 11 de setembro de 1861. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹³⁵ SOUZA, op. cit., p. 7.

¹³⁶ LEI N. 1.829 - DE 9 DE SETEMBRO DE 1870. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

Do primeiro Capítulo do Decreto 5.604, que tratava do “registro em geral”, destaquemos os seguintes artigos, que nos demonstram alguns pormenores sobre como deveria funcionar o processo de registros:

Art. 1º O registro civil compreende nos seus assentos as declarações especificadas neste Regulamento, para certificar a existencia de tres factos: o nascimento, o casamento e a morte.

Art. 2º E' encarregado dos assentos, notas e averbações do registro civil, em cada Juizado de Paz, o Escrivão respectivo, sob a immediata direcção e inspecção do Juiz de Paz, a quem cabe decidir administrativamente quaesquer duvidas que occorrerem, emquanto os livros do registro se conservarem no seu Juizo.

As notas, averbações e certidões ficarão a cargo do Secretario da Camara Municipal respectiva, depois que, findos os livros, forem remetidos para o archivo daquela corporação.

Art. 3º Os assentos do registro civil serão exarados em livros, para esse fim especialmente destinados, sendo um para o registro dos nascimentos, outro para o dos casamentos, e outro para o dos obitos.

Art. 4º Estes livros serão fornecidos pelas Camaras Municipaes respectivas, cujos Presidentes deverão lavrar nelles os termos de abertura e encerramento, e numerar e rubricar as folhas.

Art. 5º Os empregados do registro civil não devem inserir nos assentos, que lavrarem, ou nas respectivas notas e averbações, senão aquillo que os interessados declararem de accôrdo com as disposições deste Regulamento¹³⁷.

Sobre as consequências do Decreto 5.604 para Porto Alegre, nos anais das sessões da Câmara Municipal de Porto Alegre (em sessão realizada em outubro de 1875) encontramos passagens que indicam a pretensão da sua execução, por Juizes de Paz, ao solicitarem remessa de livros para os registros¹³⁸. Em outra sessão da Câmara Municipal, em agosto de 1876, encontramos a data em que o novo regulamento passaria a vigorar naquela cidade - 1º de outubro de 1876 – reafirmando a necessidade de se adquirir os livros para registro¹³⁹. Em

¹³⁷ DECRETO N. 5.604 - de 25 de abril de 1874. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹³⁸ Conforme segue: “Presente um officio do 3º Juiz de Paz da Barra, pedindo a remessa de livros para o registro de óbitos e casamento civil, conforme determina a 2ª parte do decreto n. 5604 de 25 de abril de 1874. A Câmara resolve officiar ao mesmo, que, não estando a citada lei em execução, será seu pedido atendido em ocasião oportuna”. ANNAES DA CÂMARA MUNICIPAL DA LEAL E VALOROSA CIDADE DE PORTO ALEGRE. 1875-1880. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. P. 20.

¹³⁹ Assim consta: “É presente e vai a arquivar a portaria da presidência da província, remetendo um número do Rio-Grandense, em que vem publicada a lei do orçamento municipal para o exercício corrente. Lida outra, remetendo um exemplar do regulamento do registro civil dos nascimentos, casamentos e óbitos, que deve começar a vigorar do 1º de outubro próximo em diante, e tendo de fazer-se com a aquisição de livros para o respectivo lançamento a despesa de 424\$800 réis, resolveu a câmara, cujo cofre está sob a pressão de um deficit, pedir à presidência que pelo cofre geral mande satisfazer a despeza”. ANNAES DA CÂMARA MUNICIPAL [...]. Op. cit., p. 15.

correspondência passiva do mesmo dia, também é indicado o recebimento do regulamento, via portaria¹⁴⁰. Infelizmente, não localizamos a portaria e o regulamento.

Em janeiro de 1877 a Câmara Municipal reiteraria o pedido realizado em agosto de 1876 referente à aquisição dos livros, demonstrando as dificuldades financeiras que também entravavam a realização dos registros. Já em 28 de setembro de 1877, foi indicado em sessão da Câmara: “Ofício do escrivão do 2º distrito da capital, pedindo um livro para os assentos de óbitos; a câmara ordena que seja fornecido”¹⁴¹. Nas correspondências passivas da Câmara de Porto Alegre também foram encontradas diversas passagens referentes aos pedidos dos livros e os problemas de ordem econômica que impactavam a sua aquisição. Tais passagens demonstram a dificuldade que a Câmara Municipal encontrava para a execução do 4º artigo do Decreto, o que à primeira vista, poderia parecer ser algo simples, já que se dependeria somente da aquisição de instrumento material para a sua prática¹⁴².

Em ata de novembro de 1881, é possível identificar mais claramente à qual cartório eram direcionados os livros. Além disso, há a indicação de que, de fato, os registros estavam sendo realizados na localidade que os solicitava: “recebem ofício do Escrivão do Juiz de Paz de Belém¹⁴³ remetendo o livro de registro civil dos nascimentos devidamente preenchido e requisitando novo livro”¹⁴⁴.

No que toca à parte específica dos registros de óbitos, destaquemos o seguinte artigo do Capítulo III do Decreto 5.604, que nos auxilia a melhor compreender a conformação das suas informações:

Art. 67. Nenhum enterramento se fará sem certidão do Escrivão de Paz do districto em que se tiver dado o fallecimento. Essa certidão será expedida sem despacho (art. 35), depois de lavrado o respectivo assento do obito em vista de attestado de medico ou cirurgião, si o houver no lugar do fallecimento, e,

¹⁴⁰ “Recebem portaria da Presidência remetendo um exemplar do regulamento do Registro Civil dos nascimentos, casamentos e óbitos, que deve começar a vigorar em 1º de outubro de 1876”. CATÁLOGO DAS ATAS DA CÂMARA DE VEREADORES DE PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre, Secretaria Municipal da Cultura, 1998. Disponível em: [http://www2.camarapoa.rs.gov.br/default.php?p_secao=123].

¹⁴¹ ANNAES DA CÂMARA MUNICIPAL [...]. Op. cit., p. 42.

¹⁴² CORRESPONDÊNCIAS EXPEDIDAS - CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (1877-1886): Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Vellinho/Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

¹⁴³ Trata-se da Freguesia de Belém, localizada em zona rural sudeste da Cidade.

¹⁴⁴ CATÁLOGO DAS ATAS DA CÂMARA DE VEREADORES DE PORTO ALEGRE. Op. cit.,

se o não houver, de duas pessoas qualificadas, que tenham presenciado ou verificado o obito¹⁴⁵.

À parte do texto extremamente diretivo quanto à necessidade de certidão do Escrivão de Paz para a realização dos sepultamentos, a legislação seria implantada parcialmente até o final de 1888, com a promulgação do Decreto 9.886¹⁴⁶.

No entanto, detendo-nos sobre os seus aspectos mais interessantes, o Decreto 5.604 de 1874 se mostrava como a primeira legislação que previa a atuação de médicos para a confecção do atestado de óbito, o que, porém, não elimina a possibilidade de que médicos e cirurgiões atuassem, anteriormente à nova Lei, na emissão de atestados ou na verificação da causa do óbito. Neste sentido, ainda que o Decreto 828 de 1851 (que mandava executar o regulamento da Junta de Higiene Publica), no seu 25º artigo, ao definir a habilitação do exercício da medicina, previa que somente médicos titulados poderiam emitir certificados de moléstia, para qualquer fim¹⁴⁷.

Em relação às informações sobre o defunto no registro de óbito, o Decreto 5.604 indicava:

Art. 69. São obrigados a fazer a communicação do obito:

1º O chefe de familia a respeito de sua mulher, filhos, hospedes, aggregados, criados e escravos;

2º A viuva a respeito de seu marido e de cada uma das outras pessoas indicadas no numero antecedente:

3º O filho a respeito do pai ou da mãe, o irmão a respeito do irmão, e das mais pessoas da casa, indicadas em o nº 1º;

4º O Administrador, Director ou Gerente de qualquer estabelecimento a respeito das pessoas que alli fallecerem, quér o estabelecimento pertença ao Estado, quér pertença a alguma associação ou corporação, civil ou religiosa, quér seja puramente particular;

5º Na falta das pessoas comprehendidas nos numeros antecedentes, aquella que tiver assistido aos ultimos momentos do finado, o parochio ou sacerdote que lhe tiver ministrado os soccorros espirituaes, ou o vizinho que do fallecimento houver noticia;

6º A autoridade policial a respeito das pessoas encontradas mortas.

Art. 70. O assento de obito deverá conter:

1º O dia e se fór possível a hora, o mez e anno do fallecimento;

2º O lugar deste, com indicação da parochia e districto a que pertencer o morto;

¹⁴⁵ DECRETO N. 5.604 - de 25 de abril de 1874. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹⁴⁶ DECRETO N. 9.886 - de 7 de março de 1888. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹⁴⁷ DECRETO N° 828 - de 29 de setembro de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

3º O nome, sobrenome, appellidos, sexo, idade, estado, condição, profissão, naturalidade e domicilio ou residencia;

4º Se era casado, o nome do conjuge sobrevivente; se era viuvo, o nome do conjuge predefunto; se era escravo, o nome do senhor;

5º A declaração de que era filho legitimo, ou natural, ou de pais incognitos, ou exposto;

6º Os nomes, sobrenomes, appellidos, profissão, naturalidade e residencia dos pais;

7º Se falleceu com ou sem testamento;

8º Se deixou filhos legitimos ou naturaes reconhecidos, quantos e os seus nomes e idade;

9º Se a morte foi natural ou violenta, e a causa conhecida;

10º O lugar em que se vai sepultar, ou foi sepultado (arts. 67 e 68) e, sendo em jazigo fóra de cemiterio publico, a licença da autoridade competente. (Modelo nº 4.)

Art. 71. Sendo o finado pessoa desconhecida, o assento deverá tambem conter declaração da estatura, côr, signaes apparentes, idade presumida, vestuario, e qualquer outra indicação que possa auxiliar de futuro o seu reconhecimento; e, no caso de ter sido encontrado morto, se mencionará esta circumstancia e o lugar em que foi encontrado¹⁴⁸.

Observamos que, se na Lei de 1850 estava prevista a declaração de informação da cor somente para os escravos, o novo Decreto à requeria apenas para pessoas desconhecidas encontradas mortas. Neste sentido, é ilustrativo o modelo de Assento de Óbito trazido no Decreto, que invoca os artigos acima arrolados:

¹⁴⁸ DECRETO N. 5.604 - de 25 de abril de 1874. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

Documento 1: Modelo de Assento de Óbito, 1874¹⁴⁹

Modelo nº 4.

Assento de obito.

Nº..... - Aos..... dias do mez dedo anno de....., neste.....Districto de Paz da Parochia de....., Municipio de....., Provincia de....., compareceu em meu cartorio F... (alguma das pessoas referidas no art. 69, indicando-se a qualidade em que se apresenta), e exhibindo attestado de (o nome do medico ou cirurgião, ou os das duas pessoas de que trata o final do art. 67), declarou: - Que (seguir-se-hão as declarações que, na conformidade dos arts. 70 e 71, forem cabidas a respeito do fallecido). - E para constar lavrei este termo que assigno com o declarante (ou com F.....a rôgo do declarante, por não poder ou não saber este assignar). Eu F....., Escrivão de Paz, o escrevi.

F (O Escrivão.)

F..... (O declarante.)

N. B. - No caso da 2ª parte do art. 72, em vez de «e exhibindo attestado de....., declarou», dir-se-ha: «e perante as duas testemunhas abaixo nomeadas e assignadas declarou»; e depois de «assigno com o declarante (ou com F. a rôgo, etc.)» dir-se-ha: «e as testemunhas F. e F., que assistiram ao fallecimento (ou ao enterro) e attestam por conhecimento proprio (ou por informações) que o fallecido era o mesmo F..... mencionado neste assento»; finalmente as ditas testemunhas assignarão em seguida ao declarante.

Desse modo, aos 9 dias de setembro de 1876 o Vereador José Martins de Lima realizaria o termo de abertura do livro que serviria para o registro de óbitos na Paróquia de Nossa Senhora de Belém de Porto Alegre. Em 6 de outubro de 1876 seria produzido o primeiro registro, pertencente a João Cassange, falecido em cinco de outubro “no lugar denominado Matto Grosso neste Distrito na Chácara de Sebastião Baradida”, descrito como “preto liberto [...] agricultor, africano [...] casado com Alexandra Francisca da Silva, filho de pais incógnitos [...]”. Como causa de morte, consta: “Faleceu de moléstias, com oitenta anos de idade, sem assistência de médico, e vai sepultar-se no Cemitério desta Freguesia”¹⁵⁰.

Esse assento de óbito contém informações importantes para o entendimento do contexto específico de Porto Alegre relacionado à prática dos registros. Naquele mesmo ano, a Freguesia de Belém tratava da sua mudança para as margens do Guaíba e, em janeiro de 1877, seria autorizado o início da edificação da Igreja Matriz da nova Freguesia de Belém. Logo após, também seria construído o novo cemitério da Freguesia e, diferentemente do que diversas fontes e referências bibliográficas nos levam a entender ou indicam, Porto Alegre tinha em seus limites extramuros naquele período, para além do Cemitério da Santa Casa de Misericórdia, ao menos

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ REGISTRO DE ÓBITOS. Serventia Registral da 4ª Zona de Porto Alegre.

dois outros cemitérios, não esquecendo do pertencente à velha Freguesia de Belém. Logo, também é de se esperar que as Freguesias de Pedras Brancas, Viamão e Aldeia dos Anjos – as duas últimas, emancipadas de Porto Alegre em 1880 - também tivessem os seus próprios e específicos cemitérios.

Porto Alegre foi a sétima capital de Província/Estado que teve a instalação de um Ofício de Registro. Antes dela, existiam Ofícios em: Rio de Janeiro (1850); Florianópolis (1851); São Paulo (1852); Cuiabá (1874); Teresina (1875) e Curitiba (1876)¹⁵¹. O caso de Porto Alegre nos demonstra que a instalação de um Ofício de Registro não necessariamente indica que este cobriria toda a zona administrativa da cidade. Tão ou mais importante que esta informação é a de que, mesmo para as freguesias que contavam com um Ofício de Registro Civil, os registros eclesiásticos continuavam sendo realizados de forma concomitante e separadamente aos públicos¹⁵².

Retomando o assento de óbito examinado, notemos que a cor de João Cassange foi informada e registrada, mesmo não se tratando de corpo de pessoa desconhecida, ou seja, conforme o Decreto N. 5.604, a única condição prevista para que a cor fosse indicada. Por mais que o assento esteja de acordo com o modelo promulgado pelo Decreto na maior parte das suas informações, a letra da Lei sofria alterações na prática em dado muito sensível para a identificação social do defunto: a cor.

Destacamos, ainda, que o óbito não foi declarado por um médico. Julio Caetano Dias foi o informante do óbito, porém, em desacordo com o modelo número 4 do Decreto, não consta “a qualidade em que se apresenta”. Mas, compactuando com o artigo 67, compareceram ao Ofício, junto a Julio Caetano, duas testemunhas que atestaram o óbito. Presumimos que foram estas pessoas, juntamente com Julio, que informaram a cor de Cassange.

Dentro do que verificamos dos assentos da Freguesia de Belém, a totalidade dos óbitos ocorreram sem assistência médica e, quando a causa era identificada, limitava-se à descrição “de moléstias” de forma semelhante ao registro anteriormente demonstrado. Possivelmente, a ausência de médicos para atendimento aos enfermos ou para a verificação do óbito pode estar relacionada ao fato da referida freguesia estar situada em zona rural de Porto Alegre. De outra maneira, pensando na atuação de práticos não diplomados e/ou curandeiros e também

¹⁵¹ ARPEN. SP. *O Registro Civil no Brasil*. Disponível em: [http://www.arpensp.org.br/index.cfm?pagina_id=177]. Acesso em 20 jun. 2015.

¹⁵² IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *FamilySearch*. Registros da Igreja Católica do Brasil e Rio Grande do Sul (1738-1952). Disponível em [https://familysearch.org/]. Acesso em jan. 2014.

considerando a larga margem de possibilidade de estarem estabelecidos também nas zonas rurais ou adjacentes ao centro administrativo, podemos pensar que, em relação à emissão de atestados de óbitos a sua participação era normalmente vedada, conforme já indicava, em 1851, o Decreto 828¹⁵³.

Em março de 1888 seria promulgado o Regulamento de Registro Civil através do Decreto 9.886 que, finalmente, reivindicava para o Estado a responsabilidade dos registros civis de nascimentos, casamentos e óbitos¹⁵⁴. Em relação ao texto do Decreto de 1874, no que se refere aos registros de óbitos e à atuação dos médicos - que, na realidade, replicava o 25º artigo do Decreto 828 de 1851, no entanto, em 1874 tratava especificamente sobre os registros de óbitos - não foram realizadas alterações substantivas. O Artigo 74 do Decreto 9.886 substituiria o Artigo 67 do Decreto anterior. Mas, apesar de reduzidas modificações na escrita do texto, a instrução seguia a mesma¹⁵⁵.

Os Artigos 76, 77 e 78 substituiriam os Artigos 69, 70 e 71 também sem alterações em relação a quem deveria comunicar o óbito e, dentre as informações a serem registradas no assento, novamente a cor não era solicitada, com a exceção, de acordo com a legislação anterior, para os casos em que o cadáver fosse de pessoa desconhecida. O modelo de Assento de Óbito trazido neste Decreto também é muito similar ao do anterior:

¹⁵³ DECRETO N° 828 - de 29 de setembro de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹⁵⁴ Conforme segue: “Manda observar o novo Regulamento para a execução do art. 2º da Lei n. 1829 de 9 de setembro de 1870 na parte que estabelece o Registro civil dos nascimentos, casamentos e obitos, do accôrdo com a autorização do art. 2º do Decreto n. 3316 de 11 de Junho do 1887”. DECRETO N. 9.886 - de 7 de março de 1888. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹⁵⁵ Conforme o Decreto: “Art. 74. Nenhum enterramento se fará sem certidão do Escrivão de Paz do districto, em que se tiver dado o fallecimento. Essa certidão será expedida sem despacho (art. 38), depois de lavrado o respectivo assento do obito em vista de atestado de medico ou cirurgião, si o houver no logar do fallecimento, e, si o não houver, de duas pessoas qualificadas, que tenham presenciado ou verificado o óbito”. DECRETO N. 9.886.

Documento 2: Modelo de Assento de Óbito, 1888¹⁵⁶

MODELO N. 4

Assento de obito

N.º..... - Aos..... dias do mez de..... do anno de....., neste..... Districto de Paz da Parochia de..... Municipio de....., Provincia de....., compareceu em meu cartorio F..... (alguma das pessoas referidas no art. 76, indicando-se a qualidade em que se apresenta), e exhibindo attestado de (o nome do medico ou cirurgião, ou os das duas pessoas de que trata o final do art. 74) declarou: - Que (seguir-se-hão as declarações que, na conformidade dos arts. 77 e 78, forem cabidas a respeito do fallecido). - E para constar lavrei este termo, que assigno com o declarante (ou com F..... a rogo do declarante, por não poder ou não saber este assignar). Eu F....., Escrivão de Paz, o escrevi.

F..... (O Escrivão)

F..... (O declarante)

N. B.- No caso da 2ª parte do art. 79, em vez de «e exhibindo attestado de....., declarou» dir-se-ha: «e perante as duas testemunhas abaixo nomeadas e assignadas declarou» (mencione-se a autorisação de que trata o art. 75); e depois de «assigno com o declarante (ou com F....., a rogo, etc.)» dir-se-ha: «e as testemunhas F..... e F....., que assistiram ao fallecimento (ou ao enterro) e attestam por conhecimento proprio (ou por informações) que o fallecido era o mesmo F..... mencionado neste assento»; finalmente, as ditas testemunhas assignarão em seguida ao declarante.

A nova legislação passou a vigorar a partir do primeiro dia de janeiro de 1889, o que se verificou para as demais freguesias e também, é claro, principalmente para a zona central da cidade. Eis o primeiro registro, o qual transcrevemos na íntegra:

Aos dois dias do mez de janeiro do anno do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Christo de mil oitocentos e oitenta e nove, neste primeiro distrito de Paz da Parochia de Nossa Senhora Madre Deus, Municipio de Porto Alegre, Provincia de São Pedro do Rio Grande do Sul, compareceu em meu cartório Joaquim Ferreira da Silva, como declarante, exhibiu o attestado do Doutor Araponga do Amaral, que declarou haver fallecido hoje as tres horas da madrugada de congestão pulmonar o preto Benedicto do Carmo, com cincoenta e seis annos de idade, solteiro, natural da Affrica, morador a rua General Auto, primeiro districto, que ignora quem são seus pais e se deixa testamento, cujo cadáver será enterrado no Cemitério da Santa Casa. E para constar lavrei este termo que assigno a rogo do declarante por não saber ler nem escrever. João Pereira Maciel. Eu Antonio Rodrigues de Araújo, escrivão que o escrevi. Assinaram: João Pereira Maciel e Antonio Rodrigues de Araujo¹⁵⁷.

Constatamos que o escrivão Antonio Rodrigues de Araújo seguiu rigorosamente o modelo do Decreto 9.886, com a exceção da inclusão da informação da “cor” de Benedicto do

¹⁵⁶ DECRETO N. 9.886 - de 7 de março de 1888. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

¹⁵⁷ REGISTRO DE ÓBITOS. Serventia Registral da 4ª Zona de Porto Alegre.

Carmo. O Dr. Araponga do Amaral, médico diplomado¹⁵⁸, emitiu o atestado. Conforme observamos no mesmo livro de registros, todos os médicos identificados foram descritos como doutores e, dentre deles, muitos conseguimos constatar que possuíam diplomação¹⁵⁹. Neste sentido, reforçamos a tese de que somente os médicos diplomados estariam aptos a emitir o atestado de óbito, o que indica respeito às normativas das legislações anteriormente trazidas, ao menos, para este requisito. Faz-se importante indicar que, para a zona central, a indicação das causas mediante exame de óbito realizado por um médico era a regra, ao contrário das regiões adjacentes.

No entanto, se para a indicação da causa do óbito temos certeza sobre o papel do médico para a constatação da causa de morte, ainda restam muitas dúvidas ao que concerne à construção da informação da cor: a quem caberia informá-la no assento de óbito, considerando que os decretos eram omissos sobre a menção a este dado, com a exceção do morto se tratar de pessoa desconhecida?

Devida a quase ausência de fontes e referências bibliográficas sobre estas indagações, bem como, do fato de não termos encontrado atestado de óbito preenchido por um médico, buscamos realizar leitura mais atenta sobre os modelos dos Decretos 5.604 e 9.886, mais especificamente, sobre um pequeno trecho dos modelos trazidos: “compareceu em meu cartorio F..... (algumas das pessoas referidas no art. 74, indicando-se a qualidade em que se apresenta), e exibindo atestado de (o nome do médico ou cirurgião, ou os das duas pessoas de que trata o final do art. 74) declarou: [...]”¹⁶⁰.

Podemos assim compreender que o informante do óbito (familiar ou testemunha) comparecia ao Ofício de Registro, apresentava o atestado emitido por um médico que “declarava” as informações sobre o defunto: ou seja, uma declaração a partir do atestado. E, dentre estas informações, seria crível entendermos que a cor também era informada mediante atestado? Ressaltamos que, conforme os artigos citados, o declarante poderia ser pessoa não próxima da pessoa falecida e, assim, não ser portador de todas as informações que deveriam constar no assento. De outra maneira, tendo em vista a importância da informação da cor, regularmente constante nos documentos médicos e censitários do período, questionamos:

¹⁵⁸ Polycarpo Antonio Araponga do Amaral foi o 50º médico formado pela Faculdade de Medicina da Bahia, no ano de 1853. Defendeu a tese: “Breve descrição do estado actual dos principaes hospitaes d’esta cidade”. GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Teses Doutorais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. Volume 74. Número 1 Janeiro/Junho 2004. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acessa em nov. de 2011.

¹⁵⁹ REGISTRO DE ÓBITOS. Serventia Registral da 4ª Zona de Porto Alegre.

¹⁶⁰ Dada a semelhança do texto dos dois Decretos, optamos por citar o 9.886.

demonstrando-se como dado caro para a elaboração daqueles documentos, qual seria o seu valor, de acordo com as possibilidades das suas diversas intencionalidades, sendo proveniente de um informante qualquer?

A fim de nos basearmos em indícios mais concretos, examinamos de forma mais aprofundada como estava prevista a determinação da informação da cor nos registros. Na Gazeta Médica da Bahia de janeiro de 1892, encontramos publicação um tanto ilustrativa e rara sobre a questão, ainda que se refira a caso específico da Capital Federal. Como era costume nas edições daquele periódico médico, todas as leis e todos os decretos que se relacionavam com a atividade médica eram lá expostos, normalmente, extraídos do Diário Oficial sob forma integral.

Naquela publicação, era divulgado o Decreto N. 680 de 1891, que regulava “o modo por que devem ser passados os atestados de óbito e dá outras providências”¹⁶¹. Este, referia-se ao já analisado Decreto 9.886 de 1888, que, inclusive, replicava muitas das suas informações:

Art. 1º A contar de 1 de janeiro de 1892 os atestados de obito, de que trata o Art. 74 do regulamento anexo ao decreto n. 9886 de 7 de março de 1888, deverão ser passados, no Districto Federal, segundo o modelo que este acompanha, e conter as declarações constantes do mesmo modelo.

Art. 2º São obrigados a prestar as informações de que carecer o medico que tenha de passar o attestado:

1º O chefe de familia, a respeito de sua mulher, filhos, hospedes, aggregados e criados;

2º A viuva, a respeito de seu marido e de cada uma das outras pessoas indicadas no numero antecedente;

3º O filho, a respeito do pae ou da mãe; o irmão, a respeito do irmão e das mais pessoas da casa, indicadas em o n. 1º; o parente mais proximo, sendo maior e achando-se presente;

4º O administrador, director ou gerente de qualquer estabelecimento, a respeito das pessoas que alli fallecerem, quer o estabelecimento pertença ao Estado, quer pertença a alguma associação ou corporação, civil ou religiosa, quer seja puramente particular;

5º Na falta das pessoas comprehendidas nos numeros antecedentes, aquella que tiver assistido aos ultimos momentos do finado, o parcho ou sacerdote que lhe tiver ministrado os soccorros espirituaes, ou o visinho que do fallecimento houver notícia.

Art. 3º Os officiaes de registro civil remetterão quinzenalmente a Inspectoria Geral de Hygiene as declarações de obito a que se refere o modelo.

Art. 4º Os infractores de qualquer das disposições do presente decreto incorrerão na multa de 200\$, que será imposta pela Inspectoria Geral de Hygiene e cobrada executivamente.

¹⁶¹ DECRETO Nº 680, de 21 de novembro de 1891. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br>].

Art. 5º A Inspectoria Geral de Hygiene fornecerá aos medicos, que o solicitarem, os impressos necessarios para execução do disposto no art. 1º.¹⁶²

Notemos que, para além da adoção de um formulário modelo, também era indicado quem seriam os responsáveis por passar, aos médicos, as informações necessárias para o preenchimento do atestado. Afora o Decreto, a publicação do Diário Oficial trazia mensagem especialmente direcionada aos médicos, explicando os motivos da regulamentação, assim como, solicitando o apoio daquela classe profissional para o estabelecimento prático da lei. Dentro desse texto, encontraremos informação valiosa para os nossos propósitos:

No intuito de dar aos nossos trabalhos de demografia sanitária desenvolvimento de acordo com as atuais exigências da higiene e na altura da civilização e dos progressos desta capital, e atendendo ao que representou o inspetor geral de hygiene sobre a deficiência das declarações contidas nos atestados de óbitos, única base do nosso serviço demográfico, estabeleceu o governo, pelo decreto n. 680 de 21 de novembro último, a obrigatoriedade de atestados impressos segundo modelo apresentado.

Além de informações puramente demográficas referentes ao sexo, cor, idade, estado civil, profissão, nacionalidade, etc., entendeu a Inspectoria de Higiene deve abrir inquérito [sic] sobre a importante questão da salubridade e insalubridade dos domicílios, como é feito em Paris e sobre particularidades de algumas causas de morte mais frequentes no Rio de Janeiro¹⁶³.

Contextualizando esse dado, a razão para a adoção da medida provinha do entendimento de que a doença causadora do óbito poderia ter a sua origem ligada a ocorrência precedente de outra enfermidade e, no caso explorado afirmava-se, especificamente, que um indivíduo vítima de varíola estaria predisposto ao contágio da tuberculose. Por conseguinte, esta relação precisaria constar nos atestados de óbitos¹⁶⁴. O Decreto trazido pela Gazeta passaria a vigorar no Distrito Federal a partir do primeiro dia de janeiro de 1892, de acordo com modelo aprovado pelo Decreto 680¹⁶⁵.

¹⁶² GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1892.

¹⁶³ Id. Ibid.,

¹⁶⁴ Preocupação similar foi observado em 1883, em relatório expedido por José Antônio de Souza Lima, que relatava a necessidade da polícia ter médico encarregado para a realização de corpos de delito. No documento, o Conselheiro indica que um dos papéis do médico seria o de identificar possíveis doenças anteriores que levaram à causa da morte. FALA dirigida à Assembleia Legislativa. Conselheiro José Antônio de Souza Lima. Na 1ª Sessão da 21ª Legislatura. Porto Alegre, 1883.

¹⁶⁵ Infelizmente, este modelo não se encontrava anexado ao Decreto publicado, bem como, não foi localizado em outras fontes. Também desconhecemos se instrução semelhante passou a vigorar em outros estados brasileiros.

Aspecto curioso sobre esta passagem e ao mesmo tempo interessante para o nosso olhar sobre o problema de pesquisa, reside na constatação de que este entendimento sobre possíveis relações entre enfermidades na ocorrência do óbito, é muito próximo das diretrizes que balizam os modelos atuais dos atestados de óbitos, em que, para determinadas causas de morte é preciso arrolar outras informações anteriores sobre o estado de saúde do morto, ou ainda, a ocorrência de outras doenças (tudo isso possibilitado pelo controle informatizado das fichas médicas individuais dos pacientes, via Sistema Único de Saúde – SUS).

Essa foi uma das poucas fontes encontradas, em âmbito nacional, que se refere à informação da cor nos registros de óbitos, e mais, que era papel do médico fornecê-la. Tendo em vista que o documento apenas referia uma prática que já era comumente realizada, ainda que obscura frente à Lei e, também considerando os indícios anteriormente destacados, entendemos que esta seria a realidade para outros estados ou cidades brasileiras, como observado na documentação de Porto Alegre¹⁶⁶.

Além disso verificamos que, de acordo com Hebe Mattos que analisou registros de óbitos a partir de 1889, em algumas cidades do Estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais o dado sobre a cor também se fazia presente, assim como em diversas outras. Em tempo, observamos também que o dado “cor” nos registros eclesiásticos de Porto Alegre era informação constante¹⁶⁷. Destacamos, ainda, que a informação da cor, nos livros de óbitos do cemitério da Santa Casa de Porto Alegre, era trazida desde a inauguração do cemitério, em 1850, invadindo o século XX. O mesmo, também ocorria nos livros de registros do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Foi verificado, até o momento, parte do longo processo de secularização dos registros de óbitos no Brasil, o que envolveu disputas com a Igreja Católica e a criação de legislações e documentos específicos a serem preenchidos, visando a garantia da sua realização. E, na sua confecção, como vimos, os médicos exerciam papel fundamental para a indicação da causa da morte, ao menos, de acordo com a letra da lei. Em tempo, não foi observada qualquer tipo de pressão, por parte de médicos ou de instituições ligadas à medicina, para que este trabalho ficasse incumbido àquela classe profissional: parece ter sido um processo natural, talvez advindo de práticas costumeiras, ao menos, para os locais onde haviam médicos. Notemos que, para o caso de ausência de médico, a lei oferecia uma brecha para não impedir o registro. Em

¹⁶⁶ Para os registros de nascimento, conforme observado na documentação cartorial e paroquial, a situação é semelhante: a cor não era solicitada pelas leis e decretos, no entanto, é informação também constante nas fontes.

¹⁶⁷ MATTOS, op. cit., p. 323-338.

relação à descrição da informação da cor algumas pistas foram trazidas, no entanto, resta verificarmos como este processo legal se estabelecia em Porto Alegre, tendo em vista o protagonismo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, naqueles trâmites.

2.2 OS REGISTROS DE ÓBITOS, A CONSTRUÇÃO DAS SUAS INFORMAÇÕES E OS SEUS TRÂMITES EM PORTO ALEGRE

Munidos das informações mais relacionadas ao contexto geral, para aprofundar e qualificar o exame sobre o papel dos médicos e instituições envolvidas na produção dos registros de óbitos dentro do nosso contexto específico, é preciso pautarmos outras indagações: tendo em vista o recorte temporal dessa pesquisa, antes da implantação dos registros civis em cartórios, como se dava a verificação do óbito? Seria necessária a presença de médico, ou ainda, de emissão de atestado? Quais informações contidas nos registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia eram fornecidas pelos médicos? Qual era o papel da Santa Casa, em relação aos registros e ao governo provincial e municipal? Tentando responder a estas questões, analisamos a documentação pertencente ao Cemitério da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, desde a sua fundação.

Nesta análise, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia merece destaque pelo fato de ter sobre si a incumbência de administrar o Cemitério Municipal, gerenciando, viabilizando e realizando os transportes dos defuntos e enterramentos, a partir de 1850. Além disso, exercia papel protagonista na definição dos trâmites públicos burocráticos relacionados aos óbitos, principalmente no que toca aos seus registros. Dentro disso, é importante conhecermos mais detidamente esta importante instituição, no seu contexto de atuação¹⁶⁸.

A compreensão sobre o papel das Irmandades das Santas Casas de Misericórdia na sociedade brasileira está interligada às razões de existência e ações, de maneira geral, das diversas irmandades e sociedades de socorro mútuo¹⁶⁹ no Brasil. Desde o período colonial, ambas desempenhavam papel importantíssimo de congregação, para os mais diversos grupos

¹⁶⁸ O importante olhar sobre esta relação entre o poder público e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia foi trazido por Maria Marta Lobo de Araújo, na qualificação da pesquisa.

¹⁶⁹ Ver: SILVA JR., Adhemar Lourenço da. *As sociedades de socorros mútuos: estratégias privadas e públicas* (estudo centrado no Rio Grande do Sul – Brasil, 1854-1940). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004. (Tese de Doutorado em História).

daquela sociedade. As sociedades de socorro mútuo visavam também, principalmente, assistir aos conterrâneos migrados do país de origem.

Destas, destaquemos as Sociedades de Beneficência, existindo a portuguesa, francesa, espanhola, alemã, entre outras, que marcaram presença em Porto Alegre. Muitas vezes, suas principais funções se davam através da criação de hospitais e da prestação dos seus serviços. Além disso, o que também vale para as irmandades, as suas organizações internas mediante os seus cargos hierárquicos, se demonstravam como importantes espaços e postos de poder (e de demonstrar poder), na sociedade porto-alegrense.

Dos hospitais pertencentes às sociedades, ressaltemos o hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa de Porto Alegre que, desde a sua fundação, em meados do século XIX (em endereço diverso ao do prédio atual), até grande parte do século XX, se demonstra como um dos mais importantes hospitais da capital gaúcha¹⁷⁰. Alertamos, em tempo, que os seus serviços não eram restritos à comunidade portuguesa estabelecida na cidade, pessoas de outras nacionalidades poderiam ser atendidos como particulares, mediante pagamento. No decorrer do século XIX o hospital da Sociedade Beneficência Portuguesa também abria as suas portas de forma gratuita, para a população de modo geral, quando em momentos de epidemia¹⁷¹.

As irmandades, por sua vez, estabeleceram formas de organização e de atuação muito similares às constituídas em Portugal¹⁷². Criadas como instituições leigas, envolviam-se

¹⁷⁰ Apesar de passar por grave crise entre 2017 e 2018, que por muito pouco não ocasionou o seu fechamento. Tendo em vista a impossibilidade da Sociedade de Beneficência de arcar com as dívidas do hospital e o seu funcionamento, o espaço foi locado para a Associação Beneficente São Miguel, da cidade de Gramado (RS), em 2018. Ver: CONTRATO de locação do Beneficência Portuguesa será assinado na segunda-feira. GaúchaZH Porto Alegre. 5 jul. 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2018/07/contrato-de-locacao-do-beneficencia-portuguesa-sera-assinado-na-segunda-feira-cj8rw8do0mny01qozhdyw7jk.html>>. Acesso em 24 jul. 2018.

¹⁷¹ Mais informações sobre a Sociedade de Beneficência Portuguesa de Porto Alegre, consultar: QUEVEDO, Éverton Reis. *"Uma mão protetora que os desvie do abismo": Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre e seu hospital (1854-1904)*. Oikos Editora, 2016. OLIVEIRA, Daniel. *Porto dos degenerados – Os enfermos acometidos por doenças venéreas internados nos hospitais Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa de Porto Alegre entre os anos de 1881 e 1892*. 2009. 160f. Monografia (Graduação em História) – Área de Ciências Humanas, UNISINOS, [2009].

¹⁷² Deve-se também mencionar, conforme trazido por Charles Boxer, que as Santas Casas de Misericórdia, em conjunto das Câmaras Municipais, constituíam-se como as principais instituições estruturantes das sociedades fundadas pelo Império Português Ultramarino. BOXER, Charles R. *O império marítimo português (1415-1825)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. No que toca à bibliografia especializada recente sobre as Santas Casas de Misericórdia, assim como, os seus papéis em Portugal e Império Ultramarino, recomendamos: ABREU, Laurinda Faria dos Santos. *A Santa Casa da Misericórdia de Setúbal de 1500-1755: aspectos de sociabilidade e poder*. Setúbal: Santa Casa da Misericórdia de Setúbal, 1990. ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. "Charity practices in the Portuguese brotherhoods of Misericórdias (16th-18th centuries)", in ABREU, Laurinda (ed.) *European Health and Social Welfare Policies*. Blansko, Compostela Group of Universities, 2004. pp. 277-296. PAIVA, José Pedro (Coord. Científico), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. I, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa; União das Misericórdias Portuguesas, 2002.

diretamente com práticas devocionais e assistencialistas, que tinham a Igreja Católica como referência. Destas práticas, cada irmandade desenvolvia as suas próprias atividades, que para além das criações de igrejas e capelas, organização de procissões e festividades direcionadas ao culto de determinado santo padroeiro, poderiam incluir a criação e administração de hospitais, acompanhamento dos condenados à forca, a promoção dos rituais de enterramento, e ainda, o cuidado aos mortos.

Porto Alegre, já no século XVIII, acolhia diversas irmandades leigas de práticas devocionais e assistencialistas. A primeira foi a Irmandade de São Miguel e Almas (1773), a segunda, do Santíssimo Sacramento (1774), a terceira, da Nossa Senhora do Rosário (1786) e a quarta, da Nossa Senhora da Conceição, de 1790. Mas nem todas direcionavam os seus esforços aos pobres da população. As duas primeiras atendiam aos membros do clero e da parcela econômica mais privilegiada da população. A Irmandade da Nossa Senhora do Rosário atenderia aos negros (entre eles, os escravos) e, a Irmandade da Nossa Senhora da Conceição, aos pardos¹⁷³.

Em 1814 foi criada a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre¹⁷⁴, que voltaria os seus esforços e objetivos¹⁷⁵, principalmente, para a administração de um hospital direcionado aos pobres (a fundação do hospital, em 1803, se deu anteriormente à obtenção do status de Misericórdia). Em Porto Alegre, também ficou marcada pelo requisitado serviço de administração e criação dos expostos, iniciado em 1837¹⁷⁶ e, é claro, como verificaremos detidamente, pela construção e administração do cemitério municipal extramuros. Observamos que os objetivos da Santa Casa de Porto Alegre se assemelhava a maior parte das Misericórdias existentes no Brasil e Portugal¹⁷⁷.

¹⁷³ TAVARES, Mauro Dillmann. *Irmandades, Igreja e Devoção no sul do Império do Brasil*. São Leopoldo: Oikos, 2008. p.122.

¹⁷⁴ Para maior aprofundamento sobre a criação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, recomendamos estudo recente, conforme segue: TOMASCHEWSKI, Cláudia. *Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva: a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c. 1847 – c. 1891*. 2014. 242 f. Tese (Doutorado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, [2014]. Estudo mais antigo, ver: PORTO ALEGRE, Augusto. *A fundação de Porto Alegre. Porto Alegre: Tipografia da Livraria do Globo, 1906*. p. 107.

¹⁷⁵ É claro que não podemos desconsiderar que as irmandades da Santa Casa também tinham como objetivo a congregação dos homens mais poderosos da dada cidade ou região.

¹⁷⁶ Crianças que eram deixadas às portas da Instituição para serem criadas. Ver: FLORES, Moacyr. *A casa dos expostos. Porto Alegre. Estudos Ibero-americanos*. 1985, XI, (2) dez. p. 49-59.

¹⁷⁷ No sentido em que visavam, sob diversas formas, prestar socorro aos pobres e desassistidos. Ver: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *Dar aos pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (séculos XVI-XVIII)*, Barcelos, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa; Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2000. WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia: 1550-1755*. Brasília: Universidade de Brasília, 1981. p. 2-3.

Pela importância e amplitude dos seus serviços, assim como, por ter no seu quadro de Irmãos os homens mais ricos e poderosos da cidade e da província, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia se constituía como a mais influente irmandade porto-alegrense do século XIX. Neste sentido, uma das características mais marcantes da Santa Casa (o que pode ser estendido a várias das suas congêneres existentes no Brasil e em Portugal), foi a estreita relação que manteve com as classes sociais mais ricas de um lado, e de outro, com as mais pobres.

Entre os Irmãos, encontrar-se-iam políticos, militares (de alta patente), bacharéis em direito, engenheiros, médicos etc. Já os mais pobres, inclusive e principalmente os miseráveis, seriam os recebedores das obras de misericórdia. Esta relação, um tanto complexa, envolvia sentidos cristãos e religiosos - caridade e misericórdia para com os pobres e salvação da alma a partir destas práticas -, congregação social entre a elite, estabelecimento de alianças e ganho em prestígio social¹⁷⁸.

Voltando-nos para o serviço prestado que mais nos interessa, cabe destacar que não sabemos ao certo o motivo da escolha da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, por parte da Assembleia Provincial e do Presidente da Província, para administrar o cemitério municipal extramuros da cidade. No entanto, conforme já amplamente trabalhado na historiografia nacional¹⁷⁹ e internacional¹⁸⁰, sabemos que proporcionar uma *boa morte*¹⁸¹, principalmente aos pobres e desassistidos, era uma das principais obras de caridade da referida Irmandade¹⁸².

¹⁷⁸ Neste sentido, recomendamos: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *Enquanto o mundo durar*: João de Meira Carrilho e o legado instituído na Misericórdia de Braga (séculos XVII-XVIII). Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2017. Em relação à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: WEBER, Beatriz Teixeira. *Caridade e Assistência Social: instituições leigas de assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920*. Disponível em: [<http://www.fee.tcche.br/sitefee/download/jornadas/1/s9a3.pdf>]. Acesso em: jul. 2010.

¹⁷⁹ Vide alguns autores que trabalharam o contexto de Porto Alegre: WEBER, *ibid.* WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999. NASCIMENTO, Mara Regina do. *Irmandades Leigas em Porto Alegre. Práticas funerárias e experiência urbana. Séculos XVIII-XIX*. Tese de doutorado em História, UFRGS, 2006.

¹⁸⁰ Vide importante coletânea de estudos produzidos pelos principais pesquisadores sobre as Santas Casas de Misericórdia: PORTUGALIAE Monumenta Misericordiarum. Coord. científica de José Pedro Paiva. Vol. 1. *Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas*, 2002.

¹⁸¹ Recomendamos estudo referência sobre os sentidos e significados dos rituais relacionados à morte, para Porto Alegre no século XIX: NASCIMENTO, Mara Regina do. *Irmandades Leigas em Porto Alegre. Práticas funerárias e experiência urbana. Séculos XVIII-XIX*. Tese de doutorado em História, UFRGS, 2006.

¹⁸² Conforme exposto por Augusto Porto Alegre, ao trazer parte dos costumes da sociedade porto-alegrense em relação às execuções públicas, no final do século XVIII: “A Santa Casa certificava-se logo do dia da execução, afim de, como praxe estabelecida, esta instituição tomar à sua conta, desde tal momento, o sentenciado pobre, cujas últimas vontades, nos derradeiros instantes, davam-lhe direito a certas regalias; assim até o passadio melhorava, dandose-lhe [sic] vinho do Porto e pão de ló...”. PORTO ALEGRE, Augusto. *A fundação de Porto Alegre*. Porto Alegre: Tipografia da Livraria do Globo, 1906. p. 96. Ver também: ETCHEVERRIA, Marcelo. *Rua da Praia ou Rua da Morte? A pena de morte e a sua representação na Porto Alegre do século XIX (1818-1857)*. Dissertação de mestrado. UFRGS, 2000.

Relacionado a este fato, observamos que esta obra da Misericórdia porto-alegrense também pode ser analisada e compreendida como uma espécie de herança cultural portuguesa, visto que os compromissos das Santas Casas brasileiras eram inspirados na congênere de Lisboa. Talvez tenha sido este um dos principais motivos da escolha da referida Irmandade para a administração do cemitério extramuros de Porto Alegre. No Relatório da Província do Rio Grande do Sul de 1850, encontramos passagem que subsidia tal pensamento.

O presidente da Província, Pimenta Bueno, após breve narrativa sobre a implantação de Praças de Mercado e Matadouros¹⁸³, assim iniciava o subcapítulo nominado “Cemitério”, do relatório:

Em idêntico caso estão os cemitérios. Não só tem a natureza e serviço pura e especialmente municipais, mas também produzem a renda funerária dos transportes, e inumações: possuem pois meios de indenizar o seu custo. **Nos lugares em que há casas de Misericórdia pode mesmo convir-lhes a tomar a si semelhante serviço**, que com algum lapso de tempo retribuirá a sua caridade¹⁸⁴.

Destacamos, ainda, que diversas outras cidades do Rio Grande do Sul e Brasil também tiveram os seus cemitérios administrados pelas Santas Casas nelas instaladas. Outro aspecto interessante sobre a criação do cemitério extramuros de Porto Alegre, processo que envolveu a extinção do cemitério localizado junto à Igreja Matriz¹⁸⁵ e a proibição de se realizar enterros em qualquer outro lugar intramuros (ou zona urbana) da capital, demonstra-se pela ausência de manifestações contrárias ao novo empreendimento, ao menos, de acordo com os documentos existentes.

Ressaltemos que, até a metade do século XIX, no Brasil, trata-se de período em que a convivência entre o mundo dos mortos (cemitério) e dos vivos (ambientes sociais) se dava de forma muito próxima, com cemitérios localizados nos centros das cidades, ao redor das igrejas e, até mesmo, com a realização de sepultamentos nos seus interiores. Era também comum a

¹⁸³ Indicava que tais empreendimentos, para além de desenvolverem a indústria local, gerariam renda que amortizariam o capital empregado para as suas construções.

¹⁸⁴ Grifo do autor. RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1850. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. 2014.

¹⁸⁵ Indicamos como estudo referência sobre o Cemitério da Igreja Matriz: MEIRELLES, Pedro von Mengden. *Um terreno cheio de asperezas: O cemitério da Matriz de Porto Alegre no cotidiano da cidade (1772-1888)*. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. 243p.

existência de cemitérios particulares. Esta proximidade se demonstrava também através da longa preparação que antecedia a morte. Estes preparativos deveriam ser pensados em detalhes e teriam como objetivo obter uma boa morte e o decorrente salvamento da alma. Poderiam, ainda, envolver rituais, tais como a encomenda de missas, para muitos anos posteriores à data de ocorrência da morte¹⁸⁶.

Desse complexo contexto, é importante destacar que tal processo de mudança dos sepultamentos para cemitérios afastados das concentrações urbanas e, ainda, sob a administração de particulares ou instituições leigas, foi iniciado e incentivado pelas reformas liberais prometidas por Pedro I. Conforme Reis:

[...] a lei de 1828 que reestruturava as municipalidades estabelecia que as Câmaras providenciassem a remoção dos mortos das áreas urbanas. Com o passar dos anos, além das Câmaras – que emitiram dezenas de posturas regulamentando as práticas fúnebres –, as Assembleias Provinciais, que começaram a funcionar em 1835, produziram leis que obrigavam as irmandades, paróquias e conventos a abandonar o costume de enterrar seus mortos nas igrejas¹⁸⁷.

A necessidade da reforma tinha como principais fundamentos a ocorrência de diversas epidemias, tais como de febre amarela, varíola entre outras em diversas cidades brasileiras e, decorrente a esta; a ideia de que os mortos poderiam contaminar os vivos. Ambas, teriam sido impulsionadas pelo estabelecimento institucional e desenvolvimento do saber médico na Corte¹⁸⁸. Entendemos que este contexto de mudanças profundas em torno dos enterramentos seria aspecto muito sensível para a população como um todo e, para Porto Alegre, não deveria se dar de modo diferente.

¹⁸⁶ Neste sentido, consultar: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *Enquanto o mundo durar: João de Meira Carrilho e o legado instituído na Misericórdia de Braga (séculos XVII-XVIII)*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2017. NASCIMENTO, Mara Regina do. *Irmandades Leigas em Porto Alegre. Práticas funerárias e experiência urbana. Séculos XVIII-XIX*. Tese de doutorado em História, UFRGS, 2006. REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In ALENCASTRO, Luiz Felipe de (Org.). *História da vida privada no Brasil – Império: a corte e a modernidade nacional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 2 v. 95- 141. RODRIGUES, Cláudia. *Lugares dos mortos na cidade dos vivos: tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997.

¹⁸⁷ REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In ALENCASTRO, Luiz Felipe de (Org.). *HISTÓRIA da vida privada no Brasil – Império: a corte e a modernidade nacional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 2 v. p. 135.

¹⁸⁸ RODRIGUES, Cláudia. Op. cit. P. 23

Neste sentido, destaca-se a Revolta da Cemiterada em 1836, oportunidade em que a cidade de Salvador passou por processo de instituição de lei que proibia o sepultamento dentro das igrejas, passando o serviço de enterramentos para instituição privada, o que causou a indignação e manifestações públicas contrárias à nova legislação. Estas manifestações adquiriram caráter violento, tendo sido incentivadas e também conduzidas pelas mais diversas irmandades existentes naquela localidade¹⁸⁹.

No entanto, para o contexto específico de Porto Alegre, tanto a escolha da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia quanto o recebimento desta informação pelas demais irmandades da cidade, parecem ter se dado de forma tranquila, tendo em vista a ausência de fontes que atestem descontentamento. Aliado aos fatores anteriormente trazidos, podemos também pensar que o fato da administração ter ficado sob o comando de uma irmandade (e não de uma empresa capitalista particular), e ainda, a maior da cidade, deva ter facilitado a escolha e o aceite. Os descontentamentos que passariam a existir por parte das demais irmandades estariam interligados a ajustes relacionados a concessões de partes do terreno administrado pela Santa Casa, que por sua vez visavam o estabelecimento de recortes de terrenos delimitados por irmandade, o que foi concedido. Com isto, estes espaços passavam a ser tratados e denominados como cemitérios próprios de cada irmandade¹⁹⁰.

Nos sentidos abordados, ainda sobre a criação do cemitério municipal extramuros de Porto Alegre e a escolha da Santa Casa para construí-lo e administrá-lo, encontramos referência em Relatório da Província de 1846, ou seja, quatro anos antes da sua fundação. Neste documento, o Presidente da Província descrevia o estado do cemitério ainda existente e indicava como se deu a escolha do novo local e da Irmandade da Santa Casa para administrar o novo cemitério:

Cemitério.

Pouco decente, por não dizer mais, era a maneira porque nesta Cidade se enterravam os mortos. Nem mais impróprio podia ser o lugar, quase no centro da Cidade, e por detrás da principal Igreja aberto por todos os lados, expostas as sepulturas aos olhos de todos, e servindo esse campo de ruínas de pasto, e refúgio a quantos animais por ali vagavam em despeito das posturas da Câmara. E quantas vezes não jaziam à porta da sacristia fechada cadáveres de escravos mal amortalhados, e foçados pelos cães errantes! Espetáculo de repugnante desmazelo, e já não de horror, que extingue na alma o sagrado respeito aos mortos, e que tanto, como à vista, ofende a moral, e os costumes. Não menos danosa era a salubridade pública esse tão pequeno cemitério, mas

¹⁸⁹ Ver: REIS, João José. Op. cit.

¹⁹⁰ De forma similar, também podemos incluir o cemitério dos luteranos.

tão apinhado de cadáveres, cuja exalação, tão sensível ao olfato em dias calorosos, era quase que suficiente para pejar o ar de partículas deletérias.

Para extinguir o escândalo, e esse foco de miasmas, não julguei dever esperar mais. **Fiz com que a Santa Casa se incumbisse da edificação de um novo Cemitério fora da Cidade, em lugar escolhido por uma comissão de pessoas entendidas.**

Foi designado o Alto da Azenha, como reunindo todos os quesitos necessários para um Campo Santo; e para ajudar a Santa Casa nesta empresa de tão grande importância para esta Cidade mandei dar-lhe por empréstimo dos Cofres Provinciais a quantia de 20:000\$000 rs¹⁹¹.

Notemos, pela linguagem utilizada – dialogando com os pareceres médicos do período -, também invocando questões de saúde pública, que esta *comissão de entendidos*, possivelmente, era também composta por ao menos um médico (trataremos, mais adiante, sobre a participação médica nestas comissões). No contexto específico de Porto Alegre, como ainda veremos, as epidemias também eram trazidas como razões para a necessidade de criação de um novo cemitério afastado da zona urbana. Neste sentido, reforçando a influência da medicina no processo de reforma dos cemitérios, assim destacou Mara Nascimento:

O critério de escolha para o local mais apropriado seguiu o exemplo de experiências europeias, ou seja, terrenos altos, secos e ventilados. Os ventos, por um lado, e o escoamento das águas subterrâneas, por outro, fizeram dos Altos da Azenha o espaço ideal. Uma vez mais se observa aí a circulação e o movimento tomados como modelos de intervenção no espaço urbano¹⁹².

Do ponto de vista da autora, tal mudança, mesmo que influenciada pelos preceitos médicos do período, estaria mais ligada ao contexto europeu e à influência de visão liberal, burguesa e capitalista na sua forma de pensar a cidade e de ordenar e modificar o espaço urbano e não a um projeto direto e claro de medicalização da sociedade, encabeçado pela ciência médica. Nas palavras de Nascimento: “as iniciativas médicas e higiênicas são mais frutos, do que provocadoras de tais mudanças”¹⁹³.

Para além destas questões, talvez como aspecto mais importante, destaquemos que o Provedor da Santa Casa naqueles anos, Luís Alves de Lima e Silva, Duque de Caxias, também acumulava o cargo de Presidente da Província (1842 e 1846 [até março], retornando em 1851,

¹⁹¹ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1846. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. 2014.

¹⁹² NASCIMENTO, Mara Regina do. Op. cit.

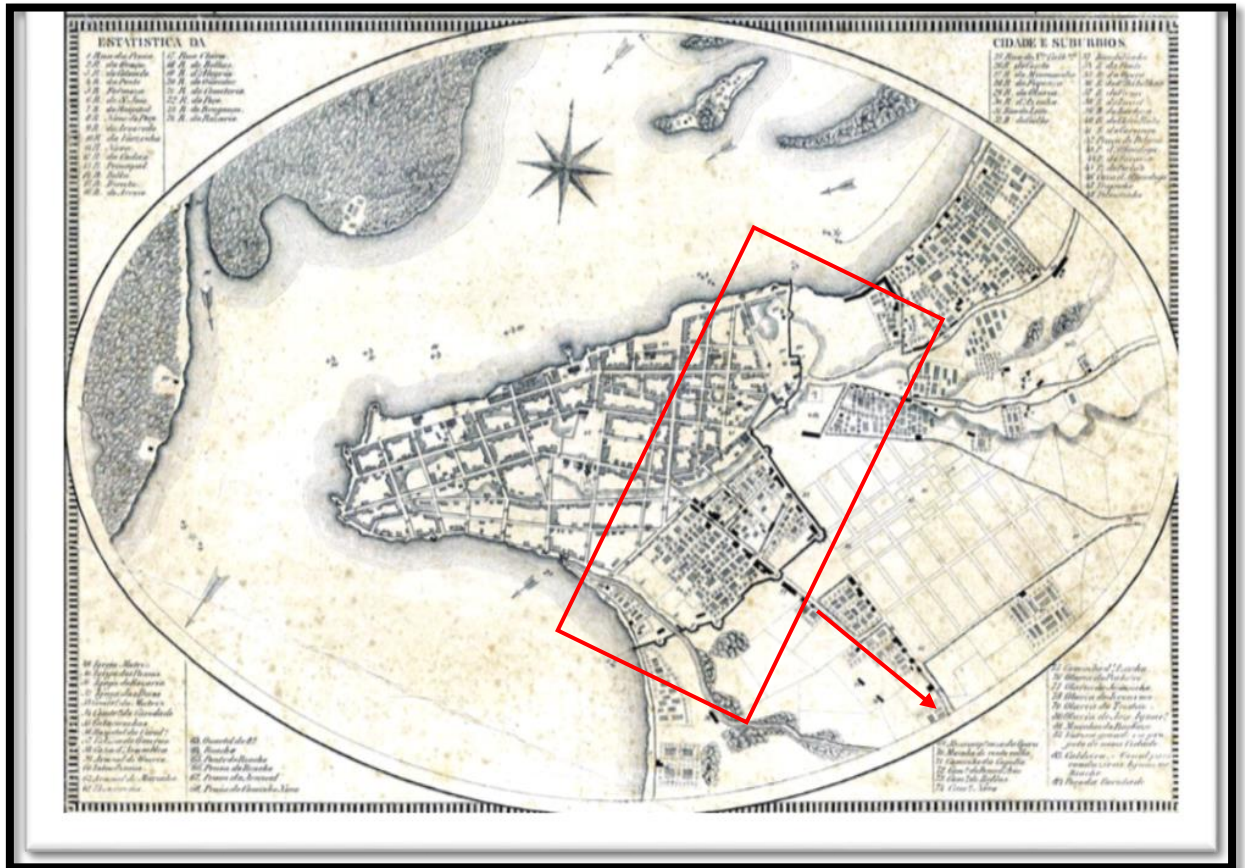
¹⁹³ NASCIMENTO, Op. cit., p. 300

por alguns meses), o que certamente facilitou a escolha da Irmandade para a administração do Cemitério. Neste sentido, como consequência, observamos relação aparentemente amigável entre governo provincial e Santa Casa, inclusive, do ponto de vista financeiro. Os relatórios posteriores, atravessando a década de 1860 e 70, parecem indicar a boa continuidade desta relação, tendo em vista que, juntamente com a descrição dos valores repassados à Irmandade, mostravam-se solícitos aos reclames relacionados à ausência de lucro, por parte da repartição do cemitério. Na realidade, conforme observado por Nascimento, essa boa relação era anterior ao estabelecimento do cemitério, inclusive, com o governo da Província auxiliando na sua construção, através de subsídios financeiros¹⁹⁴.

Abaixo, segue mapa de Porto Alegre de 1839, que nos serve para demonstrar a zona central da cidade, situada na península, possibilitando percebermos nitidamente o perímetro murado, destacado no retângulo vermelho. No realce em forma de seta vermelha, indicamos direcionamento e localização aproximada do futuro cemitério, em região próxima ao limite do mapa.

¹⁹⁴ Ibid., p. 96.

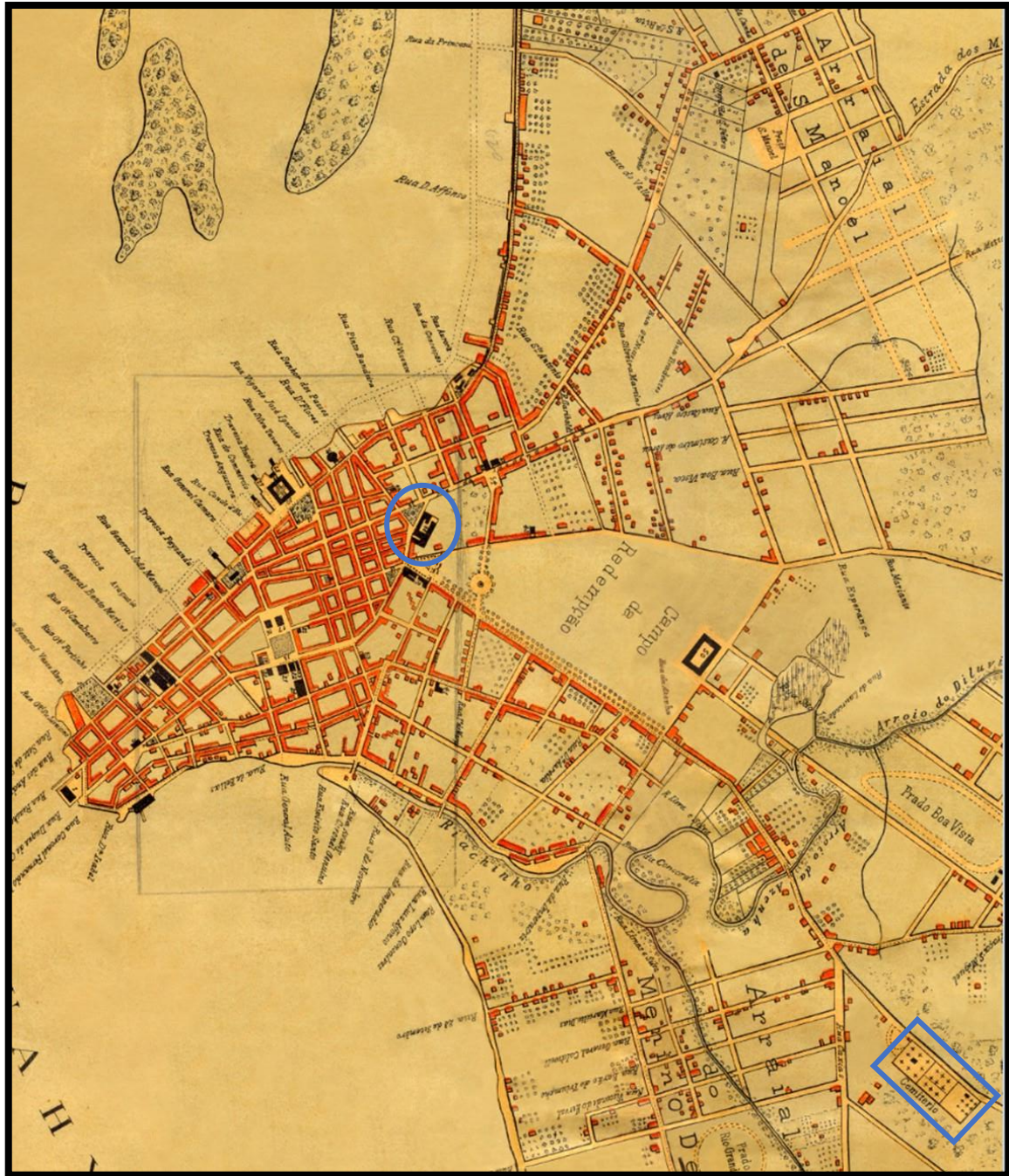
Figura 1: Recorte da Planta da Cidade de Porto Alegre, 1839



Fonte: Os becos através das plantas de Porto Alegre. Blog. Disponível em: <https://becodorosario.com/2017/08/24/os-becos-atraves-das-plantas-de-porto-alegre/#jp-carousel-2275>. Acesso em set. 2017.

Abaixo, segue destaque da planta da cidade de 1888, visando demonstrar a zona central da cidade e o caminho para o Cemitério Municipal, este último destacado no retângulo azul, que perpassa a Freguesia de Menino Deus. Destacamos nesta planta a localização da Sede e Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, visível no círculo azul, muito próximo ao centro da cidade.

Figura 2: Planta de Porto Alegre, 1888, destacando o Cemitério Municipal (retângulo azul) e o Hospital/Sede da Santa Casa de Misericórdia (círculo azul)



Fonte: Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul. Planta de Porto Alegre, 1888.

Entre o centro da cidade até o novo cemitério, ou ainda, da Santa Casa de Misericórdia, local de onde, normalmente, os cadáveres eram levados ao cemitério, a distância ficava em

torno de 5 km, por meio de estrada pouco apropriada para tal transporte. Aliás, a passagem sobre o Arroio Dilúvio foi um grave problema, durante anos¹⁹⁵.

Com uma população estimada em cerca de 17.000 habitantes no ano de inauguração do cemitério¹⁹⁶, podemos estimar que o número de enterramentos não deve ter sido pequeno, isto considerando também a população flutuante, visto que a economia da cidade girava em torno de um porto. Neste circuito, devemos também considerar os imigrantes que, antes de se direcionarem para as colônias do interior, aportavam em Porto Alegre. Buscando um parâmetro sobre o número de sepultamentos nos primeiros anos de atividade do novo cemitério, em 1856 ocorreram 741 enterramentos¹⁹⁷.

Voltando a explorar o Relatório do Presidente da Província de 1850, encontraremos passagem que especifica alguns dos argumentos que apontavam para a necessidade de instalação do novo cemitério, bem como, informações sobre os seus primeiros momentos de funcionamento:

Cemitério da Santa Casa da Capital

Este útil Estabelecimento está prestando valiosos serviços a esta Capital, já no sentido da moral e da Religião, como no sentido da saúde pública.

Com efeito às inumações verificadas no pequeno terreno que fica por detrás da Igreja Matriz, futura Catedral desta Cidade, comprometia todas as ideias de civilização, de piedade, e de prudência relativa a sua salubridade. Os animais descobriram ali os cadáveres, quando quisessem, e exalações mefíticas dariam força às moléstias epidêmicas, ou a qualquer peste que viesse decimar a população. Os próprios selvagens respeitam os restos dos seus mortos, e zelam de sua própria saúde.

Por isso, e temendo que semelhante foco de enfermidades aumentasse os estragos da febre amarela, e escarlatina, que simultaneamente nos ameaçavam, entendi-me com o digno Presidente da Câmara Municipal o Doutor Luiz da Silva Flores, e mediante um artigo de posturas que decretou acertada medida de polícia sanitária, proibi todo e qualquer enterro não só naquele lugar, como em qualquer outro dentro dos muros da Cidade.

Para o efeito de tornar mais fácil e menos dispendioso, o serviço dos carros fúnebres modifiquei o regulamento destinado para o serviço do dito Cemitério, pelo modo que vos será presente. Tenciono no fim de dezembro mandar abonar à Santa Casa da Misericórdia a diferença que contra ela houver em semelhante serviço, por conta do crédito votado para as despesas

¹⁹⁵ Vide: RELATÓRIOS DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1870-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010. RELATÓRIO apresentado pela administração do cemitério extra-muros (1856). 1857. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

¹⁹⁶ FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul* – Censos do RS 1803-1950. Porto Alegre, 1981.

¹⁹⁷ Tendo em vista que não temos os dados relacionados a 1850. RELATÓRIO APRESENTADO PELA ADMINISTRAÇÃO DO CEMITÉRIO EXTRA-MUROS (1856). 1857. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

eventuais; então provavelmente concordarei em que ela eleve razoavelmente o preço dos transportes. Não me parece porém justo, ao menos sem profundo exame e experiência de algum tempo, que se lhe dê o exclusivo para esses transportes, e ainda quando fosse ele autorizado, deverão exceptuar-se em alguma os coches das próprias famílias ou íntimos amigos dos mortos, por que o contrário seria ofender em momentos dolorosos as últimas consolações de perdas as mais sensíveis¹⁹⁸.

Destaca-se, neste trecho, a preocupação com a relação entre enterramentos em locais inapropriados e ação das doenças e manifestações epidêmicas de febre amarela e escarlatina, indo ao encontro das motivações ligadas à medicina, constantes nas reformas de Pedro I. Disso, verificamos a reafirmação, via postura municipal, de que a partir da inauguração do cemitério extramuros não se poderia mais ocorrer enterramentos em qualquer lugar situado dentro dos muros da cidade, buscando assim, minimizar a ocorrência de doenças.

No trecho acima citado já se tornam evidentes os primeiros problemas surgidos em decorrência dos trâmites de sepultamento estarem centralizados na Santa Casa de Misericórdia, entre eles, a condução dos cadáveres. Este serviço deveria ser rentável e se demonstrava como indispensável devido à distância entre o cemitério e a zona central da cidade. No entanto, também se mostrou custoso, principalmente, pela quebra dos carros, em decorrência da precariedade da estrada.

Buscando dar conta de toda essa complexidade, bem como, de estabelecer as regras da administração do novo cemitério e a sua organização, foi criado o *Regimento do Cemitério da Cidade de Porto Alegre*¹⁹⁹, aprovado pela Mesa da Irmandade em novembro de 1848 (que seria revisto em 1889, possivelmente devido às mudanças legais advindas com a República). Este regimento contém elementos relevantes para a análise sobre os procedimentos e documentos que orbitavam os registros dos óbitos e os atestados médicos sobre a causa de morte, dentro do seu contexto específico de produção.

O Regulamento, aprovado pela Assembleia Legislativa em novembro de 1850²⁰⁰, descrevia e delimitava a administração do Cemitério, expondo os seus processos, fluxos, cargos, valores etc., enfim, tudo o que dizia respeito aos serviços prestados pela Irmandade, naquele

¹⁹⁸ Grifo do autor. RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1850. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. 2014.

¹⁹⁹ REGIMENTO PARA O CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE (1848). Correspondência entre Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e governo provincial. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

²⁰⁰ COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

mister. Do capítulo 5, que trata sobre a “condução dos corpos”, destaquemos os seguintes artigos:

Art. 39. Receberão os Corpos nas Igrejas das respectivas Freguezias depois de encomendados e, ou seguirão imediatamente para o Cemitério, ou para o depósito ao lado da Capella do Senhor dos Passos.

Art. 41. Não se mandará receber corpo algum, sem que primeiramente se apresente ao Mordomo uma nota com o nome, idade, naturalidade, estado, profissão e condição do morto, e bem assim um atestado do Facultativo que declare a causa presumível da morte: este atestado terá o – visto – da autoridade policial do distrito.

Art. 42. Satisfeita a disposição do Artigo antecedente, o Mordomo dará a pessoa encarregada do enterro um bilhete para no Cemitério ser recebido o corpo, e sepultado. Este bilhete será numerado e conterá o nome do Corpo, o dia, mês e ano, e designará se a de ser sepultado no chão ou em catacumbas²⁰¹.

Conforme o *Compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*²⁰², regulamentação máxima sobre o funcionamento da Instituição abrangendo todas as suas repartições, o Mordomo do Cemitério se constituía como o principal funcionário daquela seção, pesando sobre ele toda a responsabilidade da execução do Regimento. De acordo com o artigo 41, verificamos que o atestado de óbito se demonstrava como documento obrigatório dentro do processo de sepultamento, principalmente, para a identificação da causa de morte. Infelizmente, não foram encontrados os atestados apresentados à secretaria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Na realidade, de acordo com as fontes analisadas, sequer sabemos por quanto tempo a Santa Casa guardava este documento.

O antigo Regimento do Cemitério seria modificado em 1889, assim como os trâmites para os enterramentos, muito provavelmente em decorrência do Decreto 9.886. E, de fato, o novo documento nos indica esta relação no seu artigo 27:

Art. 27: Nenhum sepultamento se fará no cemitério, sem que os interessados apresentem ao administrador a competente guia passada na secretaria da Santa Casa. Esta guia conforme o modelo anexo só será expedida à vista da certidão do Escrivão de Paz do distrito em que se tiver dado o falecimento (Art. 74 do regulamento aprovado pelo Decreto. n. 9886 de 7 de março de 1888) ou de autorização do inspetor do quartelão, escrita no atestado médico, no caso do

²⁰¹ REGIMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE (1848). Op. cit.

²⁰² COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Op. cit.,

Art. 75 do dito regulamento, ou de idêntica autorização no caso do parágrafo único do Art. 20 deste regulamento²⁰³.

Lembramos que o artigo 74 do Decreto 9.886 discorria sobre a necessidade de apresentação do atestado de óbito emitido por cirurgião ou médico para que o assento de óbito fosse lavrado e emitida a certidão do Escrivão de Paz do distrito. Esta certidão seria o documento necessário para que fosse expedida a guia de sepultamento, que por sua vez deveria ser apresentada, com o corpo do falecido, no Cemitério da Santa Casa de Misericórdia.

E será por meio da alusão ao atestado de óbito e à guia de sepultamento, constante no Regulamento do Cemitério, que descobriremos as mais importantes informações a respeito dos dados que competiam aos médicos fornecerem. De acordo com o Artigo 28 do Regulamento do cemitério é trazido que:

Os facultativos são obrigados a declarar nos atestados de óbito, que passarem, o nome e cognome, filiação, naturalidade, idade, cor, estado, profissão e morada do finado, a moléstia de que falecera e o dia e hora do falecimento²⁰⁴.

A informação da denominação da cor seria assim definida pelo médico ou cirurgião e, por ter contato direto com o corpo e de ser a autoridade oficial para a execução daquele procedimento, é pouco provável que tal indicação fosse solicitada (pelo médico, quando presente) aos familiares, amigos ou conhecidos da pessoa morta.

Neste sentido, a guia de sepultamento é um tanto ilustrativa sobre alguns dos procedimentos e informações que estavam ausentes do texto do Decreto 9.886 (e das legislações anteriores relativas aos registros de óbitos), como podemos verificar:

²⁰³ REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Op. cit.

²⁰⁴ Ibid., p. 9. Grifo nosso.

Figura 3: Modelo de Guia de Sepultamento

28

Modelo da guia de sepultamento

CEMITERIO DA MISERICORDIA EM PORTO ALEGRE.

Freguezia de

Nº

O Administrador do Cemiterio receba e mande enter-
rar em uma das
o cadaver de
Idade
Naturalidade
Côr
Estado
Profissão
Morada
Causa certa ou presumivel da morte
Hora do fallecimento

O enterramento terá lugar estando a presente guia com
o — visto — e — rubrica — do respectivo Parocho.

Mordomia do Cemiterio em Porto Alegre de
. de 18.

O Mordomo,
.

Visto e encommendado nesta Freguezia de.
.

O Parocho,
.

Effectuou-se o enterramento no jazigo determinado
nº. ás horas do dia de
de 18., e fica lançado á fls. do Livro. de
Obitos.

O Administrador,
.

Porto Alegre, 15 de Abril de 1889.
Assignados: — Servindo de Provedor, Irmão Fran-

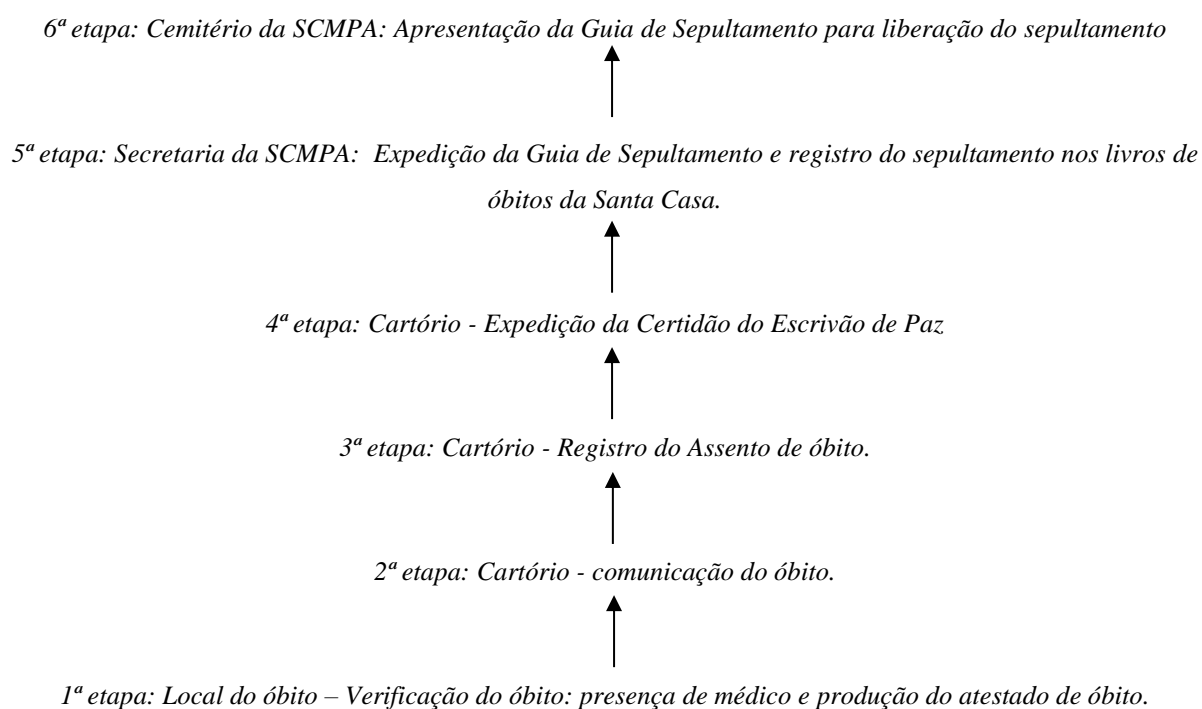
Fonte: REGULAMENTO do Cemitério da Cidade de Porto Alegre. Aprovado pela lei provincial n. 1873 de 18 de junho de 1889. Porto Alegre, 1889. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. Fotografia registrada pelo autor.

Os dados solicitados pela guia seriam fornecidos, quando da presença de médico, por meio do preenchimento do atestado de óbito. A partir das guias seriam preenchidos os campos

informativos contidos nos livros de sepultamentos da Santa Casa de Misericórdia. A ordem de disposição das informações da guia é similar à adotada nos livros de sepultamentos (ou *livros de óbitos*, assim comumente denominados).

Analiseemos um pouco mais a guia de sepultamento. A informação sobre a cor do defunto, como podemos observar, é solicitada de maneira explícita no documento. Observamos, ainda, que o espaço destinado para a indicação da causa da morte é um tanto reduzido, o que significa não requerer descrições minuciosas sobre o exame realizados. Aliás, os livros de registros espelhavam as guias também neste sentido, tendo em vista o campo reduzido em que as causas eram transcritas. Um outro aspecto interessante percebido na guia é o de que, apesar da secularização dos registros de óbitos a partir do final da década de 1880, os párocos continuavam a deter papel importante nos processos burocráticos e legais relacionados à morte, mesmo que não fossem solicitados ou sequer mencionados pela legislação nacional, que tratava sobre os registros de óbitos.

Tendo como base o Decreto 9.886 e o Regulamento da Santa Casa, realizamos uma espécie de fluxo constando as etapas e procedimentos burocráticos previstos para sepultamento no Cemitério da Santa Casa de Misericórdia e, em decorrência, para a composição das informações dos livros de óbitos. Este se daria do seguinte modo, constando o local, a ação e produção dos documentos pertinentes:



Para período anterior ao Decreto 9.886, conforme o Regimento do Cemitério da Santa Casa (1848) nos informa, a principal mudança em relação ao fluxo acima trazido seria a ausência do Registro de Ofício, pois o atestado médico já se fazia necessário, assim como a expedição de guia (ou bilhete) pela secretaria da Santa Casa (pelo Mordomo), para a realização do sepultamento.

Conforme visto, o Regimento do Cemitério de 1848 não indicava, ao menos não de maneira tão explícita como identificado no Artigo 28 do Regulamento de 1889, as informações que cabia ao médico preencher no atestado de óbito. Porém, diante dos elementos anteriormente trazidos e considerando o peso das práticas e costumes para a conformação das leis²⁰⁵, presumimos que as informações solicitadas pelo artigo 41 do antigo Regimento²⁰⁶ também seriam atestadas pelo médico, o que incluía a informação da cor, tão recorrente naquela documentação, o que também nos demonstra a importância da sua identificação como marcador social, naquele contexto. E, tendo em vista a sua relevância, nada mais natural de que esta fosse confirmada e descrita por uma espécie de autoridade profissional.

Sob outro ponto de vista, mas ainda ligado ao peso das práticas e costumes relacionados aos processos e rituais de sepultamento²⁰⁷, notemos que, de acordo com o artigo 39²⁰⁸ do Regimento de 1849, as conduções da Santa Casa de Misericórdia (ou diretamente o cemitério), receberiam os corpos, advindos das Igrejas das Freguesias, após *encomendados*. Naqueles locais não somente os corpos seriam preparados sob os costumes religiosos, mas também seria produzido o registro eclesiástico. Conforme deduzido das informações constantes na guia de sepultamento sobre o envolvimento dos párocos, observamos que, mesmo após 1889, os procedimentos e costumes religiosos locais ainda se davam sob forma muito similar aos anos anteriores da secularização dos registros civis.

²⁰⁵ Entendemos que uma prática anteriormente adotada, talvez aliada a interesses da classe médica (ainda que não comprovada), embasaria a sua incorporação para o plano legal, isto é, para as diretrizes do Regulamento. Sobre o peso dos costumes para o estabelecimento das leis, ver: THOMPSON, E. P. *Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

²⁰⁶ Art. 41. Não se mandará receber corpo algum, sem que primeiramente se apresente ao Mordomo uma nota com o nome, idade, naturalidade, estado, profissão e condição do morto, e bem assim um atestado do Facultativo que declare a causa presumível da morte: este atestado terá o – visto – da autoridade policial do distrito. REGIMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE (1848). Op. cit.

²⁰⁷ Vide capítulo 3 da tese de Mara Nascimento. NASCIMENTO, Mara Regina do. *Irmandades Leigas em Porto Alegre. Práticas funerárias e experiência urbana. Séculos XVIII-XIX*. Tese de doutorado em História, UFRGS, 2006.

²⁰⁸ Art. 39. Receberão os Corpos nas Igrejas das respectivas Freguezias depois de encomendados e, ou seguirão imediatamente para o Cemitério, ou para o depósito ao lado da Capella do Senhor dos Passos.

2.3 OS REGISTROS DE ÓBITOS, SUA MULTIPLICIDADE E CONTEÚDO

Expandindo a análise sobre esse contexto, salientamos que a realização concomitante de registros pela Igreja e Estado não se deu somente entre 1876 e 1888, em Porto Alegre. Na realidade, deu-se regularmente durante boa parte da Primeira República, ao menos para algumas paróquias da capital gaúcha. Tratando especificamente do período final da produção de registros de óbitos pelas paróquias, foi observado o seguinte cenário: Nossa Senhora das Dores, até, ao menos, 1914; Nossa Senhora da Conceição, 1902; Nossa Senhora do Rosário, adentrou a República Nova, com registros até 1939; Nossa Senhora de Belém, 1917. Para algumas das paróquias citadas, os registros de batismos e matrimônios continuaram sendo realizados por ainda mais tempo do que o apontado para os registros de óbitos.

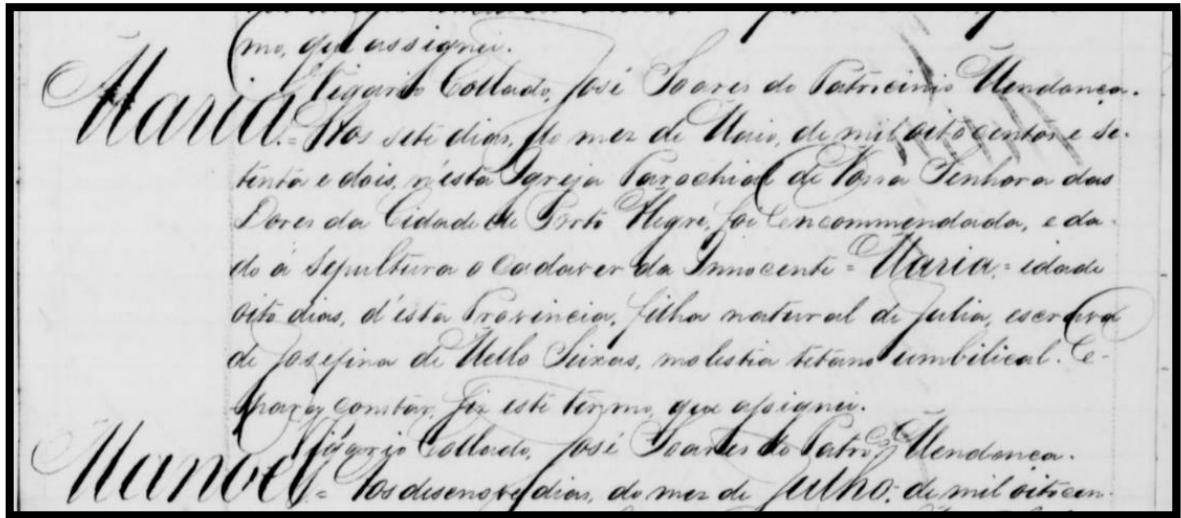
Considerando este cenário, podemos pensar que a Santa Casa de Misericórdia, imersa entre os costumes religiosos e as diversas legislações que envolviam os óbitos e seus registros naquela sociedade, demonstrava bom trânsito no desenvolvimento dos serviços de administração do seu Cemitério ao longo da segunda metade do século XIX, reafirmando assim, o grau de importância e legitimidade que possuía para aquela sociedade.

Do contexto verificado, tendo em vista a existência de duas ou mais instituições produzindo registros de óbitos, poderíamos aventar a possibilidade dos livros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia não comportarem a totalidade dos registros de mortes realizados pelas paróquias e cartórios da cidade. No entanto, do cruzamento dos registros de óbitos eclesiásticos, civis e da Santa Casa de Misericórdia foi possível verificar que, com a exceção dos registros da Freguesia de Belém, localizada na zona rural da cidade e que tinha o seu próprio cemitério, todos os demais foram replicados pela Santa Casa de Misericórdia, nos seus livros²⁰⁹.

Mesmo que se tratassem de múltiplos registros sobre um mesmo indivíduo, verificamos que há diferenças na disposição dos dados, bem como, informações também distintas. Nos registros eclesiásticos e civis, as informações são descritas sob a forma de um texto, em bloco, contendo cerca de três ou quatro registros por página do livro de registros.

²⁰⁹ Desse modo, é importante destacarmos que, pela amplitude geográfica e social oferecida, escolhemos para esta pesquisa os registros de óbitos dos livros da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e não os demais.

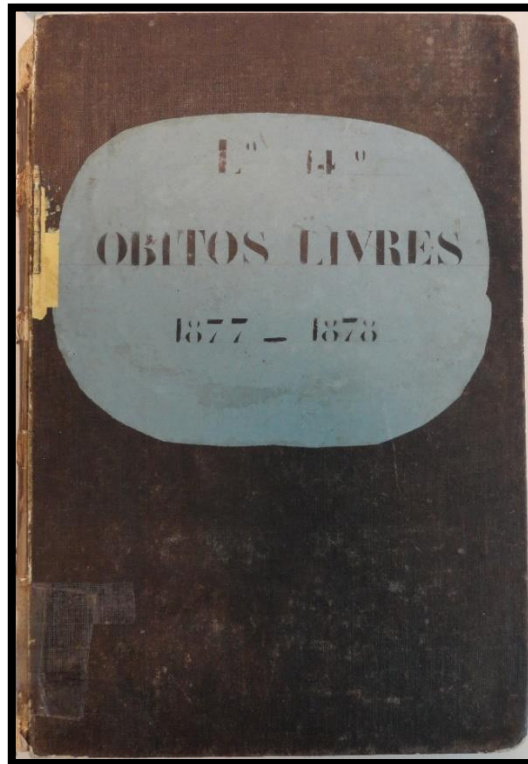
Figura 4: Registro Eclesiástico de óbito. Trecho de página de livro - Paróquia Nossa Senhora das Dores - 1872



Fonte: Arquivo da Cúria Metropolitana de Porto Alegre. Fotografia registrada pelo autor.

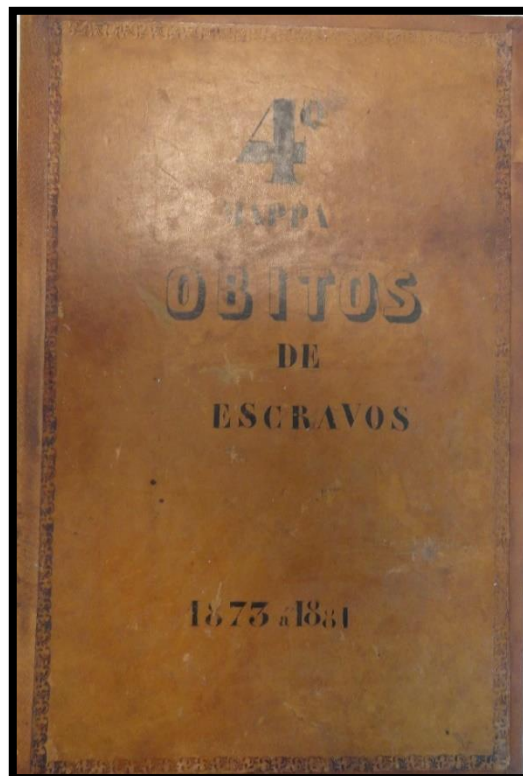
A mesma organização se dava nos livros de óbitos da Santa Casa, até a década de 1870. No entanto, no final da década, as informações passaram a ser trazidas e dispostas de forma mais objetiva: cada óbito é descrito em linha individual perpassada por colunas que, no seu cabeçalho, informam o tipo de dado que deverá ser inserido. Forma assim, uma grande grade de campos informativos, em páginas de dimensões imensas (cerca de 70 a 80 cm de altura e 40cm de largura, para os livros da década de 1880 em diante). Destacamos, ainda, que escravos e livres eram registrados separadamente, em livros próprios.

Figura 5: Livro de óbitos - Pessoas Livres (1877-1878)



Fonte: Centro Histórico-Cultural Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Fotografia registrada pelo autor.

Figura 6: Livro de óbitos - Escravos (1873-1881)



Fonte: Centro Histórico-Cultural Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Fotografia registrada pelo autor.

No que se refere ao teor das informações, nos livros da Santa Casa alguns dos dados contidos nos registros eclesiásticos não são descritos, tais como o nome do pároco e das testemunhas do óbito. Também de forma diversa, nos registros cartoriais realizados pós 1889 consta o nome do escrivão, das testemunhas e dos médicos que atestaram o óbito, informações estas não trazidas e solicitadas pelos livros de óbitos da Santa Casa.

Para os anos anteriores aos direcionamentos do Decreto 9.886, quando somente existiam os registros eclesiásticos e os da Santa Casa de Misericórdia, presumimos que a informação sobre o nome do médico ficou restringida ao atestado de óbito que, possivelmente, ficava sob posse da Santa Casa, como parte do processo de expedição da guia de sepultamento. Considerando a guia de sepultamento réplica sintetizada das informações constantes nos atestados de óbitos, é possível identificar o momento em que o nome do médico se perdia nos trâmites burocráticos daquela instituição, já que a guia de sepultamento não solicitava tal informação. Porém, ao pesquisarmos sobre a existência dos atestados de óbito nos arquivos do Centro Histórico-Cultural Santa Casa de Porto Alegre, não encontramos qualquer exemplar²¹⁰.

Em contrapartida, os cartórios civis, ao considerarem o modelo trazido no Decreto 9.886, recolhiam nos seus livros a informação do médico responsável pelo atestado de óbito. Deste cenário, também é importante mencionar uma das maiores barreiras enfrentadas por este estudo: o de não termos obtido acesso pleno para pesquisa dos registros civis de óbitos, que estão sob guarda da Serventia Registral da 4ª Zona de Porto Alegre²¹¹.

Outras distinções entre os registros são observadas ao compararmos os livros de óbitos das pessoas livres ao das escravas, ambos produzidos pela Santa Casa de Misericórdia: para as escravas, a ausência dos subitens que indicavam a multiplicidade de classes de locais de enterramento, sugerindo que os escravos raramente tinham a possibilidade de terem os seus sepultamentos realizados em lugar diverso ao “Campo santo”; e, no acréscimo do campo informativo “A quem pertencia”, na qual deveria ser indicado o senhor do escravo.

Verificamos, também, algumas diferenças estéticas entre estes livros: no volume destinado aos escravos as linhas das grades e o próprio cabeçalho de informações eram produzidos à mão, diferentemente do livro de pessoas livres, que tinham estas partes impressas.

²¹⁰ Uma grande dificuldade é que o Centro Cultural da SCMPA não possui um catálogo dos documentos arquivados.

²¹¹ O ingresso para pesquisa não foi permitido. As informações trazidas nesta pesquisa sobre os registros de óbitos que estão de posse daquela Serventia, foram obtidas por meio de breve consulta sobre os livros, realizada durante reunião com o gerente do Cartório, e da solicitação de “Certidões de Óbito de Inteiro Teor”, pagas conforme a tabela de emolumentos vigentes no país. Destaquemos que foi impetrado pedido de acesso à documentação junto ao Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, mediante protocolo Nº 2015120735695 que, porém, foi negado.

Denotamos, por estes detalhes, já no registro do óbito e no seu principal instrumento de memória, um certo desleixo para quando a morte fosse de um escravo.

Mais especificamente sobre as informações constantes nos registros, no livro das pessoas livres eram requeridas: “Número” (número de registro); “épocas dos sepultamentos” (data de entrada no cemitério, em dia, mês e ano); “nomes”; “idades”; “naturalidades”; “cores”; “estados” (estado civil); “profissões”; “causa da morte”; “conduções” (até o cemitério); “onde foram enterrados”, constando aí os subitens “número das catacumbas” divididas em 1^a, 2^a, 3^a ordem e “jazigos de gradeamento”, “sepulturas de entre muros” e “sepulturas do Campo Santo”; e por último, o campo “observações”, constando em alguns casos o local de falecimento (hospital da Santa Casa de Misericórdia ou Casa de Correção, por exemplo) ou outras informações.

No livro das pessoas escravas, eram solicitadas apenas as seguintes informações: “Número do bilhete”; “Época do sepultamento”; “Nomes”; “A quem pertencia”; “Idade”; “Naturalidade”; “Cor”; “Estado”; “Profissão”; “Causa da morte”; “Condução”; “Onde foram enterrados”. No entanto, para anos anteriores a 1874, a informação “Profissão”, não constava nas páginas do livro.

Abaixo, imagens do interior dos livros:

Figura 7: Interior Livro de óbitos - Escravos (1873-1881)

Número do Óbito	Epoca		Nome	Apelido pertencente	Idade	Naturalidade	Estado	Profissão	Causa da Morte	Condicação	Enterro	Número do Óbito	
	Ano	Mês											
6379	10	Maio	1873	Virgínia	José de Castro	50	Apucarana						
6380	23	"	"	José	Francisco de S. S. S. S.	70	Santa Cruz						
6381	27	"	"	Engenheiro	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6382	28	"	"	José	Francisco de S. S. S. S.	20	Santa Cruz						
6383	30	"	"	Anna Paula	Luiz Gomes de Carvalho	37	Santa Cruz						
6384	1	Junho	"	José	Francisco de S. S. S. S.	22	"						
6385	2	"	"	Manoela	Roberto de S. S. S. S.	20	Santa Cruz						
6386	9	"	"	Luiz	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6387	11	"	"	Anna	Francisco de S. S. S. S.	25	Santa Cruz						
6388	"	"	"	Francisco	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6389	"	"	"	José	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6390	23	"	"	José	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6391	25	"	"	José	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6392	27	"	"	Antônio	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6393	7	Julho	"	Antônio	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6394	8	"	"	Antônio	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6395	12	"	"	Antônio	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6396	23	"	"	Eva	Francisco de S. S. S. S.	30	"						
6397	"	"	"	Antônio	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6398	"	"	"	Antônio	Francisco de S. S. S. S.	20	"						
6399	25	"	"	Antônio	Francisco de S. S. S. S.	20	"						

Fonte: Centro Histórico-Cultural Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Fotografia registrada pelo autor.

Figura 8: Livro de óbitos - Pessoas Livres (1877-1878)

Obitos de pessoas livres.				Idades		Causas presumíveis da morte	Onde foram enterrados								Observações					
				Sexo	Estado		Localidade	Cor	Estado											
N.º de Inscrição das 48 Horas	Espécie dos Sepultamentos			Dia	Mês	Anno	Causas presumíveis da morte	Cor	Estado									Observações		
	Sexo	Mês	Anno							1.º C. de Enterramento	2.º C. de Enterramento	3.º C. de Enterramento	4.º C. de Enterramento	5.º C. de Enterramento	6.º C. de Enterramento	7.º C. de Enterramento	8.º C. de Enterramento		9.º C. de Enterramento	10.º C. de Enterramento
25721	M	M	1873	Maria	Maria	27	Ida. sup.	Velh.	branca	branca								1123	P. de Santa Casa	
25722	M	M	"	Luz	Antônio	28	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1124	P. de Santa Casa
25723	M	M	"	João	João	5	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1125	P. de Santa Casa
25724	M	M	"	João	João	31	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1126	P. de Santa Casa
25725	M	M	"	João	João	1	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1127	P. de Santa Casa
25726	M	M	"	João	João	7	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1128	P. de Santa Casa
25727	M	M	"	João	João	13	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1129	P. de Santa Casa
25728	M	M	"	João	João	14	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1130	P. de Santa Casa
25729	M	M	"	João	João	15	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1131	P. de Santa Casa
25730	M	M	"	João	João	16	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1132	P. de Santa Casa
25731	M	M	"	João	João	17	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1133	P. de Santa Casa
25732	M	M	"	João	João	18	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1134	P. de Santa Casa
25733	M	M	"	João	João	19	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1135	P. de Santa Casa
25734	M	M	"	João	João	20	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1136	P. de Santa Casa
25735	M	M	"	João	João	21	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1137	P. de Santa Casa
25736	M	M	"	João	João	22	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1138	P. de Santa Casa
25737	M	M	"	João	João	23	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1139	P. de Santa Casa
25738	M	M	"	João	João	24	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1140	P. de Santa Casa
25739	M	M	"	João	João	25	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1141	P. de Santa Casa
25740	M	M	"	João	João	26	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1142	P. de Santa Casa
25741	M	M	"	João	João	27	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1143	P. de Santa Casa
25742	M	M	"	João	João	28	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1144	P. de Santa Casa
25743	M	M	"	João	João	29	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1145	P. de Santa Casa
25744	M	M	"	João	João	30	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1146	P. de Santa Casa
25745	M	M	"	João	João	31	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1147	P. de Santa Casa
25746	M	M	"	João	João	1	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1148	P. de Santa Casa
25747	M	M	"	João	João	2	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1149	P. de Santa Casa
25748	M	M	"	João	João	3	Ida. sup.	Velh.	branca	branca									1150	P. de Santa Casa

Fonte: Centro Histórico-Cultural Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Fotografia registrada pelo autor.

Visando melhor compreender estes dados, tratemos agora sobre os sentidos das principais informações requeridas nos livros da Santa Casa, fazendo uso do universo dos registros de óbitos formado pelo nosso banco de dados. Buscamos também, nesta abordagem, demonstrar aspectos metodológicos básicos que nortearam a sistematização e análise os dados extraídos dos livros da Santa Casa de Misericórdia, de acordo com os significados das informações.

Conforme indicado, o recorte temporal específico desta abordagem, situado entre 1875 e 1895, está intrinsecamente ligado à utilização desta fonte. O banco de dados construído a partir da transcrição dos registros de óbitos da Santa Casa se detém sobre os seguintes anos: 1875 a 1889, biênio 1891-1892, biênio 1894-1895. O primeiro recorte, mais amplo e sem intervalos, foi assim delimitado por conter os últimos anos da escravidão naquela cidade. Se do ponto de vista quantitativo esse período pode parecer menos significativo em relação aos anos anteriores (veremos os dados sobre pessoas escravizadas em Porto Alegre adiante, no capítulo 2), observemos contexto de extrema complexidade no que toca às diferentes condições de escravidão e liberdade e as suas nuances.

O ano de 1884, conforme registros do período, foi entendido como o ano da abolição da escravidão em Porto Alegre, sendo que, na realidade, conforme bem demonstrado por estudos atuais²¹², tratava-se mais de um discurso do que uma prática efetiva. Muitos dos escravos existentes passavam a ser incluídos na categoria *libertados sob condição* (outros continuavam simplesmente como escravos, o que resultava, na prática, na continuidade da escravidão, que perdurou até 1888, com a abolição oficial). Em tempo, destaca-se que os livros de óbitos confirmam e ao mesmo tempo contradizem o discurso da abolição em 1884: se o livro de óbitos de pessoas escravas é colocado em desuso em 1885, verificamos que naquele ano seriam ainda trazidos três registros: dois em abril e um em agosto. Além disso, ainda que sendo raros os registros de óbitos identificados sob a categoria de liberto sob condição, destaca-se que estes não eram arrolados nos livros de óbitos de pessoas escravas, mais sim nos livros de pessoas

²¹² Trataremos mais detidamente sobre esta condição, adiante. Ainda que raros nesta fonte, quando indicados sob essa condição, eram trazidos nos registros de óbitos de pessoas livres como “Contratado de...”. Mais informações sobre os libertos sob condição, ver: KROB, Bruna. *Com a condição de servir gratuitamente a mim ou a meus herdeiros: Alforrias, contratos e experiências de trabalho de libertos (Porto Alegre, 1884 - 1888)*. 2016. 263f. Dissertação (Mestrado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2016]. MOREIRA, Paulo Roberto S. “Portanto, os senhores exigindo dos escravos mais do que podem, cometem homicídio”: vida e morte de indivíduos cativos nos oitocentos através dos registros de óbito (Porto Alegre/RS). *Espaço Plural*, nº 22, 2010.

livres como “Contratado de...”. Por fim, desse recorte específico, temos ainda o primeiro ano após a extinção da escravidão.

O segundo recorte, para além de buscar alongamento temporal para estudo sobre as questões sociais e raciais, busca o exame do problema sob um período de epidemia, visto que, naquele biênio, ocorreu forte epidemia de varíola²¹³. O terceiro recorte busca analisar período em que a população da cidade havia aumentado drasticamente em relação à década de 1870.

Se em 1872 o número de habitantes estava aferido em cerca de 44.000 habitantes, em 1895 já passava dos 60.000. Até aquele biênio, nunca na história de Porto Alegre o número de óbitos anuais foi tão elevado, sob condições normais, isto é, sem a ocorrência de epidemias. Junto ao crescimento populacional, trata-se de recorte temporal em que, já decorridos cinco anos após a abolição, a cidade adquiria cada vez mais pluralidade cultural e étnica e, em decorrência, gerava maior complexidade na organização do mundo social, tornando-se período interessante para a análise aqui realizada.

Desse período delimitado, temos a seguinte quantificação de registros, por ano:

²¹³ OLIVEIRA, Daniel. *Morte e vida feminina: mulheres pobres, condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1900)*. 2012. 293f. Dissertação (Mestrado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2012].

Quadro 1: Quantificação dos registros de óbitos por anos²¹⁴

Ano	Registros
1875	1153
1876	1169
1877	1057
1878	1204
1879	1164
1880	1098
1881	1079
1882	1168
1883	1213
1884	1224
1885	1291
1886	1215
1887	1285
1888	1574
1889	1556
1891	2248
1892	2117
1894	1993
1895	1984
Total	26792

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Passemos a descrever um breve panorama sobre as informações que compõem os livros da Santa Casa de Misericórdia e, em decorrência, o banco de dados produzido para esta pesquisa.

Sexo

Em relação ao sexo, verificado a partir do nome dada a ausência de campo sobre esta distinção nos livros, obtivemos a seguinte relação e proporção: 12.039 (44,94%) óbitos referentes a pessoas do sexo feminino, 14.509 (54,15%) do sexo masculino e, considerando os registros de cadáveres de pessoas desconhecidas ou nomes ilegíveis ou que despertavam dúvida quanto à determinação do sexo: 244 (0,91%).

Idade

Em relação à idade, o campo é preenchido com informações que variam em horas, dias, meses e anos de vida. Para a potencialização da análise sobre estes dados, foi requerida a sistematização do tempo de vida por faixas etárias, estabelecidas de forma que dialogassem com a bibliografia existente sobre mortalidade. No entanto, este estabelecimento também se

²¹⁴ Todos os quadros e gráficos apresentados foram produzidos pelo autor.

mostrou complexo, tendo em vista a multiplicidade e diversidade com que os pesquisadores compõem as faixas etárias.

Primeiramente, observemos que não há uma regra específica para o estabelecimento de faixas etárias em pesquisas demográficas (ou seja, abrangendo não somente estudos sobre a mortalidade). De outra maneira, consultando diversas pesquisas do campo, não encontramos discussões ou referências que trouxessem embasamento teórico e metodológico para as aplicações utilizadas. Porém, ao consultar estudos referências da área de mortalidade²¹⁵ foi possível identificar semelhanças e recorrências entre as faixas utilizadas pelos pesquisadores, que por vezes parecem se configurar em uma espécie de padronização, porém maleável.

Deste cenário, adotamos sistematização que buscou o diálogo com os principais estudos do campo²¹⁶ e que, por isso, poderá também demonstrar certa flexibilidade. Abaixo, apresentamos, a título ilustrativo, a média de idades dos óbitos, por faixas etárias:

Quadro 2: Óbitos agrupados por faixas etárias²¹⁷

Óbitos - Faixas etárias	
< 1	29,54%
1 aos 14	20,01%
15 aos 34	17,73%
35 aos 54	14,05%
55 aos 64	6,38%
65 aos 74	5,08%
75 mais	5,23%
NC	1,98%
Total Geral	100,00%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

²¹⁵ CAMARGO, Luís Soares de. Op. cit. COSTA, Iraci del Nero da. Vila Rica: mortalidade e morbidade (1799-1801). In: BUESCU, M. & PELÁES, C. M. (coord.). *A moderna história econômica*. Rio de Janeiro, APEC, 1976, p. 115-127. KARASCH, Mary C. Op. cit. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858). In: SIMERS/MUHM. *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: SIMERS/MUHM, 2009, p. 30-48. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Funesto inventário de moléstias que o continente negro nos legou: A morbidade da população escrava no século XIX através dos registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. In: Barroso, Vera Maciel. (Org.). *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: Histórias reveladas*. Porto Alegre: Editora da ISCMPA, 2009, p. 118-132. ANDERTON, Douglas L.; LEONARD, Susan Hautaniemi. Grammars of death: an analysis of nineteenth-century literal causes of death from the age of miasmas to germ theory. In *Social Science History*, V. 28, n. 1, spring 2004, pp. 111-143. GRAHAM, Mooney. Diagnostic Spaces: workhouse, hospital, and home in Mid-Victorian London. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 357-390. BEEMER, Jeffrey K. Diagnostic Prescriptions: shifting Boundaries in nineteenth-century disease and cause-of-death classification. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 307-340.

²¹⁶ Idêntico ao modelo utilizado pela historiografia internacional já relacionada, que por sua vez, também estabelece diálogo com as múltiplas e variadas categorizações adotadas (as vezes por um mesmo autor) nos estudos brasileiros: ANDERTON, Douglas L.; LEONARD, Susan Hautaniemi. Op. cit. BEEMER, Jeffrey K. Op. cit. GRAHAM, Mooney. Op. cit.

²¹⁷ Elaboração das faixas etárias conforme Sistema Internacional. Ver: ANDERTON, op. cit.

Este quadro, que à primeira vista se demonstra um tanto simplório, revela um dos principais problemas para a medicina do período: a alta concentração dos óbitos nas primeiras horas, dias e meses de vida.

Naturalidade

O campo “naturalidade” nos demonstra muito pouco sobre o real local de nascimento das pessoas que foram a óbito e, ainda menos, sobre o possível local ou cidade de residência, dada a ausência de outro campo com esta informação. Foram identificadas mais de 120 denominações de naturalidade, nos anos analisados. Dentre elas, são trazidos países, continentes, cidades de diversos países, províncias e estados brasileiros, e ainda, as denominações “desta Província/deste Estado” e desta cidade. Destas últimas, denotamos não haver uma preocupação em distinguir as pessoas nascidas na Província/Estado ou na cidade de Porto Alegre. Verificamos que a denominação “desta cidade” ocorria de forma aleatória, pois, para alguns anos, o seu uso era raro ou inexistente. Desse modo, não podemos pensar que este rótulo comportava todos os óbitos dos naturais da cidade, os quais também estavam indicados como da Província ou do Estado.

Em relação à naturalidade *guarda-chuva* ‘africana’, observamos a pouca importância dada ou, até mesmo, o desconhecimento sobre os locais específicos de procedência das pessoas nascidas naquele continente. Tal noção fica mais evidente, quando encontramos alguns poucos registros avulsos, indicando a procedência “Congo” e “Cabo Verde”.

O quadro abaixo destaca as principais naturalidades identificadas nos livros:

Quadro 3: Principais naturalidades

Naturalidade	%
África	4,26%
Alemanha	1,75%
Desta cidade	15,43%
Deste Estado	22,54%
Desta Província	37,53%
Itália	1,89%
Portugal	2,51%
Rio de Janeiro	1,06%
NC	4,45%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

No quadro seguinte, sistematizamos as principais nacionalidades:

Quadro 4: Naturalidades sistematizadas

Naturalidade	%
Africana	4,43%
Estrangeira	8,86%
Outros Estados Brasil	5,35%
Porto Alegre	15,43%
Rio Grande do Sul	60,14%

Os dados também demonstram o alto fluxo de imigrantes europeus que aportavam em Porto Alegre, muitos desses, estariam somente de passagem pela capital gaúcha. Destacamos, ainda, o alto percentual de naturais africanos (aqui somando o cabo-verdiano e congolês), que somaram 1.186 óbitos, já nos anos finais da escravidão, número que se aproximava dos naturais de outros estados do Brasil²¹⁸.

Cor

A “cor” se demonstra como uma das principais informações sobre os óbitos para esta pesquisa, juntamente com a condição de liberdade e a causa da morte. Chamemos a atenção para o fato de que, dentro do período abordado por esta pesquisa, assim como para as décadas anteriores, a informação da cor era constante nos registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia. A ausência do registro da cor, rara e pontual, normalmente é observada para os casos em que o óbito se tratava de um feto ou recém-nascido, ou ainda, para cadáveres encontrados em estado avançado de decomposição.

Para ganhar em sentido dentro das pretensões deste estudo, a cor precisa ser analisada em conjunto de outro dado que, apesar de não requerido pela legislação ou pelo regimento do cemitério, era constante nos registros: a condição de liberdade, que era expressa em um livro específico para os escravos e, ainda, junto ao nome do indivíduo. Dentre às condições de liberdade identificadas, temos os seguintes dados: 703 escravos e 26.089 livres (sem atentarmos para qualquer restrição²¹⁹). Dentro dos registrados no livro da população livre, identificamos 439 libertos, 860 filhos de escravos, 69 “alienados”, 188 expostos, 236 presos (desses, dois alienados). Se nos atermos aos anos de finais da escravidão em Porto Alegre, dentro do período de recorte, ou seja, entre 1875 e 1884, a relação de óbitos entre escravos e livres, com as suas nuances, ficou assim aferida: escravos: 6,4%; filhos de escravos: 7,8% (somando-os: 14,2%), livres (sem qualquer restrição): 85,7% do total.

²¹⁸ E entre estes, também encontraremos escravos.

²¹⁹ Ou seja, também excluindo os presos e alienados.

Já o leque de denominações de cores constante nos registros é relativamente reduzido, diante do recorte temporal tomado para análise. Verificamos também que os rótulos demonstram relação com outras fontes médicas que também trazem a informação da cor, tais como os registros dos enfermos internados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre²²⁰, teses médicas e outras produções.

A quem pertencia

Este dado, específico para os livros dos escravos, informava o senhor ou senhora do escravo ou escrava que foi a óbito. Observemos, ainda, que para alguns indivíduos libertos, no livro de óbitos de pessoas livres (ainda que registrados naqueles livros) era informado o nome do ex-senhor ou senhora, logo após ao nome e a cor.

Estado e profissão

Em relação ao estado civil, encontraremos as informações definidas como (constando entre parênteses o percentual em relação ao todo): casado/a (12,10%); inocente (28,39%); menor (0,73%); solteiro/a (28,98%) e; viúvo/a (5,91%). No entanto, para este dado é alto o número de registros sem a indicação: 23,89% do total. Possivelmente, esta ausência se deva ao desconhecimento sobre o real estado civil do morto, e ainda, a uma relativa desimportância para este dado quanto se remetia a certas faixas etárias, tais como até o primeiro ano de idade (ainda que os inocentes também estejam dentro desta faixa) e, desta, até os 15 anos (que por sua vez, ambas concentram mais de 50% do total de registros sem a indicação do estado civil).

A profissão, ainda que raramente informada (os óbitos com profissão não informada ultrapassa 93% do total) é um dos dados que mais apresenta variabilidade nas suas descrições, seja em relação às diferentes profissões, seja às distintas formas de definir um mesmo ofício. Do total identificado, encontramos mais de 350 descrições.

Causa da morte

Talvez o destaque principal para a abordagem ora realizada sobre este dado fique por conta da descrição um tanto econômica, genérica e plural sobre as causas, na maior parte das vezes, resumindo-se a um ou dois vocábulos. Dentro disso, é o dado que apresenta a maior variabilidade de denominações e ocorrências, inclusive, para uma mesma causa de morte ou

²²⁰ LIVRO DE Matrícula geral dos enfermos N.º 5 e 6, 1883 – 1893. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. Ver o estudo de Almaleh, que também abordou as denominações de cor do Hospital da Santa Casa, nos primeiros anos da República: ALMALEH, PRISCILLA. *Ser Mulher: Cotidianos, Representações e Interseccionalidades da Mulher Popular* (Porto. Alegre 1889 – 1900). Dissertação (História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2018].

doença. Estas breves características, se por um lado reforçam a importância da pergunta principal desta tese, também nos dizem muito sobre a complexidade e dificuldade requerida para a análise desta informação, principalmente, quando em uma quantidade representativa de registros, como a trabalhada por esta pesquisa.

Como consequência destas particularidades, a sistematização das doenças e causas por grupos (isto é, alocar cada uma das causas em grupos específicos de doenças/causas) demonstra-se como um procedimento muito utilizado pelos pesquisadores do campo, isto tendo em vista que a análise das causas por espécie facilita o tratamento de grande número de dados. Tal método é inspirado na *Classificação Internacional das Doenças*²²¹ e, para estudos históricos, têm sido utilizadas as antigas versões da *Classificação*, que datam desde o século XIX. Tendo em vista que a identificação das doenças e causas por espécie se demonstra como uma ciência a parte, a complexidade para a sua realização é imensa, pois exige: conhecimento apurado sobre a espécie das causas e, como é de se esperar, o que se demonstra como ponto caro para esta pesquisa tendo em vista o seu objetivo principal, acreditar na descrição da causa. Destacamos, como agravante, de que este processo de *sistematização* é realizado pelo próprio pesquisador ou pesquisadores envolvidos.

Neste sentido, reconhecendo a ausência de conhecimento especializado deste autor sobre tais questões (presumimos que esta realidade se estende a grande maior parte dos historiadores do campo), sendo também realistas e honestos, não pensamos que a sistematização aqui adotada está salva de erros ou interpretações equivocadas. Aliás, conforme exposto de início, dado o problema proposto por esta tese, não teríamos tal pretensão, tendo em vista que os próprios diagnósticos, emitidos nos atestados, são aqui colocados em xeque. Pensamos que, esta (auto) crítica, relacionada à falta de especialização para a sistematização das doenças deve ser, cada vez mais, levada a sério pelos historiadores. Entendemos ainda que esta dificuldade poderia ser, ao menos amenizada, a partir de olhares especializados interdisciplinares, tão importantes para pesquisas desta natureza.

Destaque importante: ao considerarmos a crítica trazida nesta tese sobre a validade dos diagnósticos e o seu uso em pesquisas, pensamos que utilizar metodologia semelhante aos estudos do campo, pode ser uma forma adequada para checarmos as fragilidades (e os potenciais) da fonte e do seu próprio modo de abordagem e dos seus métodos. Ou seja, para

²²¹ A conhecida CID. Neste sistema, cada doença é representada por um código. Este, além de ter importância classificatória, é também utilizado em receitas de medicamentos e atestados médicos, evitando assim a necessidade de descrição de uma doença, que por ventura, possa desencadear processos discriminatórios para o enfermo.

além necessidade de diálogo com os estudos do campo, buscamos demonstrar outras faces oportunizadas pelos mesmos dados, a partir de métodos semelhantes, mas atentando para questões de caráter mais subjetivo, pertencente às fontes. No entanto, isso não quer dizer que não tentamos minimizar os problemas elencados pela metodologia de *sistematização*: pensamos que pouco adiantaria identificar as barreiras contidas também neste processo (tão importante para as pesquisas do gênero), se não demonstrarmos formas de ultrapassá-las, ao menos, parcialmente e dentro das nossas possibilidades e objetivos.

Assim, dada à relativa carência de estudos neste sentido, buscando categorização racional e mais bem fundamentada para a análise sobre as causas de morte, ressaltamos que em pesquisa anterior nos detivemos sobre os sistemas classificatórios sob duas formas: a primeira, mais usual e básica, realizando levantamento sobre as formas de sistematização utilizadas pelos pesquisadores, em estudos historiográficos nacionais e internacionais sobre o século XIX; a segunda, traçando a gênese e o histórico sobre os sistemas de classificação de doenças (CID), buscamos compreender a relação entre o diagnóstico das causas/doenças e sistemas classificatórios, dentro do seu próprio contexto temporal. Este exercício serviu como base para a organização das causas trabalhadas por esta tese²²².

Dentro disso, frisando que levamos seriamente em consideração a necessidade de diálogo entre os estudos do campo, chegamos à seguinte conformação de grupos de causas de mortalidade²²³:

²²² Ver subcapítulo 2.3.1 Aportes para a pesquisa da mortalidade e morbidade: elaboração de categorias. OLIVEIRA, Daniel. *Morte e vida feminina: mulheres pobres, condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1900)*. 2012. 293f. Dissertação (Mestrado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2012].

²²³ Que se identifica à sistematização elaborada por Karasch e que influenciou diversos outros estudos brasileiros do campo. Ver: KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro: 1808-1850*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. Outros estudos brasileiros que adotaram o mesmo sistema de Karasch, vide: BARBOSA, Keith Valéria de Oliveira. *Doença e Cativo: Um Estudo Sobre Mortalidade e Sociabilidades Escravas no Rio de Janeiro, 1809-1831*. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação de Mestrado. UFRRJ. CAMARGO, Luís Soares de. *Viver e morrer em São Paulo. A vida, as doenças e a morte na cidade do século XIX*. 2007. 552 f. Tese (Doutorado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, [2007]. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858). In: SIMERS/MUHM. *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: SIMERS/MUHM, 2009, p. 30-48. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Funesto inventário de moléstias que o continente negro nos legou: A morbidade da população escrava no século XIX através dos registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. In: Barroso, Vera Maciel. (Org.). *Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: Histórias reveladas*. Porto Alegre: Editora da ISCMPA, 2009, p. 118-132.

- 1 - Doenças infecto-parasíticas
- 2 - Sistema digestivo
- 3 - Sistema respiratório
- 4 - Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
- 5 - Primeira infância e malformações congênitas
- 6 - Morte violenta e acidental
- 7 - Sistema circulatório
- 8 - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
- 9 - Gravidez, parto e puerpério
- 10 - Sistema geniturinário
- 11 - Causas conhecidas (variadas)
- 12 – Causas de morte mal definidas
- 13 – Incerto, ilegível ou não mencionada
- 14 - Sem assistência médica

Salientamos que quando a análise se dá sobre um determinado tipo de causa, tais agrupamentos não se fazem necessários, porém, ainda assim é preciso agruparmos as diferentes denominações utilizadas para uma mesma causa de morte. No capítulo 4 realizaremos este exercício, inclusive, demonstrando exemplos de variações de causas em um mesmo grupo e, ainda, para uma *mesma*²²⁴ causa de morte.

Ligado a isso, buscando evitar erros interpretativos sobre o que seriam diferentes rótulos para uma mesma ou distinta causa, bem como, melhor entendimento sobre o próprio significado das doenças arroladas, recorreremos à consulta de dicionários médicos²²⁵, teses médicas e revistas especializadas da medicina²²⁶, tais como a *Gazeta Médica da Bahia*²²⁷ e “*O Brazil-*

²²⁴ A utilização de fonte itálica visa demonstrar a ironia em pensarmos que uma causa de morte pode ser idêntica a outra ao ponto de serem conformadas em grupos.

²²⁵ CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *A grande farmacopéia brasileira - formulário e guia médico: um guia das plantas medicinais brasileiras*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1996. v. 1 (Reconquista do Brasil 2ª série). Idem. *Formulario e guia medico*. 1. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1892. Idem. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. 6. ed., Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 1 e 2 v. LANGAARD, Theodoro J. H. *Diccionario de Medicina Doméstica e Popular*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Laemmert & Cia., 1872. PLATEN, M. *O novo methodo de curar: Manual de hygiene* (Terceira parte: as moléstias e seu tratamento). 1. ed. Rio de Janeiro: Laemmert, 1903. 3 v. Sobre os dicionários e guias médicos, ver: FERREIRA, Luiz Otávio. *Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos*. In: Chalhoub, Sidney; Marques, Vera Regina Beltrão; Sampaio, Gabriela dos Reis; Galvão Sobrinho, Carlos Roberto. *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Unicamp Campinas, 2003. p. 117.

²²⁶ Ainda que os dicionários médicos tivessem o objetivo de popularizar o conhecimento médico, são fontes que estão imersas nos discursos científicos da ciência médica, do período. Neste sentido, destaquemos que os dicionários eram anunciados, inclusive, nas revistas científicas de medicina.

²²⁷ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acessa em nov. 2014. A *Gazeta Médica da Bahia*, criada em 1866, foi na segunda metade do XIX um dos mais importantes

*Médico*²²⁸. Ambas as fontes oportunizam não somente conhecermos os significados das doenças, possibilitam, principalmente, analisar as ideias e os discursos da ciência médica sobre as doenças.

Conduções

Este campo se refere às conduções utilizadas para transporte dos cadáveres do centro da cidade até o cemitério. Trata-se, também, de um dado que possui muitas variações. Nos anos que precederam à fundação do cemitério extramuros, quando da organização do regimento para a administração do cemitério, a Santa Casa tentou deter a exclusividade também para o serviço de conduções, em princípio, observado como negócio rentável do ponto de vista financeiro. No entanto, o próprio governo da Província, que incentivou a administração do serviço de conduções pela Santa Casa²²⁹, publicou ofício que permitia o uso de carros particulares e cortejos a pé (evitando modificar algumas das tradições pertinentes aos rituais fúnebres), mediante pagamento de taxa à Santa Casa de Misericórdia²³⁰. Posteriormente, as demais irmandades e sociedades de beneficência passariam a obter e utilizar os seus próprios carros, também mediante pagamento de tributo à Santa Casa de Misericórdia. No regimento de 1889, era reafirmado que o serviço de condução era da exclusiva competência da Santa Casa, podendo ser executado por administração ou contrato²³¹.

Nos registros serão descritas, com maior frequência, as seguintes conduções: a mão; carro dos irmãos (da Santa Casa de Misericórdia); carros da Santa Casa (indicados também pelo número do carro), que incluía, inclusive, carro mais bem elaborado, destinado aos “anjos” (inocentes); carros das demais irmandades e sociedades (informando a respectiva irmandade ou sociedade); particular; polícia e, ainda, o caso de uma menina recém-nascida, branca, filha de Pedro Jacob, “conduzida por um preto”. Muitas conduções eram realizadas sob forma gratuita,

periódicos médico-científicos do Brasil, com abrangência na maioria (senão todas) das províncias/estados brasileiros, por meio de assinatura. Editado mensalmente, era coordenado e escrito por, em sua maior parte, médicos da Bahia, sendo vários deles ligados à Faculdade de Medicina da Bahia e ao Hospital de Caridade da Bahia. A GMBahia circulou regularmente entre 1866 e 1934, depois entre 1966 e 1972, com um número avulso em 1976. Em 1984, os professores Eurydice Pires de Sant'Anna (Escola de Biblioteconomia) e Rodolfo Teixeira (Faculdade de Medicina da Bahia) organizaram o índice cumulativo da GMBahia de 1866 a 1976, com a citação de todos os 3.870 trabalhos publicados naquele período. Mais recentemente, em 2002, foram digitalizados todos os trabalhos publicados até 1976.

²²⁸ O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, 1886-1895. Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz (anos: 1888, 1892, 1894, 1895): Castelo de Oswaldo Cruz, seção de obras raras. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; e Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

²²⁹ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1850. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. 2014.

²³⁰ NASCIMENTO, Mara Regina do. Op. cit., p. 320.

²³¹ REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Aprovado pela lei provincial n. 1873 de 18 de junho de 1889. Porto Alegre, 1889. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

no entanto, para essas, não era informado o carro ou a forma específica utilizada. As conduções descritas como “gratuitas”, obtidas através de apresentação de atestado de pobreza, representaram, para os anos analisados, cerca de 12% do total registros.

Local de sepultamento

Esta informação, analisada dentro do seu contexto de significados, aliada aos demais dados contidos na fonte, principalmente os que se referem à condição social (sobretudo a cor e a condição de liberdade), ganha muita importância. Por meio destas informações podemos estabelecer uma espécie de geografia social do espaço cemiterial, que por sua vez, é representativa sobre a organização social e inclusive racial, do *mundo dos vivos*. Esta geografia é demonstrada ao estabelecer relações com as diferenciações em torno das condições de liberdade, de raça, classe econômica, dos papéis de cada irmandade naquela sociedade, entre outras.

Conforme o Regulamento de 1889²³², a diferenciações entre os locais de sepultamento se dividiam em jazigos gerais e reservados. Os gerais, eram estabelecidos em duas classes. A primeira em jazigos por catacumbas, carneiras ou sepulturas, nos quadros murados, destinadas aos contribuintes. Era também conhecida como “Entremuros”. A segunda, jazigos em sepulturas no Campo Santo, local de enterramento gratuito (assim como a condução), destinado aos marinhaes, pobres e às praças militares.

Para comprovação da pobreza, era preciso apresentar atestado expedido pelo Vigário, Juiz de Paz ou de uma autoridade policial. As sepulturas do Campo Santo, eram também referidas como *sepulturas rasas* (pois tinham seis palmos de profundidade). Nelas não era permitido levantar qualquer monumento²³³. Os cadáveres poderiam permanecer nestas sepulturas somente por três anos, tempo mensurado para a decomposição dos corpos. Após o término desse prazo, conforme o artigo 22 do Regulamento do Cemitério, os ossos seriam retirados da sepultura, levados para um depósito e posteriormente queimados, sendo as cinzas removidas para cova profunda especialmente aberta para esse fim. No Campo Santo, em período de epidemias eram abertas valas para sepultamentos coletivos.

Tratava-se assim, por vários fatores, de um lugar intensamente estigmatizado. Era também conhecido como o “cemitério dos negros”, conforme indicado pelas Irmãs da

²³² Utilizemos nesta abordagem o Regulamento de 1889 por ser mais pormenorizado em informações. REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. 1889. Op. cit.

²³³ Na atualidade, esta parte do Cemitério da Santa Casa ainda respeita a este requisito, sendo erguida apenas uma cruz sobre o local de sepultamento.

Caridade²³⁴, que demonstraram profunda indignação ao assistirem ao enterramento de uma Irmã, acometida por doença epidêmica, naquele local. Em pouco tempo, devido aos reclames das Irmãs, o corpo fora de lá retirado. Esta alcunha, juntamente com o fato do Campo Santo ser o local de destino dos pobres, demonstra associação da condição de pobreza aos negros, bem como, preconceito racial manifesto. Neste sentido, ressaltamos que, conforme identificado nos registros, não haviam somente “negros” (ou pessoas de “cor preta”, conforme a fonte) enterrados naquele local.

Já os jazigos reservados, que poderiam ser em catacumbas, carneiros ou sepulturas, eram destinados aos Irmãos da Santa Casa; aos seus benfeitores, visando a construção de monumentos perpétuos; aos Irmãos ou associados das demais “corporações religiosas” que quisessem ter jazigos de forma separada às demais e; por fim, aos particulares que almejassem adquirir jazigos perpétuos.

Tendo em vista essas características do espaço cemiterial, tratando-se o campo santo como um local extremamente estigmatizado para aquela sociedade, podemos pensar sobre a possibilidade de muitas pessoas não quererem ser lá sepultadas, ou ainda, de sepultarem os seus familiares e amigos. Disso, presumimos que muitas pessoas, ainda que pobres, destinavam as suas economias para o sepultamento em um jazigo entremuros, mediante arrendamento por tempo mínimo. Porém, observemos que o tempo máximo de arrendamento era de oito anos, e o mínimo de três, sendo o valor cobrado proporcional ao tempo de uso²³⁵. Analisando as informações a partir do banco de dados construído sobre os registros de óbitos, observamos que 43,81% dos sepultamentos foram realizados em Campo Santo e, o restante (56,16%), em diversos locais entremuros.

Observações

O campo observação é muito diverso em informações, sendo muito difícil dar conta da sua multiplicidade. Nele podemos encontrar: a instituição que enviou o corpo ao cemitério; o local onde o corpo foi encontrado; o tempo de arrendamento da sepultura; anotações posteriores à data do óbito, sendo muito comum constar a data em que a sepultura foi reaberta, entre outras.

²³⁴ CRÔNICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Documentação avulsa das Irmãs Franciscanas. p. 3. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

²³⁵ REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Aprovado pela lei provincial n. 1873 de 18 de junho de 1889. Porto Alegre, 1889. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. P. 26-27.

Analisamos, assim, parte da complexidade que envolvia a produção dos registros de óbitos, reconstruindo as etapas e os fluxos previstos para a confecção dos registros e para o sepultamento. Enfocamos a Santa Casa de Misericórdia, dado o seu papel protagonista, como Instituição administradora do cemitério extramuros da cidade. Identificamos, assim, os médicos como principais atores envolvidos na conformação dos dados constantes nos registros, principalmente, na definição da causa da morte e da cor. Por fim, apresentamos a constituição da fonte, as suas informações e parte da complexidade envolvida no trabalho das suas informações, dentre as quais se destacam as causas de morte e a sua sistematização por grupos de causas, o que visualizamos, de antemão, como uma primeira grande fragilidade para o uso da fonte.

A ciência sobre estas etapas de conformação da fonte e o destaque de aspectos informativos e metodológicos para a laboração dos dados nela contidos, nos oferecem visão, no mínimo, mais qualitativa sobre os seus significados e contexto de produção. Isto, por sua vez, nos oferece algumas delimitações, ainda que básicas, sobre o papel dos seus agentes e instituições e o alcance das suas informações. Estabelecemos, assim, o alicerce, tão básico e preciso, para as próximas etapas desta pesquisa.

3 PRESENÇA E ATUAÇÃO MÉDICA EM PORTO ALEGRE

Figura 9: Lista dos médicos atuantes em Porto Alegre (1885)

1286 RIO-GRANDE do SUL, Provincia do	
<p>Louça, Crystaes, etc., Negts. de Christiano Ruter. Fonseca & Oliveira. João Antonio da Rosa. João Birnfeld & Friderichs. Reis, Reuter & C.</p> <p>Machinas de Costura Antonio Eckert. Ao Moreira. Esteves & Moreira, Ao balão monstro. Felipe Canessa, successores. Jorge Raineri.</p> <p>Marmoristas José Obino successores. Pittante & C.</p> <p>Medicos, Drs. Adalberto Sielder. Afonso Pirasiello. Amedeu Prudencio Masson. Aurelio Benigno de Castilho. Carlos Augusto Flôres. Carlos Duarte. Carlos Lisboa. Francisco da Paula Dias da Costa. Frederico Meister. Hans Heilborn. Izidoro Duarte. Israel Rodrigues Barcellos Filho. Jayme de Almeida Couto. João Baptista Ferreira Ferro. João Plinio de Castro Menezes. Joaquim Augusto da Silva Guerra. Joaquim Pedro Soares. José Bernardino da Cunha Bittencourt. Manoel José de Campos. Manoel Martins dos Santos Penna. Marcolino de Souza. Polycarpo Antonio Araponga do Amaral. Polycarpo Cesario de Barros. Ramiro Fortes de Barcellos. Raymundo Caetano da Cunha. Ricardo Heinzelmänn. Saturnino Thomaz de Aquino.</p>	<p>Algayer, M^{re}, Ao bom gosto. Amelia Godart, M^{re}. Benjumin, M^{re}, colleteira. Doris, M^{re}. Isler & Hansen. Joanna Reincoeken. Ruhmann, M^{lle}. Thereza, M^{re}.</p> <p>Moveis, Fabricas de Kappel Irmãos. Carlos Obst & C.</p> <p>Musica, etc., Instrumentos de José Gertum. Paulino Calazans.</p> <p>Oleos, Fabricas de Leão & Alves. Fabrica a vapor de oleos, de refinação de banha de porco, de agua florida e moagem de cereaes. Medalhas das exposições nacionaes de 1866, 1875, 1882; de Philadelphia e Buenos-Ayres.</p> <p>Padarias Deuz. Gerst. Lassen. Lucas & Esteves. Narciso Monteiro. Veiden. Viuva Fischer.</p> <p>Perfumarias, Fabricas de Hallavel & C.</p> <p>Pharmacias Firmiano Antonio de Araujo & C. Irineu Silva & C. Luiz Afonso de Azambuja, com labo- ratorio homœopathico. Pasquier & C. Pharmacia Masson. Th. Otto Marquardsen, successor.</p>

Fonte: ALMANAQUE LAEMMERT. 1885. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>].
 Acesso maio 2015.

A compreensão sobre os significados dos registros, das causas de morte e dos exames realizados pelos médicos ao emitirem o atestado de óbito, inclusive, da consistência e efetividade desses exames, passa pela verificação sobre como se dava a atuação dos médicos diplomados - como vimos no capítulo anterior, os únicos profissionais habilitados para atestarem o motivo da morte - e a sua relação e proximidade com a população e, principalmente, a enferma. Isto porque, como sabemos, a verificação da causa de morte se demonstra como processo complexo que, para a sua maior efetividade, depende do conhecimento sobre o histórico dos hábitos de vida, das condições de saúde e doença, do indivíduo que foi a óbito.

Neste capítulo analisaremos como os médicos diplomados estavam envolvidos na sociedade porto-alegrense: sua representatividade, frentes de atuação, organização, contato com a população considerando as distintas condições sociais, entre outros aspectos relacionados. São algumas das questões trazidas para a condução desta análise: quem eram os médicos que atuavam na sociedade porto-alegrense? Como a legislação brasileira previa a atuação dos médicos? Quais as suas frentes de ação e relações com o poder público? Como a medicina e médicos se faziam presentes frente à população? Quais as suas preocupações, naquele contexto? Como todos estes fatores poderiam influenciar o atestado de óbito? Dentro da análise sobre estas interrogações, também buscaremos trazer, muitas vezes em nota, informações sobre as trajetórias individuais dos médicos porto-alegrenses.

Como é possível perceber, estas questões estão interligadas e, até mesmo, confundem-se entre si, dada a natureza da temática enfocada. Devido a isso, ressaltamos que estas interrogações não seguem ou propõem uma ordenação propriamente dita dos assuntos, mas sim, no seu conjunto, procuram dar inteligibilidade e delinear pontos-chave na problematização proposta para esta parte da tese, que tem como principal argumento e finalidade, frisamos, a verificação da proximidade entre médicos e população para a mais efetiva elaboração do atestado de óbito e aferimento da causa de morte.

Dito isso, as pretensões e os questionamentos pensados para este capítulo também implicam na necessidade prévia de maior conhecimento sobre o contexto específico de Porto Alegre, visando assim, posteriormente, situar e aprofundar a análise sobre os processos, agentes e fenômenos interligados.

3.1 A SOCIEDADE PORTO-ALEGRENSE: SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX

Localizada no sul do Brasil, às margens do Lago Guaíba, Porto Alegre se constituía como importante núcleo populacional e, desde o final do século XVIII (1773), ocupava o papel de sede administrativa da Capitania do Rio Grande de São Pedro, tornando-se, posteriormente, capital da Província do Rio Grande de São Pedro do Sul²³⁶. Sua importância não pode ser desvinculada da sua localização geográfica e portuária, facilitada por acesso navegável que

²³⁶ OLIVEIRA, Clóvis Silveira De. *Porto Alegre: a cidade e sua formação*. Porto Alegre: Norma, 1985. 242 p.

passava pela Barra de Rio Grande, Lagoa dos Patos e Lago Guaíba, que por sua vez aproximava e ligava o interior da província (para além da própria cidade) às rotas de navegação e comércio.

Figura 10: Mapa geográfico do Brasil. Destaque para Porto Alegre, em vermelho



Fonte: IBGE. Disponível em < <https://mapas.ibge.gov.br/>>. Acesso em jan. 2015.

Figura 11: Mapa geográfico (satélite) destacando a localização de Porto Alegre (círculo) e Barra de Rio Grande (triângulo).

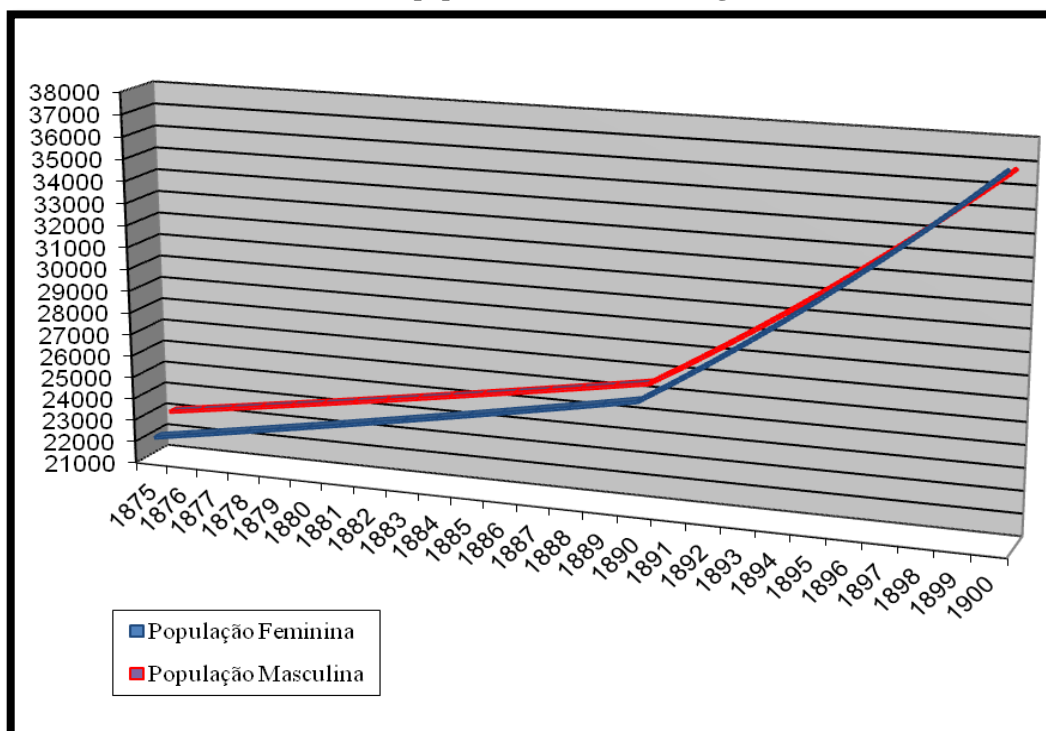


Fonte: Google Maps.

De acordo com registros censitários, Porto Alegre possuía as seguintes estimativas populacionais: na década de 1850, conforme trazido, aproximadamente 17.000 pessoas, quantidade que seria mais que duplicada na década de 1870, conforme consta no censo de 1872 (43.998)²³⁷. Em 1890 seria estimada população de pouco mais de 52.421 habitantes e, em 1900, 73.000 hab. Destaca-se que, de uma população majoritariamente composta por homens até a década de 1880, a diferença entre os sexos passou a se tornar mais igualitária somente a partir da década de 1890, conforme segue no gráfico a seguir, que consta estimativa de crescimento populacional na cidade²³⁸:

²³⁷ Se os dados dos escravos forem substituídos pelas matrículas de escravos, a população subiria para 44.648 habitantes.

²³⁸ Estimativa criada por este autor, a partir de dados compilados a partir dos documentos arrolados abaixo do gráfico e do uso de metodologia estabelecida pela demografia para o cálculo do crescimento populacional. Ressaltemos que os dados existentes possibilitaram a criação dos coeficientes utilizados para o cálculo. Para consulta sobre fórmulas e procedimentos para o cálculo da mortalidade, ver: CARVALHO, José Alberto Magno

Gráfico 1: Crescimento populacional em Porto Alegre (1875 a 1900) ²³⁹

Fonte: Censos de 1872, 1890 e 1900, em: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS 1803-1950*. Porto Alegre, 1981. Para o ano de 1872, ver: MONASTÉRIO, Leonardo. *Censo de 1872: realizado por meio dos registros paroquiais*. Departamento de Economia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL Disponível em [<http://ich.ufpel.edu.br/economia>]. Acesso em jul. 2010. Matrículas de escravos de 1872/73, conforme ARAÚJO, Thiago Leitão (2011).

Na década de 1880, Porto Alegre dividia-se em cinco freguesias: Nossa Senhora de Madre Deus, Nossa Senhora do Rosário, Nossa Senhora das Dores, Menino Deus e Nossa Senhora de Belém (vide figura da planta da cidade). Em 1889 foi criada a Paróquia de Nossa Senhora da Conceição e, em 1894, a de Nossa Senhora dos Navegantes. Conforme identificado, os registros eclesiásticos eram produzidos por ambas as freguesias e paróquias. Em relação à ocupação do espaço urbano da cidade, em 1890 existiam 5.768 “prédios”, desses, 16 eram edifícios públicos, 5.371 particulares, 12 templos e 3 hospitais²⁴⁰.

No que toca aos aspectos econômicos, Porto Alegre se constituía como uma cidade portuária de ativo comércio. No final do século XIX, ainda contava com grande número de unidades artesanais e o eixo central da economia se desenvolvia em torno de atividades

de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. *Introdução a alguns Conceitos Básicos e Medidas em Demografia*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011.

²³⁹ O eixo vertical indica o número de habitantes, por sexo. Estimativa de crescimento populacional a partir da compilação de dados oriundos das fontes arroladas.

²⁴⁰ ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (1890). Estatística da Administração: receita e despesa. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior. FEE - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul. P. 206.

primárias, como a agricultura e a pecuária²⁴¹. Em 1889, com o Partido Republicano Rio-Grandense (PRR)²⁴² à frente do Estado, o aumento de indústrias no Rio Grande do Sul passou a ser uma grande meta a ser atingida, fazendo crescer os empreendimentos fabris na cidade²⁴³.

Nas duas últimas décadas do século XIX, conforme também pode ser observado em dados censitários, Porto Alegre se tornaria um importante polo receptor de trabalhadores, que vinham tanto do interior do Rio Grande do Sul quanto de outras partes do país e do exterior, ingresso que era facilitado pela existência do porto. O intenso aumento populacional verificado também desencadearia o crescimento acentuado de problemas habitacionais, exemplificado pela ampliação do número de cortiços em mais de quatro vezes em quatorze anos: existiam cerca de 300 em 1890 e, em 1904, eram contabilizados mais de 1.200. Este crescimento ajudou a formar novos núcleos populacionais, principalmente em torno de regiões operárias, como nos bairros São João e Navegantes, modificando assim, drasticamente a geografia da cidade²⁴⁴.

A escravidão era marcadamente presente na capital gaúcha. Pesquisas indicam a existência significativa de escravos em Porto Alegre desde o final do século XVIII, e ainda maior, para as décadas posteriores²⁴⁵. Na década anterior à da Abolição da Escravatura, o Censo de 1872 arrolou a existência de 8.070 escravos na cidade. No entanto, na *Matrícula Especial dos Escravos* (censo nacional realizado entre 1872 e 1873)²⁴⁶ eram contabilizadas 8.970 pessoas

²⁴¹ De modo geral, na segunda metade do século XIX, destacam-se as seguintes melhorias urbanas: em 1861 – encanamento de água; 1864 – primeira linha de bondes; 1872 – instalação definitiva do serviço de bondes; 1874 – iluminação a gás; 1879 – fundação da primeira companhia de seguros do RS (a Phenix); 1884 – Serviço telefônico; 1896 – fundação da Escola de Engenharia. SINGER, 1977 *apud* BILHÃO, Isabel. *Identidade e trabalho: uma história do operariado Porto-Alegrense* (1898-1920). Londrina: EDUEL, 2008. p. 97. SINGER, Paul. *Desenvolvimento econômico e evolução urbana*. 2 ed. São Paulo: Nacional, 1977.

²⁴² Partido criado em 23 de janeiro de 1882, tendo Júlio Prates de Castilhos (Cruz Alta, 29 de junho de 1860 — Porto Alegre, 24 de outubro de 1903) como principal expoente nas primeiras décadas de existência. O PRR esteve em hegemonia na política do Rio Grande do Sul entre 1893 e 1937. Castilhos governou o Rio Grande do Sul nos anos: 1891; 1893- 1898. Castilhos faleceu em 1903. Pelo mesmo partido, também se destacou Antônio Augusto Borges de Medeiros, que governou o Estado entre 1898–1908 e 1913-1928. FLORES, Moacyr. *Dicionário de história do Brasil*. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. Verbetes: Júlio Prates de Castilhos; Partido Republicano Rio-Grandense.

²⁴³ PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Os pobres da cidade*. Porto Alegre: UFRGS, 1994. p. 33-38.

²⁴⁴ BILHÃO, Isabel. Op. cit., p. 98.

²⁴⁵ ALADRÉN, Gabriel. Alforria, paternalismo e etnicidade em Porto Alegre, 1800-1835. *Anos 90*, Porto Alegre, v. 15, n. 27, p. 125-160, jul. 2008. GOMES, L. Uma sociedade escravista? A escravidão na área rural de Porto Alegre na década de 1780. In: ANPUH-RS. *X Encontro Estadual de História (anais)*. Santa Maria: UFSM e UNIFRA, 2010b. p. 1 -16. MOREIRA, 2010. op.cit.

²⁴⁶ O Censo de 1872 teve os seus dados contestados por não considerarem, para a população escrava, o censo específico da matrícula de escravos. Esta contestação foi realizada, inclusive, por contemporâneos, entre eles o gaúcho Graciano Alves de Azambuja, redator do Anuário estatístico do Estado do Rio Grande do Sul. AZAMBUJA, Graciano A. de. Anuário da Província do Rio Grande do Sul para o anno de 1885. Porto Alegre: Gundlach e Cia, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Disponível em [http://memoria.bn.br/]. Ver também: SLENES, Robert. *The demography and economics of Brazilian slavery: 1850-1888*. Tese de Ph.D., Stanford University, 1976. SLENES, Robert. “O que Rui Barbosa não queimou: novas fontes para o estudo da escravidão no século XIX”. *Estudos Econômicos*, v. 13, n. 1, jan./abr. 1983. ARAÚJO, Thiago Leitão de. Novos Dados sobre a Escravidão na Província

sob esta condição, representando, assim, cerca de 22% do total de habitantes de Porto Alegre. O Censo de 1872 apontava para a Província de São Pedro a existência de 66.876 escravos para uma população total de 430.878, dado que também foi contestado por não contabilizar as *Matrículas*²⁴⁷. Considerando-as, o número de cativos sobe para 98.378, resultando em uma proporção de escravos *versus* livres extremamente próxima do cenário observado para Porto Alegre (22,83%).

A cidade também concentrava alto número de escravos alforriados²⁴⁸. De acordo com Moreira, os registros de óbitos apontam para o número de 15.156 escravos mortos entre 1820 e 1884²⁴⁹. O marco final utilizado pelo autor, o ano de 1884, estaria baseado no suposto ano em que teria ocorrido a emancipação antecipada dos escravos em Porto Alegre. Conforme Moreira: “tal abolição prematura foi mais uma farsa do que realidade, já que escravos continuaram existindo e a maioria dos libertandos ficou presa a cláusulas de prestação de serviços”²⁵⁰. Dado que também foi verificado por Krob, em pesquisa sobre os escravos sob contrato de prestação de serviços, entre os anos de 1884 e 1888²⁵¹. Além disso, reiteramos que os registros de óbitos identificam, por um lado, a congruência com esta falácia, explícita na extinção do livro específico de registros dos óbitos dos escravos (em 1885) e, de outro, a sua irrealidade, como veremos a partir dos dados na tabela a seguir, que consta três mortes de escravos, no ano de 1885.

Sendo assim, ressaltamos a alta probabilidade desses registros não darem conta do cenário real da mortalidade das pessoas que viviam sob a condição escrava, assim nos impossibilitando a sua identificação objetiva, através da fonte. Conforme banco de dados específico sobre os óbitos de escravos, gentilmente cedido por Moreira, verificamos, entre os anos de 1850 e 1885, o seguinte quadro de mortalidade de escravos:

de São Pedro. In *V Encontro Escravidão e Liberdade*. Porto Alegre, 2011. MARCONDES, Renato Leite. Fontes censitárias brasileiras e posse de cativos na década de 1870. *Revista das Índias*, 2011, vol. LXXI, n. 251. P. 231-258.

²⁴⁷ ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (1890). Op. cit., p. 206.

²⁴⁸ ALADRÉN, op. cit., p. 130.

²⁴⁹ MOREIRA, 2010. Op. cit., p. 83.

²⁵⁰ MOREIRA, 2010. Op. cit., p. 84.

²⁵¹ KROB, Bruna. *Com a condição de servir gratuitamente a mim ou a meus herdeiros: Alforrias, contratos e experiências de trabalho de libertos (Porto Alegre, 1884 - 1888)*. 2016. 263f. Dissertação (Mestrado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2016].

Tabela 1: Mortalidade de escravos em Porto Alegre, por ano e sexo (1850-1885)

Ano da Morte	F	M	Indefinido	Total Geral
1850	101	142	4	247
1851	154	213	9	376
1852	134	199	7	340
1853	117	158	6	281
1854	128	202	6	336
1855	309	444	310	1063
1856	106	131	7	244
1857	94	107	3	204
1858	91	97	3	191
1859	96	129	3	228
1860	92	104	3	199
1861	76	111	1	188
1862	95	107	1	203
1863	95	123	1	219
1864	71	98	2	171
1865	109	140	4	253
1866	106	135	1	242
1867	117	171	1	289
1868	76	112	4	192
1869	83	84	5	172
1870	78	112	3	193
1871	79	101	2	182
1872	55	51	-	106
1873	52	57	1	110
1874	58	107	2	167
1875	55	64	1	120
1876	48	62	-	110
1877	28	55	-	83
1878	42	46	-	88
1879	36	41	-	77
1880	18	35	1	54
1881	24	31	-	55
1882	24	20	-	44
1883	16	25	-	41
1884	6	18	-	24
1885	-	3	-	3
Total Geral	2869	3835	391	7095

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS ESCRAVAS (1873-1885). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

À primeira vista sobre os dados, salta aos olhos o número de óbitos para o ano de 1855, extremamente alto se comparado aos demais anos constantes no quadro. Notemos que neste ano ocorreu, talvez, a mais grave epidemia de que tivemos notícia naquela cidade²⁵² (na realidade, tratou-se de uma pandemia de cólera, na qual Porto Alegre, possivelmente por ser

²⁵² Ainda que Witter não tenha conferido caráter de extrema gravidade da epidemia, ao compará-la com outras cidades do Brasil, no mesmo período. Ver: WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007].

uma cidade portuária e, em consequência, local de grande fluxo de viajantes, não passou ilesa). Porém, ainda é preciso maior tratamento dos dados existentes para que tenhamos melhor noção sobre as suas reais proporções, inclusive, sobre os grupos sociais mais atingidos pela moléstia, tais como, livres e escravos, o que nos possibilitaria melhor compreensão sobre os 1.063 escravos mortos, naquele ano.

No entanto, trabalhando período que possibilita tal relação, ainda que generalista em torno das causas, se cruzarmos os dados de óbitos entre escravos e livres (por meio do banco de dados desta pesquisa), tendo como base os anos entre 1875 e 1879 (ou seja, os cinco anos mais representativos em relação aos óbitos de escravos entre a temporalidade abrangida pelo banco de dados), veremos que o percentual de óbitos de escravos ficou em torno de 10% do total populacional. No entanto, ao também cruzarmos os dados dos filhos de escravos²⁵³, chegaremos a uma média de 18% da mortalidade total entre os escravos e filhos, nestes cinco anos.

Para os anos anteriores, principalmente entre 1850 e 1870, a representatividade dos óbitos dos escravos em relação aos livres cresce de modo significativo. Tomando o ano de 1856 como exemplo (tendo em vista que obtivemos o total de óbitos da população livre), verificamos 495 (67%) óbitos de pessoas livres, 244 (33%) de pessoas escravas, porém aqui, contabilizando os inocentes filhos de escravos. Destes dados, observamos que, para além da escravidão se fazer muito presente naquela cidade, a representatividade da mortalidade desse grupo populacional era ainda maior, comparada aos livres.

Deste contexto, é também preciso considerarmos a população flutuante da cidade, a qual podem ser incluídos escravos, ou ainda, escravos fugidos. De acordo com Beatriz Weber, o ambiente urbano propiciava aos escravos maior margem de liberdade, favorecendo a mobilidade e até mesmo a fuga e possibilidades de esconderijos dos seus senhores²⁵⁴. Além disso, no processo de desagregação da escravatura, Porto Alegre se tornou o maior centro receptor de escravos libertos do Rio Grande do Sul²⁵⁵.

²⁵³ Livros de óbitos de pessoas livres (1875-1895). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

²⁵⁴ WEBER, Beatriz Teixeira. *Códigos de posturas e regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em História da UFRGS, 1992. P. 66.

²⁵⁵ Cabe ainda salientar que os negros alforriados (inclusive os libertos com a promulgação da Abolição, em 1888) obtinham liberdade que não previa nenhuma espécie de plano governamental de inserção social. Essas pessoas deveriam buscar a sobrevivência conforme os próprios meios, ou ainda, dentro das redes sociais das quais faziam parte. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Faces da liberdade máscaras do cativo: Experiências de liberdade e escravidão, percebidas através das Cartas de Alforria – Porto Alegre (1858 – 1888)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996. P. 16. PESAVENTO, Sandra Jatahy. Lugares malditos: a cidade do “outro” no Sul brasileiro (Porto Alegre, passagem do século XIX ao século XX). *Revista Brasileira de História*. São Paulo, vol. 19, n.37, set. 1999.

No que se refere à distribuição geográfica da população negra livre ou livre sob condição, estudos identificaram a existência de “*territórios negros urbanos*”²⁵⁶ em Porto Alegre: a Colônia Africana, a Cidade Baixa, a Ilhota (ambos cortados pelo Arroio Dilúvio) e o Areal da Baronesa, todos localizados nas cercanias da região central da cidade. Estabelecer-se-iam como locais de pouca ou nenhuma infraestrutura que, apesar de próximos a zonas que recebiam as maiores benfeitorias do poder público, formavam-se como pontos de habitação e vivência marginais em relação ao restante do mapa urbano da cidade. Estas regiões eram comumente identificadas pela imprensa do período como redutos de criminosos, vagabundos, ociosos e viciados²⁵⁷, ou seja, zonas geográficas estigmatizadas, também do ponto de vista higiênico. Essas regiões, para além de serem ocupadas por afrodescendentes, também o eram por pessoas pobres de diferentes etnias²⁵⁸. Em contrapartida, há de se destacar que muitos negros, também pobres, ocupavam espaços da cidade não considerados como *territórios negros*²⁵⁹.

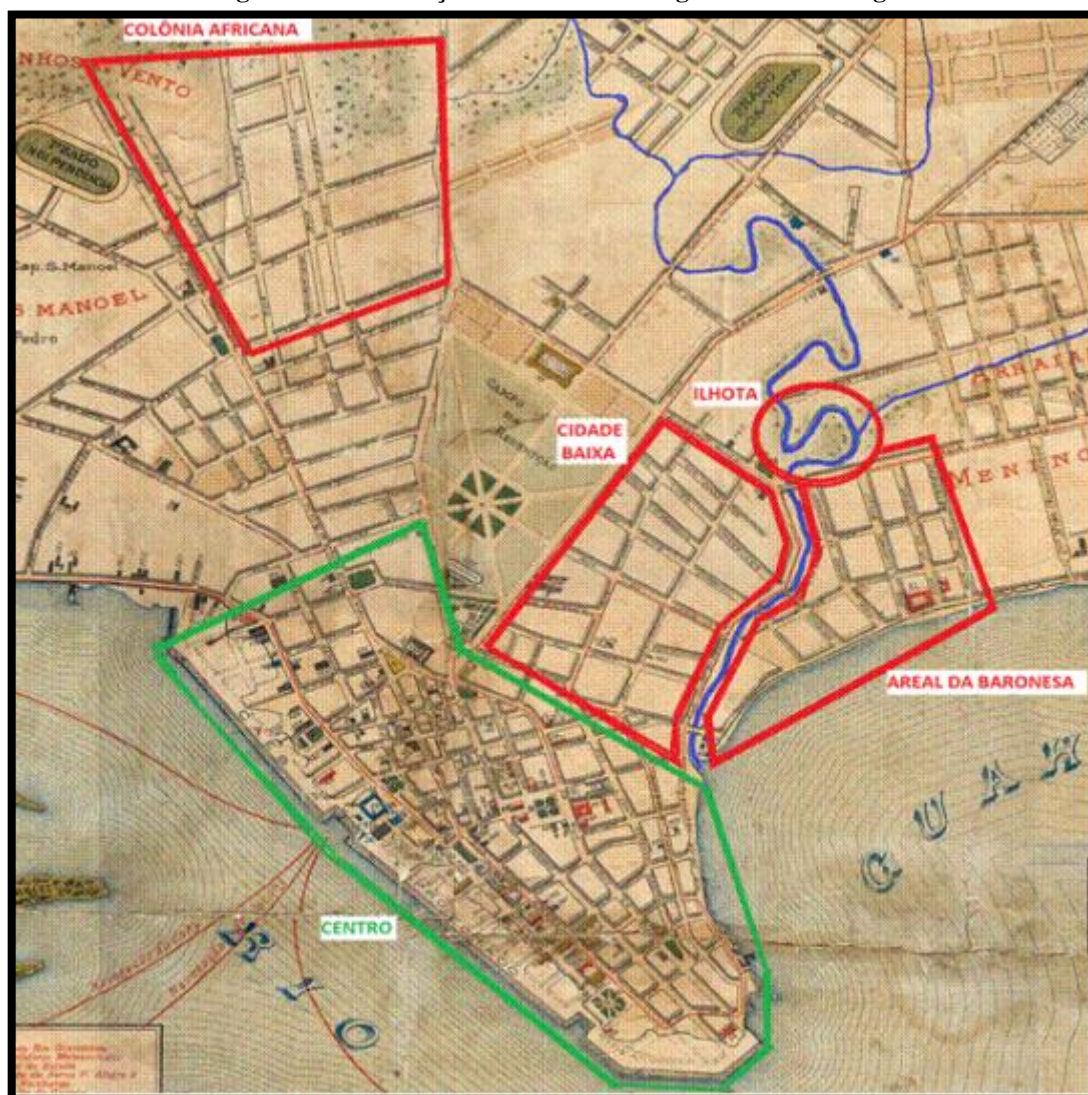
²⁵⁶ FRANCO, Sérgio da Costa. *Porto Alegre. Guia Histórico*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006; KERSTING, Eduardo. *Negros e a modernidade urbana em Porto Alegre: a colônia africana*. Dissertação de Mestrado (PPGHIS/UFRGS), 1998; MATTOS, Jane Rocha de. “*Que arraial que nada, aquilo lá é um areal*”. O Areal da Baronesa: Imaginário e História (1879-1921). Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado em História) - Curso de Pós-Graduação em História, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica/RS; PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Os Pobres da Cidade: vida e trabalho (1880-1920)*. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1994.

²⁵⁷ BOHRER, Felipe. Breves considerações sobre os territórios negros urbanos de Porto Alegre na pós-abolição. *Iluminuras*, Porto Alegre, v.12, n. 29, p. 121-152, jul./dez. 2011. p. 130.

²⁵⁸ ROSA, Marcus Vinicius de Freitas. Além da invisibilidade: história social do racismo em Porto Alegre durante o pós-abolição (1884-1918). Tese de Doutorado. Campinas, UNICAMP, 2014. ROSA, Marcus Vinicius de Freitas. Colônia Africana, arrabalde proletário: o cotidiano de negros e brancos, brasileiros e imigrantes num bairro de Porto Alegre durante as primeiras décadas do século XX. In *V Encontro Escravidão e Liberdade*. Porto Alegre, 2011.

²⁵⁹ BOHRER, Felipe. Op. cit., p. 132.

Figura 12: Localização dos territórios negros de Porto Alegre



Fonte: Extraído do texto de Felipe Rodrigues Bohrer²⁶⁰, com destaques elaborados por aquele autor.

Naquele contexto, desde o final do século XVIII, os escravos estavam envolvidos em praticamente todas as atividades produtivas²⁶¹. No entanto, este cenário se modificava e se tornava mais complexo na medida em que cresciam o número de libertos, sexagenários, libertos sob condição, e ainda, os filhos de escravos que poderiam, após a Lei do ventre livre (1871), dependendo da vontade do senhor, prestarem servido dos 8 aos 21 anos, também como forma de indenização aos senhores²⁶².

²⁶⁰ Conforme Bohrer, mapa original sob guarda do Arquivo Histórico Municipal Moysés Vellinho Mapoteca]. BOHRER, Felipe. Breves considerações sobre os territórios negros urbanos de Porto Alegre na pós-abolição. *Illuminuras*, Porto Alegre, v.12, n. 29, p. 121-152, jul./dez. 2011. p. 130.

²⁶¹ ALADRÉN, op. cit.,

²⁶² Ver: KROB, Bruna. *Com a condição de servir gratuitamente a mim ou a meus herdeiros: Alforrias, contratos e experiências de trabalho de libertos* (Porto Alegre, 1884 - 1888). 2016. 263f. Dissertação (Mestrado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2016]. P. 66.

Acrescenta-se a isso, principalmente na segunda metade do século XIX, a intensificação da imigração de povos europeus para o Brasil, elevando a multiplicidade étnica daquela cidade²⁶³. Conforme observado nos registros de óbitos da Santa Casa entre 1875 e 1895, a diversidade de nascidos fora de Porto Alegre ultrapassava o número de 40 nacionalidades estrangeiras, advindas das mais diversas regiões de todos os continentes, sendo também muito vasto o número de naturalidades de outras cidades e estados brasileiros. A política de imigração, financiada pelo governo brasileiro e que impulsionou a chegada de tantos estrangeiros (principalmente voltada para povos do ocidente europeu), objetivava que os imigrantes realizassem o serviço de colonização no interior da Província. Porém, por diversos motivos (zonas inóspitas para habitação, terras pouco produtivas, condições climáticas adversas, conflitos com povos indígenas) muitos imigrantes não obtiveram êxito na atividade rural, ou ainda, preferiram investir as suas ideias e força de trabalho em outras frentes produtivas.

Conseqüentemente, ocorreu a migração de muitas dessas pessoas para as zonas urbanas em busca de trabalho, atuando em casas particulares, fábricas, como jornaleiros²⁶⁴ ou trabalhadores autônomos prestadores de certas especialidades de serviços ou em outras atividades²⁶⁵. Joana Maria Pedro aponta que Porto Alegre recebeu, no final do século XIX, muitos imigrantes italianos que, malsucedidos nas atividades rurais, se estabeleceram em cortiços, tal como o da Rua dos Venezianos. Além disso, a capital absorvia populações oriundas de várias cidades do Rio Grande do Sul, tais como Pelotas, Camaquã, Gravataí, São Gabriel, Triunfo, Rio Pardo, Santana do Livramento, Santa Maria etc.²⁶⁶

O aumento da presença de imigrantes europeus em Porto Alegre também resultou no uso acentuado de mão de obra livre branca nas frentes de trabalho, principalmente nos anos finais da escravidão e posteriores à Abolição, sendo dada a preferência aos imigrantes, fazendo com que muitos escravos ou alforriados fossem rejeitados²⁶⁷. Tal rejeição estaria ligada a um forte preconceito racial - enraizado em uma sociedade baseada na escravidão de negros -, que

²⁶³ XAVIER, Regina Célia Lima. Tratos e contratos de trabalho: debate em torno de sua normatização no século XIX. In: *História em Revista*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Nº. 10, dez. 2004. p. 201-210.

²⁶⁴ Jornaleiro: trabalho por jornada.

²⁶⁵ Sobre a formação de uma *colônia* de alemães em Porto Alegre, no século XIX, a revelia das autoridades imperiais, ver: GANS, Magda. *Presença Teuta em Porto Alegre*. Porto Alegre / Editora da Universidade - UFRGS / ANPUH - RS, 2004.

²⁶⁶ PEDRO, Joana Maria. Mulheres do Sul. In *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997. p. 302. Para as inferências realizadas, a autora se baseou, principalmente, no estudo: AREND, Sílvia Maria Favero. Um olhar sobre a família popular porto-alegrense (1896-1906). Porto Alegre: UFRGS, 1994. 178 p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. p. 18-27.

²⁶⁷ BILHÃO, Isabel. Op. cit., p. 105.

se estabelecia como fator decisivo para a contratação de trabalhadores, principalmente, pelas indústrias²⁶⁸.

Este pensamento discriminatório, trazido para o campo da prática social, ajudou a levar os *não brancos* a trabalhos de reduzida remuneração e a preencher funções mais baixas da produção²⁶⁹. As mulheres escravas, libertas ou livres pobres desenvolviam, normalmente, trabalhos de cunho doméstico (tais como *criada*, *cozinheira*), ou ainda, outras atividades não necessariamente realizadas no domicílio do senhor ou patrão, ou ainda, de rua: doceira/quitandeira, engomadeira, lavadeira, parteira etc.²⁷⁰. Há de se destacar, também, o papel desempenhado pelas amas de leite, geralmente exercido por escravas, libertas e livres pobres, atividade muito requisitada naquela cidade e na sociedade brasileira, como um todo²⁷¹.

Nesta conjuntura, tanto para imigrantes quanto para escravos, libertos, livres pobres e população mais abastada, os fatores *ascendência étnica* e *condição social (incluindo a classe econômica) e de liberdade* desempenhavam função importante na organização social²⁷² e na busca por meios de sobrevivência (moradia, trabalho, alimentação etc.). A sociabilidade nos núcleos urbanos daqueles anos, o que em Porto Alegre não foi diferente, era fortemente marcada pelos fatores relacionados à posição social e econômica dos indivíduos.

A *grosso modo*, as ruas em geral eram ocupadas pela população mais pobre, entre ela os escravos, libertos, entre eles muitos trabalhadores, tais como vendedores e artífices, sendo também habitadas por desocupados. Já a população mais abastada reduzia a sociabilidade aos seus núcleos de relações de trabalho, amizades e familiares, em espaços particulares ou públicos específicos (mormente direcionados para as classes mais abastadas). Há de se destacar que os

²⁶⁸ PESAVENTO, Sandra Jatahy. *A emergência dos subalternos*. Trabalho livre e ordem burguesa. Porto Alegre: UFRGS/FAPERGS, 1989. p. 75 – 79.

²⁶⁹ PESAVENTO, op. cit., p. 75 – 79. KROB, op. cit.

²⁷⁰ Em relação à prostituição, e ainda, outras profissões exercidas por mulheres, ver: MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009. Dados sobre “profissões”, retirados de registros de óbitos, ver: OLIVEIRA, Daniel. Op. cit., p. 80-81.

²⁷¹ Ver: MARTINS, Bárbara Canedo Ruiz. O aleitamento mercenário: os saberes médicos e o mercado de trabalho das amas de leite (Rio de Janeiro, 1850-1884). In PIMENTA, Tânia Salgado et al. *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. 2016.

²⁷² Conforme Joana Maria Pedro: “A sobrevivência desses populares era muitas vezes garantida pela própria origem étnica: comumente, os empresários alemães e italianos preferiam empregar em suas indústrias, casas de comércio ou oficinas trabalhadores que possuíssem a mesma origem étnica deles [...] Dessa forma, para os luso-brasileiros, negros e mestiços, os quais traziam na pele e na cultura o estigma da incompatibilidade com o trabalho, restavam o desemprego e o trabalho informal”. PEDRO, Joana Maria. Op. cit., p. 303.

espaços públicos, principalmente para as classes mais ricas, eram na sua maior parte voltados para os homens²⁷³.

Ainda que as igrejas tenham sido um dos raros locais públicos que reunia representantes de todas as classes sociais *aparentemente* sem distinções, ressalta-se que até mesmo aqueles espaços eram marcados por divisões que refletiam a posição social das pessoas. No entanto, a separação também poderia ocorrer por igrejas, relacionadas às irmandades e sociedades de socorro mútuo. Estas últimas, por sua vez, quando construía hospitais, estabeleciam dentro deles as suas próprias capelas, como no caso da Sociedade de Beneficência Portuguesa²⁷⁴. Ligado a isso, de forma semelhante às elites e trabalhadores livres brancos, escravos e libertos, dentro das suas possibilidades de organização, congregavam-se com companheiros da mesma nação e/ou condição social por meio de irmandades ou sociedades de auxílio mútuo. Neste ínterim, as organizações religiosas também proporcionavam um dos poucos espaços sociais de ação por parte das mulheres, de ambas as classes e condições sociais.

Destarte, também devemos destacar que no Brasil, desde os tempos de Colônia até o início do século XX, algumas irmandades e sociedades de socorro mútuo (tais como as Irmandades das Santas Casas de Misericórdias e as Sociedades de Beneficência Portuguesa) se estabeleciam como locus privilegiado de prática da medicina e atuação de médicos, isto, por normalmente estabelecerem hospitais nos locais onde eram erguidas, o que foi o caso da capital gaúcha, como ainda verificaremos.

Visto isso, nesta parte do capítulo buscamos delinear o espaço geográfico e a organização social de Porto Alegre. Isto, visando analisar, nas próximas páginas, como se dava a atuação médica, as suas frentes de ação e relações com os diferentes grupos sociais, pertencentes aquele contexto e, dentro disso, atentando para como estes elementos afetavam a prática de registrar os óbitos.

²⁷³ COSTA, Emília Viotti da. *Da monarquia à república: momentos decisivos*. 7. ed. São Paulo: UNESP, 1998. p. 244.

²⁷⁴ QUEVEDO, Éverton Reis. *"Uma mão protetora que os desvie do abismo": Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre e seu hospital (1854-1904)*. Oikos Editora, 2016.

3.2 O CAMPO DA ATUAÇÃO MÉDICA

O campo de atuação dos médicos se demonstrava, aparentemente, amplo e abrangente, no que toca às relações com a população e espaço urbano: ocupavam cargos públicos relacionados à medicina provenientes da administração provincial/estadual ou imperial/republicana, tal como os da Inspetoria de Saúde Pública ou de Higiene; faziam parte de comissões para avaliação e consulta sobre os mais diversos problemas relacionados à higiene e saúde da cidade; eram contratados pela presidência da Província para prestarem socorro em tempos de epidemia (inclusive em outras cidades da Província), organizarem lazaretos etc.; também prestavam serviço à polícia em exames de corpo de delito e exumações de cadáveres mediante convocação e; é claro, atendiam em consultórios particulares e nos poucos hospitais existentes naquela cidade. Também devemos levar em conta, ainda que este não seja um aspecto enfocado por esta tese, que muitos médicos assumiam cargos políticos não relacionados à qualquer uma das frentes de atuação direta, da medicina.

Os maiores hospitais da cidade eram o da Santa Casa de Misericórdia e da Sociedade de Beneficência Portuguesa, este último, fundado em 1870²⁷⁵. Existiam, ainda, outros menores: o Hospital Nossa Senhora das Dores (1888-1893)²⁷⁶, e ainda, o que era mantido pela Sociedade de Beneficência Espanhola, existente na década de 1880, do qual temos pouquíssimas informações²⁷⁷. Além destes hospitais, acrescentamos o Hospício São Pedro, inaugurado em 1884, também como espaço de atuação da classe médica. Neste cenário, como veremos, muitos dos médicos residentes na cidade transitavam entre ambos os serviços e instituições.

²⁷⁵ O Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa de Porto Alegre era voltado para o atendimento de seus sócios e particulares. Não atendia mulheres nas suas enfermarias, porém, disponibilizava médicos para atendimentos domiciliares às mulheres dos sócios que pagassem por esse serviço. Se por um lado, conforme será observado, a Santa Casa de Misericórdia estava mais voltada para a realização da caridade aos mais pobres, o mesmo não se pode dizer para o Hospital da Sociedade. Informações mais detalhadas sobre o Hospital e Sociedade de Beneficência de Porto Alegre, bem como, sobre as sociedades de socorros mútuos, ver: SERRES, Juliane; QUEVEDO, Éverton Reis; REICHARDT, João Carlos (Orgs.). *Beneficência Portuguesa: a primeira Sociedade de Socorros Mútuos do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. SILVA JR., Adhemar Lourenço da. *As sociedades de socorros mútuos: estratégias privadas e públicas* (estudo centrado no Rio Grande do Sul – Brasil, 1854 – 1940). 2004. 574 f. (Mestrado em História). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. [2004].

²⁷⁶ O Hospital Nossa Senhora das Dores foi criado e administrado pelas Irmãs Franciscanas da Penitência e Caridade Cristã. O fechamento se deu devido à ida das Irmãs e dos enfermos lá internados, para a SCMPA, em 1888. CRÔNICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. p. 11.

²⁷⁷ Não foram encontrados documentos produzidos pela instituição nem bibliografia que a tratasse sob forma mais detida. SPALDING, Walter. *Pequena História de Porto Alegre*. Porto Alegre: Livraria Sulina, 1967.

Tratemos sobre a representatividade desta classe profissional na sociedade porto-alegrense. Abaixo, segue tabela constando os nomes dos médicos que atuavam em Porto Alegre entre os anos de 1883 e 1885²⁷⁸, a partir de dados verificados no Almanaque Laemmert:

Tabela 2: Médicos atuantes em Porto Alegre entre nos anos de 1883 e 1885

Médicos atuantes em Porto Alegre entre 1883/1885	Anos em que constam no Almanaque Laemmert
<i>Amedeu Prudencio Masson</i>	1883/1885
<i>Aurelio Benigno de Castilho</i>	1883/1885
<i>Carlos Lisboa</i>	1883/1885
<i>Carlos da Silva Flores</i>	1883
<i>Francisco de Paula Dias de Castro</i>	1883
<i>Frederico Meister</i>	1883/1885
<i>Izidoro Duarte</i>	1883/1885
<i>Israel Rodrigues Barcellos Filho</i>	1883/1885
<i>Jayme de Almeida Couto</i>	1883/1885
<i>João Baptista Ferreira Ferro</i>	1883/1885
<i>Manoel Martins dos Santos Penna</i>	1883/1885
<i>Polycarpo Antonio Araponga do Amaral</i>	1883/1885
<i>Polycarpo Cesario de Barros</i>	1883/1885
<i>Ramiro Fortes de Barcellos</i>	1883/1885
<i>Raymundo Caetano da Cunha</i>	1883/1885
<i>Ricardo Heinzelmann</i>	1883/1885
<i>Saturnino Thomaz de Aquino</i>	1883/1885
<i>Thomaz Lourenço Carvalho de Campos</i>	1883
<i>Adalberto Sielder</i>	1885
<i>Affonso Pirasiello</i>	1885
<i>Carlos Augusto Flores</i>	1885
<i>Carlos Duarte</i>	1885
<i>Francisco de Paula Dias da Costa</i>	1885
<i>Hans Heilborn</i>	1885
<i>João Plínio de Castro Menezes</i>	1885
<i>Joaquim Augusto da Silva Guerra</i>	1885
<i>Joaquim Pedro Soares</i>	1885
<i>José Bernardino da Cunha Bittencourt</i>	1885
<i>Manoel José de Campos</i>	1885
<i>Marcolino de Souza</i>	1885

Fonte: ALMANAQUE LAEMMERT. 1883-1885. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre 2010 e 2012.

²⁷⁸ Infelizmente, foram os únicos anos, dentro do recorte temporal desta pesquisa, em que o Almanaque disponibilizou a lista dos médicos atuantes em Porto Alegre.

Conforme a lista, em 1883 atuavam em Porto Alegre 18 médicos. Em 1885, permanecendo 15 referentes ao ano de 1883, seriam somados outros 12, compondo um total de 27 médicos diplomados residentes na cidade.

Abaixo, arrolamos lista referente ao ano de 1886, extraída de Relatório do Presidente da Província daquele ano, elaborada pelo Secretário da *Inspectoria de Hygiene* em Porto Alegre, Manoel Joaquim de Freitas Junior. Observemos que a lista tinha como fim identificar os profissionais atuantes na Província, não somente em Porto Alegre, registrados na Inspetoria. Nela, também era indicada a graduação obtida pelo profissional arrolado, distribuída pelas seguintes formações: “Dr. em Medicina”, “Pharmacêutico” e “Dentista”.

Tabela 3: Relação dos profissionais habilitados perante a Inspectoria de Hygiene de Porto Alegre - 1886

	NOMES	GRADUAÇÕES
1	<i>Manoel José de Campos</i>	<i>Dr. Em medicina</i>
2	<i>Ricardo Ernesto Heinzemann</i>	"
3	<i>José Bernardino da Cunha Bittencourt</i>	"
4	<i>João Frederico Maestu</i>	"
5	<i>José Joaquim dos Santos Corrêa</i>	"
6	<i>Francisco Izidoro Duarte</i>	"
7	<i>Manoel Martins dos Santos Pena</i>	"
8	<i>Amedeo Prudencio Masson</i>	"
9	<i>Joaquim Pedro Soares</i>	"
10	<i>Polycarpo Araponga do Amaral</i>	"
11	<i>Jayme de Almeida Couto</i>	"
12	<i>Israel Rodrigues Barcellos Filho</i>	"
13	<i>João Plínio de Castro Menezes</i>	"
14	<i>Raymundo Caetano da Cunha</i>	"
15	<i>Ramiro Fortes Barcellos</i>	"
16	<i>Aurelio Benigno de Castilho</i>	"
17	<i>Manoel Ignácio de Vasconcellos</i>	"
18	<i>Carlos Lisboa</i>	"
19	<i>Marcellino José de Souza Junior</i>	"
20	<i>João Frederico Abbott</i>	"
21	<i>João Briefeld Junior</i>	"
22	<i>Protasio Antonio Alves</i>	"
23	<i>Victor de Brito</i>	"
24	<i>Luiz Nicoláo Massem [sic]</i>	"
25	<i>João Ramussen de Godoy</i>	"
26	<i>José Pontes França</i>	"
27	<i>Thomaz Rodrigues Pereira</i>	"
28	<i>Pio Angelo da Silva</i>	"
29	<i>Felippe Pereira Caldas</i>	"
30	<i>Guilherme Martins de Freitas</i>	"
31	<i>Nicoláo Alves Pitombo</i>	"

32	<i>José Dias de Almeida Pires</i>	"
33	<i>Luiz Carlos da Silva</i>	"
34	<i>Custodio Vieira de Castro</i>	"
35	<i>Hermann Shering</i>	"
36	<i>Miguel Rodrigues Barcellos</i>	"
37	<i>Serafim José Rodrigues de Araújo</i>	"
38	<i>João Chaves Campello</i>	"
39	<i>Vicente Cypriano da Maia</i>	"
40	<i>Cypriano da França Mascarenhas</i>	"
41	<i>Candido Alves Machado</i>	"
42	<i>João Ferreira da Silva Borges Fortes</i>	"
43	<i>Jonathas Abbott</i>	"
44	<i>José Francisco de Azevedo Pena</i>	"
45	<i>João Maria de Azevedo</i>	"
46	<i>Marcellino Adolpho Cassiano Maia</i>	"
47	<i>Augusto José Ferrary</i>	"
48	<i>Antonio Marques dos Santos Pavão</i>	"
49	<i>Agostinho da Silva Campos</i>	"
50	<i>Rodrigo de Azambuja Villa Nova</i>	"
51	<i>Francisco de Paula Dias de Castro</i>	"
52	<i>Tristão de Oliveira Torres</i>	"
53	<i>Pantaleão José Pinto</i>	"
54	<i>Hermano Steinkpff</i>	"
55	<i>Pedro Agapir de Aquino</i>	"
56	<i>Carlos Frederico Nabuco</i>	"
57	<i>Oscar de Noronha</i>	"
58	<i>Augusto Alves da Cunha</i>	"
59	<i>Antonio Ferreira de Andrade Neves</i>	"
60	<i>João Ramão Pedro Mariot</i>	"
61	<i>Carlos Adalberto de Campos Laudares</i>	"
62	<i>João Adolpho Josetti</i>	"
63	<i>Arthur Benigno de Castilho</i>	"
64	<i>Adeodato de Andrada Fialho</i>	"
65	<i>Affonso Pereira da Silva</i>	"
66	<i>Carlos Augusto de Oliveira Duarte</i>	"

Fonte: RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1886. Disponível em [\[http://www.crl.edu/brazil/\]](http://www.crl.edu/brazil/). Acesso entre out. e dez. de 2010.

A ordem dos nomes foi replicada de acordo com a lista original. Tal ordenação nos parece estranha, pois não segue a disposição do alfabeto e, ainda, não parece estar orientada pela idade do registro ou do médico, pois, o ano de formação identificado para alguns dos médicos arrolados pouco se relaciona com a numeração ordinária da lista.

Da tabela original, suprimimos os farmacêuticos e dentistas. No entanto, os primeiros estavam representados por 25 profissionais e, os segundos, por 10. Desses 101 profissionais (somando ambas as formações), todos eram homens²⁷⁹. Em relação à Porto Alegre, no século XIX, não encontramos menção ou fontes que identificasse a presença feminina exercendo a medicina, ao menos não, como profissional diplomada.

Retornando à lista produzida pela Inspetoria de Higiene que nos traz os dados referentes aos anos de 1883 e 1885, verificamos que somente 16 nomes de médicos trazidos nas listas anteriores são repetidos na lista de 1886, porém esta última, destacamos, refere-se à toda a província, o que impossibilita a verificação exclusiva para Porto Alegre, tendo em vista a ausência da indicação da cidade de atuação de cada um dos médicos.

Procuramos relacionar o número de médicos residentes em Porto Alegre entre 1883 e 1885 com outras cidades, também considerando o total populacional (relação entre número de médicos e população). Em São Paulo, que comportava total populacional muito próximo ao da capital gaúcha (São Paulo teria em torno de 40.000 habitantes em 1872), estavam estabelecidos 40 médicos diplomados, conforme o Almanaque²⁸⁰. Em outras cidades, não tão próximas em número de habitantes, observamos: Manaus (em 1872 com cerca de 30.000 hab.²⁸¹), nove médicos; na populosa Recife (mais de 116.000 hab. em 1872), 62 médicos; em Cuiabá (em torno de 36.000 hab. para o ano de 1872) apenas 3 médicos.

Buscamos estabelecer a relação entre população e número de médicos, considerando a lista de médicos residentes na cidade de Porto Alegre para 1885. Ao utilizarmos este ano como referência, fizemos uso da estimativa populacional da cidade, calculada no gráfico 1 (cerca de 50.000 hab.), apresentado anteriormente: obtivemos a razão de 0,54 médicos por 1.000 hab., em Porto Alegre; São Paulo, 1,0:1.000; Recife (considerando que a população diminuiu entre 1872 e 1890, por isso, manteremos o mesmo número), com média muito próxima de Porto Alegre, 0,53:1.000; Cuiabá, que não teria apresentado crescimento considerável entre 1872 e

²⁷⁹ Um ano depois, Rita Lobato Velho Lopes, natural da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, cidade de Rio Grande, se formaria na Faculdade de Medicina da Bahia, tornando-se a primeira mulher formada em Medicina, no Brasil e a segunda na América do Sul. Após, retornaria a sua região de nascimento, a qual exerceria a profissão por 40 anos. CIÊNCIA e Cultura. Agência de notícias em C & T. *Primeira médica saiu da Famed em 1887*. 4 mai. 2013. Disponível em [http://www.cienciaecultura.ufba.br/agenciadenoticias/noticias/primeira-medica-saiu-da-instituicao-em-1887/]. Acesso em dez. 2016.

²⁸⁰ População de 40.000 habitantes conforme ALMANAQUE LAEMMERT. 1883-1885. Op. cit. Em 1872, Porto Alegre teria cerca de 12.000 habitantes a mais que São Paulo. Ver: SINOPSE DO CENSO DEMOGRÁFICO 2010. *População nos Censos Demográficos, segundo os municípios das capitais - 1872/2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=6&uf=00]. Acesso em mar. 2015.

²⁸¹ Tomamos como referência o Censo de 1872, tendo em vista a necessidade de estabelecermos índices comparativos entre as cidades.

1900, 0,083:1.000; Manaus (estimando 35.000 hab.), 0,25:1.000 habitantes²⁸². Desses apontamentos, verificamos que dentro do contexto nacional, Porto Alegre estava longe de ser mal servida por médicos, ao menos, em quantidade. Porém, isto não quer dizer que o número de médicos lá residentes pudesse dar conta de modo satisfatório do total populacional. A título de curiosidade, atualmente, para Porto Alegre, a razão entre número de médicos e população está aferida em 8,73 (12.335 médicos para uma população de 1.413.094), uma das maiores razões entre as capitais brasileiras²⁸³.

Das informações apresentadas, ressaltamos que durante o período imperial, conforme a legislação vigente, estariam habilitados a exercer a medicina somente profissionais diplomados por faculdades de medicina, cabendo à Junta de Higiene Pública realizar o controle sobre a atuação. Tal regulamentação era vigente desde a metade do século XIX e advinha do já citado Decreto 828 de 1851, que mandava executar o regulamento da Junta de Higiene Publica²⁸⁴. Demonstrava-se, já naqueles anos, certa proteção e privilégio à profissão médica exercida por diplomados habilitados.

O mesmo Decreto, no Artigo 2º, indicava que para as Províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul seriam constituídas Comissões de Higiene Publica, compostas por três membros, nomeados pelo governo. Nas outras Províncias haveriam somente “Provedores de Saúde Pública”²⁸⁵. Dessa maneira:

Art. 28. Os Medicos, Cirurgiões, Boticarios, Dentistas e Parteiros apresentarão os seus diplomas, na Côrte e Provincia do Rio de Janeiro, à Junta Central, e nas Provincias, às Commissões e aos Provedores de Saude Publica. Em hum livro destinado para a matricula se inscreverá o nome do individuo, a que pertence o diploma; a profissão a que se refere e a Corporação que o conferio; o que feito o Presidente da Junta Central ou da Comissão ou o Provedor de Saude Publica lançará nas costas do diploma o - Visto - e assignarão. Os formados em Universidades ou Escolas estrangeiras, cujos diplomas não tenham sido legalizados pelas Faculdades de Medicina do

²⁸² Estimativas populacionais hipotéticas realizadas por este autor, baseadas no histórico dos Censos de 1872, 1890 e 1900. SINOPSE DO CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Op. cit.,

²⁸³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo capitais – Brasil, 2013*. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23569:numero-de-medicos-nas-capitais-chega-a-ser-quatro-vezes-maior-que-no-interior-dos-estados&catid=3]. Acesso em mar. 2015.

²⁸⁴ Conforme segue: “Art. 25. Ninguém póde exercer a medicina, ou qualquer dos seus ramos, sem titulo conferido pelas Escolas de Medicina do Brasil, nem póde servir de perito perante as Autoridades Judiciarias, ou Administrativas, ou passar certificados de molestia para qualquer fim que seja. Os infractores incorrerão na multa de cem mil réis pela primeira vez, e nas reincidencias em duzentos mil réis e quinze dias de cadêa”. Mantida a ortografia original. DECRETO N° 828, de 29 de setembro de 1851. Disponível em [http://www.lexml.gov.br].

²⁸⁵ DECRETO N° 828. Op. cit.,

Imperio, ou não estiverem compreendidos nos dois antecedentes Artigos, não serão inscriptos nos livros da matricula.

Art. 29. Sem que se tenha feito a matricula do modo determinado neste Regulamento, não he licito o exercicio da medicina em qualquer de seus ramos, ainda que tenham sido preenchidas as obrigações do Art. 25º, e que gozem dos favores dos Art. 26 e 27. Os infractores incorrerão na multa de cincoenta mil réis pela primeira vez, e no dobro e em quinze dias de cadêa nas reincidencias²⁸⁶.

Conforme os artigos arrolados, em conjunto do artigo 25º, somente após a matrícula e registro da titulação, um médico poderia prestar serviços como perito, ou ainda, emitir atestados de doenças (o que reforça a atuação dos médicos diplomados para verificação das causas de morte). No que toca especificamente ao registro da matrícula, a regulamentação sofreria ínfimas modificações com a promulgação do Decreto 9.554 de 3 de fevereiro de 1886: a matrícula, agora, deveria ser realizada nas Inspetorias de Higiene Provinciais ou na Inspetoria Geral da Corte²⁸⁷.

Com a reorganização do serviço sanitário proposta pelo Decreto, mudou-se também os funcionários nomeados para ocuparem a Junta de Higiene. E assim ponderava o novo inspetor sobre esta questão, no primeiro relatório elaborado pela recente inspetoria, o qual estava anexada a lista de médicos da Província, anteriormente apresentada:

Profissionais. Junto a este remeto a cópia da relação dos profissionais habilitados perante esta Inspectoria. Essa relação foi de novo organizada por esta repartição e publicada diversas vezes no jornal oficial da província. Não posso ser muito exato, quanto às alterações que se tenham dado por ausência ou mudança dos profissionais, visto já ter encontrado esse trabalho começado e não fazerem eles comunicação a esta Inspectoria. Espero, porém, que com as observações desta Inspectoria, cumpram esta parte do regulamento vigente.

²⁸⁶ DECRETO N° 828. Op. cit.

²⁸⁷ Conforme segue: “Art. 42. Os medicos, cirurgiões, pharmaceuticos, parteiras e dentistas deverão matricular-se, apresentando os respectivos titulos ou licenças na Inspectoria Geral do hygiene na Côrte e nas inspectorias provinciaes nas Provincias, afim de serem registrados. O registro se fará em livro especial e consistirá na transcripção do titulo ou licença, com as respectivas apostillas. Feito o registro, o Inspector de hygiene lançará no verso do titulo ou licença o - Visto -, indicará a folha do livro em que a transcripção tiver sido effectuada, datará e assignará. Paragrapho unico. Serão considerados sem valor para o exercicio da profissão os titulos ou licenças que não tiverem sido registrados na fórmula deste artigo; e equiparados os seus possuidores, para o effeito das penas impostas neste Regulamento, aos que exercerem a medicina em qualquer dos seus ramos sem titulo legal. Art. 43. Nenhum titulo registrado em uma Provincia será válido em outra sem que seja apresentado na respectiva Inspectoria; bastando para validade o - Visto - a que se refere o artigo antecedente”. DECRETO N. 9.554 - de 3 de fevereiro de 1886. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

Deus Guarde a V. Ex. – Illm. e Exm. Sr. Dr. Barão de Ibituruna, Digníssimo Inspetor Geral de hygiene. O Inspetor Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho²⁸⁸.

Disso, verificamos que as Inspetorias de Higiene e Comissão de Saúde Pública, por meio das suas legislações, dos seus regulamentos e das suas determinações, demonstram-se como espaços de poder e ação privilegiados para melhor compreensão sobre a atuação e papéis exercidos pelos médicos, frente à população.

Abordaremos agora, mais detidamente, estas repartições através da relação estabelecida entre os Decretos Imperiais com outras fontes diretamente relacionadas ao cenário de pesquisa e aos seus principais atores. Com este enfoque, seguiremos uma ordem cronológica, por vezes, irregular, no entanto, não abrindo mão de uma abordagem fluída.

O advento das Inspetorias de Higiene em Porto Alegre se deu, de modo conjunto, com o das Inspetorias de Saúde do Porto. Estas substituiriam, a partir de 1886, a Comissão de Saúde Pública, criadas a partir de 1853. No que toca à composição dos funcionários nomeados para as Inspetorias de Higiene, o Decreto de 1886, por meio do artigo 12º, indicava que para a Província de São Pedro do Rio Grande do Sul haveria um Inspetor de Higiene, dois membros da Inspetoria e um Secretário. A Inspetoria de Saúde do Porto, na Província de São Pedro (a composição das duas inspetorias se daria de forma diferenciada, dependendo da província), seria composta por um Inspetor de Saúde do Porto, um Secretario e dois guardas de saúde.

Ambos os Inspetores seriam nomeados pelo Governo Imperial e por Decreto. Já os Inspetores nomeariam os demais empregados²⁸⁹. Assim era descrita a composição das Inspetorias para a Província de São Pedro:

Serviço Sanitário. Por decreto n. 9554 de 3 de fevereiro último foi reorganizado o serviço sanitário do Império, sendo criada a Junta de Higiene e Inspectoria da Saúde do porto desta província. Para a Junta de higiene foram nomeados por decretos e portarias de 27 do citado mês, o Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho, Inspetor, os Drs. A. Joselli e Arthur Benigno Castilho, membros da Junta e o cidadão Manoel Joaquim de Freitas Junior, secretário. Para a Inspetoria da Saúde do Porto foram nomeados o Dr. Custodio Vieira de Castro e Benjamin Gonçalves Cruz, o 1º inspetor e o último secretário. A 5 de abril findo começou a funcionar a Junta em uma das salas da Câmara Municipal desta capital. Com a reorganização deste serviço ficam extintos os lugares de inspetor da Saúde Pública e delegado do Instituto Vacínico que

²⁸⁸ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1886. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. 2010.

²⁸⁹ DECRETO N. 9.554 - de 3 de fevereiro de 1886. Disponível em [http://www.lexml.gov.br].

eram exercidos pelos Drs. Carlos Lisboa e Polycarpo Antonio Araponga do Amaral.

Um breve parêntese: todos os *doutores* citados faziam parte das listas anteriormente trazidas. O trecho transcrito ganha em importância por trazer dados sobre a antiga organização dos serviços de saúde da Província, que era composto pelo Inspetor de Saúde Pública e pelo Delegado do Instituto Vacínico. Conforme foi possível resgatar em relatórios anteriores, Carlos Lisboa atuava na Inspetoria de Saúde Pública, ao menos, desde 1882.

Cabe constar que, entre estes anos, outros médicos ocuparam o cargo provisoriamente, tais como Carlos Augusto Flores e Joaquim Pedro Soares, que por sua vez também atuou como Provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, na década de 1880. Tais informações demonstram que a ocupação de tais cargos, ao menos até a publicação do Decreto de 1886, estava longe de ser estável, ou ainda, assumida com afincamento por parte de seus detentores.

Neste sentido são ilustrativas algumas passagens do relatório de 1883: “Por decreto de 5 de maio foi nomeado o Dr. Carlos Augusto Flores para servir o cargo de inspetor da saúde pública, em substituição ao Dr. Joaquim Pedro Soares, que havia solicitado a sua exoneração. Entrou em exercício do lugar no dia 21 do mesmo mês”. Algumas linhas depois: “Acha-se servindo interinamente o cargo de inspetor da saúde pública o Dr. Carlos Lisboa, no impedimento do proprietário Dr. Carlos Augusto Flores, que está no gozo da licença de três meses que lhe foi concedida para tratar de seus interesses”²⁹⁰. Em contrapartida, o Dr. Polycarpo Antonio Araponga do Amaral parece ter tido passagem mais estável como Delegado do Instituto Vacínico, ao menos entre 1883 e 1886, anos dos quais pudemos identificar a ocupação do cargo.

Das poucas informações obtidas sobre o funcionamento prático desta repartição, verificamos que atuava sob perspectiva preventiva, cabendo à população o livre arbítrio de procurá-la:

Delegacia da Inspetoria Geral do Instituto Vacínico. Continua no exercício do cargo de delegado daquela Inspetoria o Dr. Polycarpo Antonio Araponga do Amaral. Segundo informações por este prestadas foram vacinadas no ano findo 327 pessoas, sendo 181 do sexo masculino e 146 do feminino, todas de menor idade, produzindo a vacina ótimo resultado. A aplicação da vacina

²⁹⁰ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1883. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. 2010.p. 35.

nesta capital tem sido feita na Camara Municipal, onde se encontra o referido Dr. Nas terças e sextas-feiras de cada semana, para vacinar as pessoas que ali vão procurar este preservativo. Não só naquele lugar como também em qualquer parte da cidade aplica o mesmo delegado a vacina e a recolhe para fornece-la a todas localidades da Província, visto ser insuficiente a que é suprida pelo Instituto da Côte²⁹¹”.

Notemos o caráter de improvisado do serviço de vacina, podendo ser realizado na Câmara Municipal ou em qualquer outro local da cidade. Devido ao caráter da atividade, números demonstrados e o número de anos à frente do Instituto, tudo indica que Araponga do Amaral dispunha de largo campo de contato com os mais diversos grupos populacionais da cidade. Amaral, que se formou na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1853²⁹², foi também médico do exército.

Conforme o Decreto de 1851, os Comissários Vacinadores Provinciais faziam parte das Comissões de Higiene Pública, que também incluía os Provedores de Saúde dos Portos e Delegados do Cirurgião-mór do Exército. Dessa maneira, os “Provedores de Saúde Pública” compreendiam estas três classes. Semelhantemente ao Decreto de 1886, somente em algumas Províncias seriam constituídas tais comissões e, a do Rio Grande do Sul, estaria entre as arroladas, cabendo ao Presidente da Província demandar ações para os provedores dos cargos²⁹³, o que incluiria a designação dos lugares e dias a serem realizadas as vacinas.

O Decreto de 1851 previa controle mais intenso sobre o exercício da medicina, cabendo às Comissões papel preponderante na fiscalização da atuação dos médicos. Estas Comissões, logo que constituídas, deveriam officiar as Câmaras Municipais para que lhe enviassem as listas dos Facultativos matriculados. Desta maneira, posteriormente, o controle ficaria ainda mais intenso:

Art. 33. Recebidas as listas enviadas pelas Camaras Municipaes, serão lançadas nos livros da matricula com todas as indicações necessarias. Com estas e com as que se fizerem de novo, formar-se-ha a matricula provincial, que será publicada pela imprensa.

Art. 34. As mesmas Autoridades sanitarias, que organisarem as matriculas provinciaes, remetterão copias á Junta Central, que com ellas, e com as

²⁹¹ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1883. Op. cit.

²⁹² Apresentou a tese número 50 daquela Faculdade, com o título: “Breve descrição do estado actual dos principaes hospitaes d’esta cidade”. Ver: MEIRELLES et al. Teses Doutorais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. *Gazeta Médica da Bahia*. Volume 74. Número 1 Janeiro/Junho 2004. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acessa em nov. de 2011.

²⁹³ DECRETO N° 828, de 29 de setembro de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

matriculas do Municipio da Côrte e Provincia do Rio de Janeiro, formará huma matricula geral que fará publicar pela imprensa²⁹⁴.

Pessoas que exercessem a medicina sem diploma e matrícula, incorreriam em multas financeiras pesadas e, em caso de reincidência, poderiam ser presos por quinze dias, também sofrendo penas previstas pelo Código Criminal²⁹⁵.

Os artigos posteriores regularizavam a preparação e prescrição de remédios e drogas. Médicos não poderiam preparar ou vender remédios, salvo em locais que não houvesse botica aberta. Também não poderia ter sociedade ou contrato com boticário. As receitas deveriam ser escritas em português, por extenso, sem abreviaturas, sinais, algarismos, juntamente com uma série de outras restrições²⁹⁶.

O capítulo pertinente à Inspeção de Saúde dos Portos traz informações interessantes sobre o papel do Provedor responsável pelo cargo nas Províncias e cidades portuárias, tal como Porto Alegre. Este teria, como atribuição principal, monitorar a manifestação de moléstias contagiosas, devendo acionar a Comissão de Higiene Pública, visando deliberar providências para evitar os contágios²⁹⁷. A dita Comissão exerceria o papel de “Polícia Sanitária” (Capítulo 5 do Decreto), devendo investigar as causas de insalubridade, curso das moléstias, em especial as contagiosas, vigiando *tudo o que fosse pertinente* à saúde pública. Disso, estariam incluídos locais como boticas, drogarias, armazéns, mercados públicos, hospitais, colégios, cadeia, cemitérios, fabricas, navios, entre outros²⁹⁸.

A Comissão de Higiene da Província do Rio Grande do Sul fora formada somente em 1853, conforme indicado pelo relatório do governo provincial:

Saúde Pública. Comissão de Higiene e Propagação da Vacina. No dia 4 de maio do corrente ano foi instalada e começou a funcionar a Comissão de Higiene Pública, criada na conformidade da Lei nº 598 de 14 de setembro de 1850, e Decreto n. 828 de 20 de setembro de 1851, sendo nomeado Presidente dela o Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba por Decreto de 9 de agosto do ano passado, e membros os Doutores Manoel José de Campos, e Thomaz

²⁹⁴ Ibid.

²⁹⁵ Ibid. Artigo 46.

²⁹⁶ DECRETO N° 828, de 29 de setembro de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

²⁹⁷ Ibid. Artigo 12.

²⁹⁸ Ibid. Artigos 47 e 48.

Lourenço Carvalho de Campos, ambos nomeados por Decretos de 17 de fevereiro do corrente ano²⁹⁹.

O mesmo relatório nos informa sobre como o Decreto foi posto em prática, pela referida Comissão, em Porto Alegre e na Província:

Na forma do respectivo Regulamento a referida comissão tem-se ocupado das matérias de sua competência, e já fez indicações tendentes à saúde pública que foram convertidas em Posturas Municipais, provisoriamente aprovadas por esta Presidência. A mais importante dessas medidas é a proibição do enxerto do pus da bexiga, abuso de que tinham resultado muitos casos de morte. Graças à Divina Providência e à benignidade do clima a saúde pública na Província não sofreu alteração notável. A única epidemia reinante foi a de bexigas, a qual felizmente está muito diminuída. Alguns casos de febres apareceram no outono passado, que causaram inquietação pela semelhança de alguns sintomas com as da terrível epidemia que assolou o norte do Império; [...]. Pelo relatório do Delegado do Instituto Vacínico, que vos será apresentado, vereis o progresso que tem tido este inapreciável preservativo, o qual ainda não corresponde nem à eficácia de sua virtude, nem aos desvelos do governo para generalizá-lo. Em rigor o povo só concorre a procura-lo no momento em que, pelo desenvolvimento da epidemia se lhe antolha o perigo; dessa inércia e inqualificável imprevidência resulta, que algumas vezes quando a vacina é mais procurada, há falta de pús. Só o tempo e a perseverança dos encarregados do serviço podem corrigir a negligência da população, e fazer extensivo o benefício da Vacina.

A preocupação com a ocorrência de epidemias, principalmente decorrentes da varíola, era evidente no início dos trabalhos da Comissão. Decorrente a isso, a vacina também ganhava em importância³⁰⁰. A título de curiosidade, se contrapormos este relato com o de 1886, verificaremos que as dificuldades de 1853 haviam sido sanadas, ao menos, nos discursos realizados.

No que se refere à atuação médica, notemos que o Decreto de 1851 investia a Comissão de poderes que seriam manifestados através de ações emanadas pelo poder executivo municipal,

²⁹⁹ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1854. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. de 2010.p. 34.

³⁰⁰ Sobre as práticas e modelos de vacina no Brasil Império e República e na Província do Rio Grande do Sul, ver: FERNANDES, Tania Maria. *Vacina Antivariolosa: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. BRIZOLA, Jaqueline Hasan. *A Terrível Moléstia: Vacina, epidemia, instituições e sujeitos: a história da varíola em Porto Alegre no século XIX (1846-1874)*. Porto Alegre. PPGH/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

neste caso, por meio da adição de artigos no Código de Posturas da cidade³⁰¹. No entanto, conforme demonstrou Weber³⁰², a prática das posturas raramente se dava sob a forma planejada, o que nos leva a ponderar sobre a limitação do campo de ação e efetividade deste poder médico, o que também pode ser pensado sobre as ações práticas da referida “Polícia sanitária” também previstas no Decreto, ao exercer na prática o seu papel fiscalizador.

Tratemos mais detidamente sobre as ações tomadas pela Comissão. No relatório de 1855 seria descrita a continuidade das providências relacionadas à composição da Comissão e às instruções do Decreto de 1851:

Saúde Pública. Comissão de Higiene e propagação da vacina. A comissão de higiene tem-se dedicado regularmente com o zelo que caracteriza o seu digno presidente, e cada um dos outros membros, à pontual execução dos deveres, que lhe são impostos pelo decreto n. 828 de 20 de setembro de 1851, já fiscalizando os estabelecimentos de sua competência, e já coibindo abusos perniciosos à saúde pública, e propondo medidas tendentes a melhorá-la. Além das que o ano passado foram convertidas em posturas municipais, aprovadas provisoriamente pela presidência, outras muitas medidas têm sido propostas pela comissão, como V. Ex. verá de seu relatório do corrente ano, que com este lhe será apresentado, cuja execução pende ainda de providências que não podem ser todas ordenadas a um tempo, nem pela presidência somente. Ordenei à câmara municipal desta capital a execução das que dizem respeito ao asseio da cidade: e pus à disposição da comissão o engenheiro provincial Felipe de Normann para o levantamento de planos, e para outros trabalhos, que a comissão julga necessários³⁰³.

A Comissão, de fato, detinha poder efetivo sobre a Câmara Municipal, não sendo estranha a conversão das propostas realizadas no ano anterior, em posturas. A preocupação com o *asseio* da cidade, tornava-se prioridade para os provedores e, disso, verifica-se a aliança entre médicos e engenheiros, para este objetivo.

Das instruções do Decreto de 1851 e das ações tomadas pela Comissão em Porto Alegre, poderemos pensar em uma ideia de medicina que passava a operar em um sentido voltado não somente para o combate às doenças e epidemias, mas também, para a prevenção. Observava, assim, o espaço urbano como campo privilegiado de ação, tal como referiu Lizete Kummer, ao

³⁰¹ Sobre os códigos de posturas da cidade de Porto Alegre no século XIX, consultar: WEBER, Beatriz Teixeira. *Códigos de posturas e regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em História da UFRGS, 1992.

³⁰² WEBER, Beatriz Teixeira. *Códigos de posturas e regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em História da UFRGS, 1992.

³⁰³ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1855. Disponível em [http://www.crl.edu/brazil/]. Acesso entre out. e dez. 2010.p. 16.

discorrer sobre o cenário da medicina no Rio Grande do Sul, na passagem do Império para a República³⁰⁴. Porém, diferentemente da linha teórica seguida pela autora³⁰⁵ e aliando-nos à perspectiva de Edler, não observamos que, desta influência política por parte dos médicos da Comissão, decorreria um processo de *medicalização da sociedade* que fosse, de fato, efetivado na prática social de forma concisa e ampla, como ainda será melhor demonstrado neste capítulo. Dentro disso, devemos considerar as dificuldades narradas pelos próprios médicos (tal como na citação acima) para a implementação das ideias sob forma de políticas, o que poderiam ser ainda maiores³⁰⁶, quando se confirmassem como instrumentos de controle, para uma sociedade tão desigual em termos de condições de vida e experiências culturais (e dessas últimas, também devemos considerar as diversas visões sobre doenças e formas de cura).

Dentro disso, para o cenário de Porto Alegre, há de se considerar as diferenças de infraestrutura e a presença e ausência do poder público (e seus serviços), entre a parte central da cidade e as suas zonas periféricas, tais como as comunidades do Areal da Baronesa, Ilhota e Colônia Africana. Isso, sem falar da zona rural da cidade, também representada pela Freguesia de Belém que, conforme identificado, tratava-se de região em que a presença médica praticamente inexistia, o que pode ser observado pela ausência de referências sobre as causas de morte, nos registros de óbitos. Aliás, no próprio seio da zona urbana de Porto Alegre, como também verificamos, encontraremos hiatos desse *poder* e presença médica, inclusive, no que vale às suas atribuições mais diretas.

De momento, para sustentabilidade de tal argumento, é ilustrativo o relatório emitido pelo Chefe de Polícia da Província, em 1883, alertando sobre a necessidade de médicos encarregados contratados pela Província:

O serviço de polícia, na parte relativa aos corpos de delito, quando se faz preciso recorrer ao exame do cadáver para verificar se a morte foi o resultado de um crime, ou qual a verdadeira causa que a produzia, é sempre imperfeito, e muitas vezes (nos casos em que a autópsia é aconselhada), impossível, não só pela falta de lugar, aparelhos e instrumentos apropriados à execução do

³⁰⁴ KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república*. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2002]. P.16.

³⁰⁵ Perspectiva vinculada à ideia de “medicalização da sociedade” de Michel Foucault e Roberto Machado (este, em nível de Brasil).

³⁰⁶ Witter identificou dificuldades, inclusive, para a implantação das disposições do Decreto de 1851, principalmente, no que tocava a encontrar um médico que estivesse disposto a assumir a inspeção dos navios e do lazareto. WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007]. P. 74.

trabalho, mas ainda porque a polícia não tem para esse fim pessoal pronto e certo. É deplorável que em uma capital como esta não haja um médico encarregado de verificar óbitos e lançar um atestado – *os nomes e apelidos dos defuntos, o sexo, a idade, a profissão, a data exata do falecimento, rua e casa domiciliária, a natureza da doença, causas antecedentes e complicações sobrevindas, duração da doença e os nomes das pessoas que trataram o doente e forneceram os medicamentos*. Todos os dias os jornais dão notícia de pessoas falecidas sem assistência médica, cujos cadáveres são dados à sepultura, levando muitas vezes consigo a história de um crime hediondo. Durante o ano passado o número destes elevou-se a 195. No curto espaço de tempo que exerço funções policiais na província tive necessidade, por três vezes, de recorrer à autopsia para verificação de causas de óbitos. Nos dois primeiros casos ficaram as diligências frustradas porque faltaram os meios de trabalho; no terceiro, tratava-se de um feto, e levou-se a diligência a efeito, servindo-se os peritos de ferros velhos e impróprios, e ainda assim de uso particular de um deles. No entretanto [sic] não há quem desconheça que o corpo de delito é a base do processo criminal e que um médico observador encontra sempre no cadáver a história da sua morte. Para a boa regularidade deste importante ramo de serviço é indispensável que haja nesta capital não só uma casa destinada a servir de necrotério com um anfiteatro anatômico, bancas de dissecação, aparelhos e instrumentos necessários para as autopsias, como também dois facultativos remunerados pelos cofres da província, que estejam à disposição das autoridades policiais e judiciárias para todo o serviço da medicina legal que deles se exigir. Esses mesmos facultativos poderão mediante uma gratificação da municipalidade encarregar-se da verificação dos óbitos, fazendo-se logo efetiva a providência de não ser inumado cadáver algum sem atestação médica com o visto da polícia³⁰⁷.

Contextualizando tais informações, cabe indicar que a atuação dos médicos junto à Polícia, no decorrer da segunda metade do século XIX, dava-se por meio de convocação, expedida pela Secretaria de Polícia. No que se refere aos casos de óbitos sem assistência médica, verificaremos nos registros de sepultamentos do Cemitério da Santa Casa de Porto Alegre, entre os anos de 1875 e 1888, que de 16.894 óbitos, 2.244 (13,3%) tiveram a causa de óbito definida como *sem assistência médica*. Se estendermos o período para 1895, a média dessa última definição aumentará para 14%. Desses dados, devemos lembrar que não estão contabilizados os dados das zonas rurais, tais como, da Freguesia de Belém. Além disso, na epidemia de varíola de 1891/1892, o percentual desses casos subiu para 22/17%, respectivamente.

Dessas informações devemos considerar que estamos tratando de um perímetro urbano não muito extenso (cerca de 25 km quadrados), o que, de forma aliada ao relatório do chefe da polícia, pode tornar os quase 15% de óbitos sem verificação médica como um dado significativo sobre a possível falta de médicos na cidade. Ou ainda, talvez também denote problemas sérios na organização desses profissionais para a execução deste tipo de atendimento, o que pode ser

³⁰⁷ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1883. Ibid. p. 36.

potencializado se levarmos em conta os percentuais de óbitos sem assistência para períodos de epidemia, ocasião em que poderíamos imaginar maior mobilização dos médicos e autoridades públicas³⁰⁸.

Aliado ao que foi exposto, também não observamos a medicina como protagonista isolada na forma de pensar e conduzir propostas de ações no meio urbano. Notemos que, na proposição de 1855, recorria-se a um engenheiro para dar vazão às aspirações da Comissão. Além do mais, quando do surgimento de questões importantes que envolviam os serviços de higiene/saúde pública da municipalidade, comissões de estudo eram formadas. Estas comissões eram formadas, normalmente, por profissionais de áreas diversas, dos quais os médicos não estavam representados em número predominante³⁰⁹.

Desse modo, com estes dados à vista, aliados à perspectiva de autores que trabalharam tais questões para a Porto Alegre da segunda metade do século XIX, assim como, para a capital do Império, entendemos que se tratava de processo de mudanças progressistas que extrapolavam as ideias médicas, indo ao encontro de ideais liberais capitalistas, inspirados no contexto europeu e, principalmente francês, no que toca à reorganização dos espaços urbanos³¹⁰. Disso, é claro, a ideia de higienização ou *asseio* desses espaços deve ser considerada. Esta, era expressa através do planejamento e execução de obras de infraestrutura e melhorias do perímetro urbano, pela setorização econômica nos centros das cidades, preocupação com o descarte do lixo e dos dejetos humanos, limpeza das ruas e, de forma aliada, a prevenção às doenças e epidemias, que também pode ser detectada pelo monitoramento dos portos e da chegada de viajantes e imigrantes, o que também estava previsto pelo Decreto de 1851³¹¹.

³⁰⁸ Isso, tendo em vista que o Decreto 9.554 de 1886 indicava que a verificação dos óbitos deveria ser intensificada pelos Delegados de Higiene em períodos de epidemia, conforme segue no Capítulo 26: “IV. Verificar os obitos ocorridos nas casas de saude, e, em épocas epidemicas, tambem nas habitações particulares das respectivas circumscripções, com sciencia prévia dos moradores, fazendo a competente declaração no certificado de morte passado pelo Medico assistente”.

³⁰⁹ Vide Relatório de 1887, no qual é arrolada a decisão sobre qual providência tomar a respeito do que se fazer com o lixo que era depositado nos Campos da Várzea.

³¹⁰ NASCIMENTO, Mara Regina do. Op. cit. PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Uma outra cidade: o mundo dos excluídos no final do século XIX*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.

SILVEIRA, Eder. *A Cura da Raça: Eugenia e Higienismo no discurso médico Sul-Rio-Grandense nas primeiras décadas do século XX*. Passo Fundo: Editora Universitária de Passo Fundo; 2005. WEBER, Beatriz Teixeira. *Códigos de posturas e regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em História da UFRGS, 1992.

³¹¹ Conforme segue: “CAPITULO II. Da Inspeção de Saude dos Portos [...] Art. 12. Logo que constar aos Provedores de Saude dos Portos, ou a qualquer membro da Junta Central, ou das Commissions que nos lugares que estão em communicação com o Imperio, se tem manifestado alguma molestia contagiosa, darão parte aos Presidentes da Junta Central ou das Commissions, que as convocarão immediatamente, a fim de deliberar sobre as

Entretanto, não podemos menosprezar a importância das ideias médicas e do poder da sua voz nestas comissões, que também ganhavam eco, inclusive, nos discursos dos presidentes da Província. Notemos a medicina como campo e os médicos também como agentes de ideias liberais capitalistas com inspiração no oeste europeu (principalmente França) que buscavam influenciar o meio político ao qual passavam cada vez mais a almejar participação ativa. Neste ponto devemos lembrar que os médicos, em grande parte, já faziam parte dos estratos sociais, econômicos e políticos mais elevados da sociedade brasileira³¹² e, conseqüentemente, também já compartilhavam de certo poder político, o que deveria facilitar o seu ingresso, como classe, na máquina política do país.

Neste sentido, outros acontecimentos ocorridos na capital gaúcha demonstram maior influência dos médicos na produção de políticas de saúde. Em 1856, decorrente à grave epidemia de cólera ocorrida no ano anterior em Porto Alegre, foi elaborado regulamento provincial que visava, principalmente, a prevenção de epidemias e doenças. No entanto, também previa meios de combate muito bem construídos e organizados, na eventualidade de ocorrência epidêmica. Impulsionado pelo presidente da Província, foi nominado como *Regulamento da Salubridade Pública*. O Regulamento tinha a seguinte finalidade, nas palavras do Presidente Jerônimo Coelho, ao introduzir o documento no relatório provincial de 1856:

Para prevenir, e obstar que reapareça e se desenvolva nesta Província a epidemia que a flagelou com fatal e desabrida intensidade de fins do ano próximo passado, e princípios do corrente cumprindo tomar preventivamente todas as medidas próprias à bem do estado sanitário, que couberem na alçada administrativa e forem compatíveis com os recursos disponíveis, e quanto o permitir a especialidade de causas puramente locais e permanentes, que em grande parte não está nas mãos da autoridade pública remover; convindo sobre tudo regular o modo porque se deve proceder no caso em que infelizmente, a despeito do emprego de meios preventivos, o mal em qualquer época, próxima ou remota, chegue à reaparecer, afim de que, nesta hipótese, as diferentes autoridades, os médicos, enfermeiros e mais empregados, cada qual se ache no seu posto, e saiba o que lhe cumpre fazer para combater o dito mal, quais os socorros que nessa ocasião se devem prestar, a quem se deve recorrer, a quem competem os diferentes ramos dos serviço, para que este se não atrepele e produza a confusão, que ordinariamente aparece nessas calamitosas

providências a tomar para evitar o contágio”. DECRETO N° 828, de 29 de setembro de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

³¹² A ideia do conceito de *branquidade*, trazida de início, é aqui remetida.

conjunturas, com a conseqüente perda de vidas, que seriam poupadas sendo os socorros prestados à tempo³¹³.

Nesta organização, em relação ao serviço sanitário, a cidade seria dividida em três bairros (Oeste, Leste e dos subúrbios) e quadras. Criar-se-iam cinco comissões especiais e uma Junta Central de Saúde Pública: 1ª Polícia; 2ª Municipal; 3ª Obras; 4ª Saúde Pública, que seria composta pelos membros da Comissão de Higiene, a qual seriam adjuntos mais dois médicos, caso preciso, nomeados pela Presidência; 5ª Socorros, por sua vez composta do Provedor da Santa Casa de Misericórdia, como presidente, e dos Subdelegados e Juizes de Paz dos dois distritos. Cada uma dessas comissões teria as suas atribuições bem definidas no documento. Destaquemos, destas, as tarefas imputadas à Comissão de Saúde Pública e a de Socorros, dentro do Regulamento:

Art. 7º A Comissão de saúde pública terá a seu cargo: § 1º O serviço de desinfecção de pântanos estroquilinos [sic], e das águas estagnadas. § 2º A desinfecção do interior das casas, e recomendadamente a dos porões das mesmas, a dos postos, enfermarias, prisões, hospitais, e quarteis, e cumulativamente com as comissões Municipal e de Polícia a visita dos mercados, açougues e casas em que se venderem gêneros alimentícios. § 3º Propor e escolher os edifícios que tem de servir para postos e enfermarias nos bairros, e nas quadras, e o número que se deve montar e estabelecer, conforme a intensidade do mal; devendo propor, se o caso exigir, o estabelecimento de um asilo geral de convalescentes. § 4º Inspeccionar tudo quanto for relativo ao bom serviço dos postos e enfermarias do curativo e tratamento dos enfermos, providenciando sobre qualquer falta que encontrar, dando as convenientes instruções aos médicos incumbidos dos postos e enfermarias.

Art. 8º A Comissão de socorros incumbe: § 1º Distribuir roupa, medicamentos e dietas pelos pobres, que se tratarem em suas casas, à vista do bilhete passado pelo médico da quadra respectiva, com indicação da rua, do número, do nome, e das circunstâncias do enfermo. § 2º Compete-lhe todo o fornecimento de dietas, medicamentos, vestuário, utensílios, e mais objetos precisos para montar os postos e enfermarias³¹⁴.

Ressaltamos que o Regulamento seria invocado e executado em quatro períodos, todos eles relacionados à possibilidade de epidemias, seja em relação à sua prevenção, seja para o seu combate: 1º, o período ordinário; 2º, o preventivo ou suspeito; 3º, o significativo e; 4º, o decisivo ou explosivo.

³¹³ Regulamento da Salubridade Pública. RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1856. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010.p. 128.

³¹⁴ Ibid.

O primeiro era direcionado para os períodos *normais* (ou seja, de não ocorrência ou suspeita de epidemias). Trabalhar-se-ia de forma eficaz na limpeza da cidade, sob forma de serviço regular, a ser conduzido de forma conjunta pela Comissão de Higiene, Câmara Municipal (por meio das posturas) e Polícia. O segundo, seria configurado quando da aparição de fatos ou de “condições atmosféricas” propícias à ocorrência de epidemias, “devidamente apreciadas por profissionais”, com dados fundamentado. Não há referência sobre se estes “profissionais” deveriam ser médicos.

O terceiro, seria a verificação de fatos frequentes relacionados à real existência de uma epidemia em seu princípio de manifestação. Neste período seriam acionados o chefe de seção de engenheiros e o Provedor da Santa Casa de Misericórdia, sendo instaladas comissões especiais de socorro. Também seriam designados postos médicos e enfermarias nos bairros, prevendo a obtenção de roupas e medicamentos. O quarto, também indicado como decisivo ou explosivo, seria o período de auge epidêmico em que todas as medidas contidas no regulamento seriam adotadas.

Conforme avaliado por Nikelen Witter, o Regulamento previa uma estrutura de serviço complexa e hierárquica, podendo, inclusive, ser considerado um protótipo de “sistema de saúde pública”³¹⁵. Conforme a autora, este Regulamento seria acionado raramente, ao longo dos anos, demonstrando-se, assim, como mais um exemplo sobre a dificuldade de se realizar, na prática, as aspirações vinculadas à medicina, bem como, do controle almejado pela política sobre o ambiente urbano e população.

Witter encontrou menções sobre o acionamento do Regulamento nas epidemias ocorridas nos anos de 1857 e 1862, a primeira em Caçapava (câmaras de sangue), a segunda em Rio Grande (colerina). Também nos detendo sobre esta questão, verificamos nos relatórios da província que o Regulamento foi acionado em 1867, na ocorrência de epidemia de cólera em Porto Alegre (também verificada por Witter) e em 1868, na iminência de epidemia nas cidades de Uruguaiana, Bagé, Livramento e Jaguarão.

Diante desses apontamentos consideramos que o Regulamento da Salubridade, mesmo que pareça ter sido acionado ocasionalmente do ponto de vista prático e somente para os períodos referentes à ocorrência de epidemias – tendo em vista as poucas referências encontradas, ainda que, como vimos deveria ser executado também em períodos normais (sem

³¹⁵ WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007]. P. 258.

suspeita ou ocorrência de epidemia) – se demonstra como documento importante no sentido de que nos traz informações específicas a respeito da configuração do cenário, para os diferentes momentos de *salubridade* e mortalidade da capital gaúcha.

E, dentro destas informações, relacionado aos sepultamentos, verifica-se que a Comissão de polícia se encarregaria da condução dos cadáveres para o cemitério e as encomendações deveriam lá ser realizadas (não nas paróquias). Poderia, assim, em casos extremos, ser abertas valas comuns para os sepultamentos. Para estes períodos, até mesmo as covas individuais deveriam ter dois palmos a mais de profundidade do que previa o Regulamento do Cemitério, visando assim, reduzir o campo de contato entre vivos e mortos e, em decorrência, das doenças. A visão médica ganhava terreno e se impunha frente às antigas formas de enterramento, mais ritualizadas e próximas ao mundo dos vivos.

Outra informação interessante trazida, relacionava-se aos honorários dos “médicos, enfermeiros, e mais empregados nos diferentes serviços” tratados pelo Regulamento da Salubridade, que era expresso por meio do seguinte quadro:

Figura 13: Vencimentos dos empregados

EMPREGADOS.	VENCIMENTOS DIARIOS.			
	No 1.º período.	No 2.º período.	No 3.º período.	No 4.º período.
Médicos.			6\$000	12\$000
Fiscal.	2\$000	2\$500	3\$000	4\$000
Ajudante do dito.	1\$000	1\$200	1\$600	2\$000
Enfermeiros.			2\$000	2\$500
Ajudantes dos mesmos.			1\$000	1\$500
Presos.			\$300	\$300
Praças da força policial e de linha.			\$500	\$500

Fonte: RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1856.

Das informações do quadro, percebemos que os médicos atuariam, somente, no terceiro e quarto períodos, ou seja, nos períodos de ausência de qualquer manifestação epidêmica ou de suspeita, os principais agentes da medicina não seriam acionados: este papel ficaria centrado na figura do fiscal e do seu ajudante. Tal observação nos demonstra cada vez mais, aliado ao que já verificamos, que o campo de atuação (prática) da medicina diplomada tinha limitações de abrangência, ainda que as regulações - tão bem desenhadas quanto o Regulamento da Salubridade – possam nos levar a crer o contrário.

Porém, para os períodos de epidemia, o cenário parecia se desenhar de modo muito distinto. No Relatório de 1867 foi trazido extenso texto realizado pelo Presidente da Província, que descrevia as ações tomadas no combate da epidemia de cólera-morbo, ocorrida em Porto Alegre. A este documento também está anexo o relatório do Inspetor Geral da Saúde Pública, o Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba. Estes dois relatórios nos demonstram como o Regulamento era, de fato, posto em prática e, ainda, como a cidade se organizava e os médicos agiam, nos momentos de epidemia. É claro, devemos ter em mente, ao trabalharmos tais documentos, que a realidade neles descrita, pode ter sido formatada (e *perfumada*) de acordo com as aspirações dos cargos que ocupavam, objetivando, assim, demonstrar competência acima da média, através das ações descritas. Seguimos para o exame dos relatórios.

Conforme o presidente, logo que apareceram os sintomas premonitórios da epidemia, o Regulamento de 1856 foi posto em execução. Foram também nomeados os médicos responsáveis pelos Bairros: “[...] no bairro do Arsenal de Guerra, nomeei o Dr. Luiz da Silva Flores; para o Paraizo [sic] o cirurgião Luiz Antonio de Medeiros; e para o do Riacho o Dr. Roberto Landell, com os vencimentos marcados no art. 36 do mesmo regulamento”³¹⁶.

As comissões de socorros seriam compostas por cidadãos não-médicos. Foram também nomeados os farmacêuticos responsáveis, para darem vazão às requisições elaboradas pelos médicos designados. Ao Provedor da Santa Casa de Misericórdia, ao Prior da Ordem 3ª de Nossa Senhora das Dores e aos presidentes das Sociedades de Beneficência Brasileira União e Portuguesa, foi demandada concessão das enfermarias, para tratamento dos enfermos. Na cadeia civil foi estabelecida enfermaria própria para os atingidos pela epidemia. Estas enfermarias também eram denominadas como lazaretos.

Destaquemos que as enfermarias pareciam ganhar o rótulo de *lazaretos* em momentos de epidemia, talvez por serem destinadas para o tratamento de enfermos acometidos por somente uma doença. Alguns cidadãos, citados no relatório, tomaram a deliberação de montar enfermaria em uma praça da cidade. A Companhia Hidráulica forneceu água gratuita dos chafarizes à população. No que toca aos cuidados relacionados às vítimas fatais, escreveu:

De acordo com o parecer do Dr. Inspetor geral da saúde pública, tomaram-se de pronto todas as precauções e medidas higiênicas, que a ciência aconselha nestes casos. Os cadáveres eram retirados imediatamente das casas, as quais eram logo caídas e desinfetadas. O serviço de transporte era feito com

³¹⁶ Regulamento da Salubridade Pública. RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1856. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. 2010.

pontualidade pela polícia, tendo-se no cemitério público, logo que apareceram os primeiros sintomas do mal, aberto com antecipação valas para o pronto enterramento dos corpos coléricos. Este último serviço foi sempre feito na melhor ordem, devido ao zelo filantrópico do mordomo do cemitério, capitão de fragata José Ricardo Coelho de Abreo³¹⁷.

E em relação ao trabalho médico:

As enfermarias especiais, criadas nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, sociedade de Beneficência Portuguesa e Brasileira União, e no bairro Paraíso, funcionaram constantemente, recebendo os acometidos pela epidemia, e minorando-lhes os sofrimentos com um tratamento de desvelada caridade. A enfermaria da Ordem 3^a, com quanto houvesse sido franqueada, não chegou a ser utilizada. A ilustrada classe médica da capital prestou os melhores serviços durante a epidemia, levando os socorros de sua elevada profissão a todos os pontos, em que eram necessários, com o maior zelo e atividade. E todos esses serviços foram prestados gratuitamente, renunciando os mesmos em bem da pobreza, os honorários a que tinham direito. O mesmo procedimento tiveram os farmacêuticos que forneceram medicamentos à população necessitada³¹⁸.

Indicava, ainda, que o Dr. Inspetor Geral de Saúde Pública inspecionava e regulava o tratamento dos enfermos. Neste ínterim, direcionado à população, eram publicados pela imprensa conselhos e preceitos médicos sobre os cuidados a serem tomados frente à epidemia, por meio de precauções higiênicas. A Câmara trabalhou no asseio das vias e praças públicas. Desta epidemia, que durou três meses, faleceram 271 vítimas do cólera. Alertava, ainda, que neste número não estavam incluídos os falecimentos causados por colerina³¹⁹. O Presidente festejava o número menor de mortos em relação à epidemia de 1855. É claro que, na visão do Presidente, esta redução se devia à pronta execução do Regulamento.

No relatório produzido pelo Inspetor Geral de Saúde, Dr. Manoel Ubatuba (anexo ao do Presidente) era demonstrada insatisfação com as publicações realizadas sobre o início da epidemia, as quais traziam diariamente o número de mortes, o que “apavoraria” a população. Destacava que a epidemia foi, no início, de grande intensidade, tendo todos os elementos para

³¹⁷ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1867. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2015. P. 28-32.

³¹⁸ Ibid.

³¹⁹ Conforme o Dicionário de Medicina de Langaard, colerina é uma “moléstia caracterizada pelos sintomas que são próprios do primeiro período” do cólera. LANGAARD, Theodoro J. H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular*. 2^a edição, Rio de Janeiro, Laemmert & Cia., 1872.

se conformar em uma repetição de 1855. No entanto, relatava que o seu combate foi equivalente à sua força, o que evitou o seu crescimento.

Em relação à procedência da epidemia, o Inspetor a vinculava a um navio de colonos vindos dos EUA, que chegaram a Rio Grande em janeiro daquele ano, tendo passado por portos afetados, considerando também que houve casos de cólera a bordo. É particularmente interessante trecho em que, visando o diagnóstico breve da doença para o seu combate, indicava a necessidade das visitas sanitárias aos navios recém-chegados à capital, no entanto, também descrevia: “V. Ex. sabe as razões por que não se fizeram tais visitas, e por isso julgo conveniente não referi-las”³²⁰. Não descobrimos os motivos que levaram à negativa para a realização das visitas. Tal fato demonstra, mais uma vez, as dificuldades enfrentadas pelos médicos na tentativa de darem solo prático aos seus saberes e procedimentos balizados pela ciência médica.

Não somente o porto de Porto Alegre era focado pelas autoridades médicas como local importante de ser monitorado visando a prevenção às doenças e epidemias: os demais portos da Província, vinculados à barra de Rio Grande (vide figura 11), que se relacionavam com o da capital, também eram enfocados. Desta abordagem, surgiam as mais contundentes críticas ao Regulamento, sobre as suas fragilidades, diante das questões reais e legislações vigentes:

[...] essas embarcações podem vir com carta suja, terem doentes a bordo de enfermidades pestilenciais. Se, como de fato, há quem considere essas visitas e as quarentenas como inúteis, não podemos enquanto não forem revogadas as nossas leis a respeito, aceitar por outro modo do que elas determinam, e consagrando elas a utilidade de semelhantes medidas no que está de acordo com o pensamento dos mais ilustrados práticos e mesmo com as disposições do congresso europeu, reunido para uniformizá-las, e que apesar da boa vontade que se notou nele, de proteger o comércio, todavia aceitou-as quase nos termos em que elas se acham estabelecidas entre nós, o que prova a necessidade delas; portanto, se são necessárias e as leis as determinam, convém que sejam feitas convenientemente; porém dando-se a especialidade que fiz ver, não sendo indispensável fazerem-se mais despesas com o pessoal, me ocorre lembrar o meio de ser feito o serviço de modo que produza os resultados. Para isto, creio eu que a visita policial, ou da alfândega que se faz na barra, fosse incumbida de proceder às indagações indicadas no Regulamento, e no caso de haver carta suja, ou doentes, ou ter falecido alguém a bordo de moléstia suspeita, ser autorizada a não dar livre prática, prevendo

³²⁰ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1867. Op. cit. Anexo.

de vir a qualquer porto o navio sem ser ouvido o provedor ao qual se faria ciente de tudo para pôr em prática o que determina o mesmo Regulamento³²¹.

Decorrente à esta análise, o Dr. Manoel Ubatuba elevava o tom das críticas:

Necessário era portanto estabelecer-se o lazareto em lugar conveniente. O Regulamento provincial de 26 de outubro de 1866 [sic]³²² necessita ser revisto. Se o trabalho de comissões é sempre moroso, e, como sabem aqueles que dele têm sido incumbidos, recai quase sempre num só de seus membros, sendo mesmo difícil a reunião em tempos ordinários, o que não será em tempos extraordinários? Além de ser preciso fixar o que deve competir a cada um fazer nas cidades, vilas e até freguesias que forem acometidas, convém determinar as visitas domiciliárias, a fixidade [sic] dos médicos nos lazaretos e postos, quer de dia quer de noite, e a maneira de serem colhidas as notícias indispensáveis para os trabalhos posteriores; sendo muito necessário também que sejam regularizados os trabalhos da comissão caridosa, que, a continuar esse serviço como está determinado, se dará o inconveniente de numa freguesia superabundarem os recursos por haverem maiores esmolas, menos doentes e menos pobres, enquanto que sejam escassos para aquelas em circunstâncias opostas, sendo distribuídos os socorros em gêneros conforme o número de pessoas da família, e não em moeda; e outras providências que por certo não escaparão à atenção de V. Ex.³²³.

Nas palavras do Dr. Ubatuba, o Regulamento deveria ter validade, sim, para períodos ordinários, apesar de que, na prática, os trabalhos das Comissões não se dessem do modo previsto. Se consideramos, ainda, o diagnóstico realizado por Ubatuba sobre o estado precário de asseio da cidade, que as suas ruas, praias e águas estariam sobrecarregadas de lixo e matérias orgânicas, poderemos reafirmar a hipótese de que o Regulamento da Salubridade, em períodos ordinários, hibernava tranquilamente.

Para o decorrer do século XIX não encontramos revisões do regulamento ou criação de outras normas relacionadas à saúde pública, indicando assim, possibilidade de que a sua validade tivesse perdurado, ao menos, até o surgimento do Regulamento Sanitário do Império, este por sua vez decorrente à promulgação do Decreto 9.554 de 1886. Somente no início da década de 1890 localizaremos referência a um novo regulamento referente à “higiene pública”,

³²¹ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1867. Op. cit. Anexo.

³²² Na realidade, Dr. Ubatuba reportava-se ao Regulamento de 1856.

³²³ Ibid.

produzido pelo Diretor de Higiene Protasio Alves³²⁴. Observadas estas questões em torno das regulações em períodos epidêmicos em Porto Alegre, passemos a analisar outras frentes e esferas pertinentes à atuação médica.

Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba nasceu em Porto Alegre em 1822 e morreria em 1875, na mesma cidade³²⁵. Conforme verificado, exerceu o cargo de Inspetor Geral de Saúde Pública de 1867 até, ao menos, 1872, último relatório que referia o seu nome. Nos demais relatórios emitidos, trouxe outras informações interessantes sobre a atuação dos médicos residentes em Porto Alegre. Em 1869, Ubatuba relatou que os médicos da capital, quando designados pelo Inspetor, também poderiam atuar em localidades do interior da Província, em casos de epidemias. Naquela oportunidade, Dr. Manoel Velloso Paranhos Pederneiras, médico da capital, foi designado pelo Inspetor para prestar socorros médicos em Taquari, tendo em vista epidemia de disenteria na cidade. Desta, talvez devido à atuação de Pederneiras, foram arrolados os dados sobre os afetados, incluindo a condição de liberdade.

Outra informação interessante é a de que Manoel Pederneiras recebeu, dos cofres da Província, 650\$000, por um serviço que se estendeu de 19 de janeiro, a 23 de março, totalizando 64 dias. Contrapondo este valor às diárias que seriam pagas para o terceiro e quarto período, previstas no regulamento de 1856, respectivamente 6\$000 e 12\$000, observemos que a diária ficaria em torno de 10\$000, ou seja, próxima do previsto no Regulamento, para quadros completos de epidemia.

Buscando parâmetros mais acurados para a compreensão sobre os honorários médicos naquele período, encontramos dados para o ano de 1884, por meio de relatório anual da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: ainda que alguns médicos abdicassem de ordenado, tal como o Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho (que também exerceria o cargo de Inspetor de Higiene da Província), os demais tinham salário previsto de 70\$000, mais uma gratificação de 15\$000. O enfermeiro-mór, recebia 65\$000, porém, os enfermeiros “de medicina”, 30\$000, com gratificação de 10\$000. O farmacêutico tinha salário de 180\$000, o mais alto da instituição, ultrapassando assim os honorários do Administrador da Instituição. Para além do

³²⁴ SIE 3001 (1893–1894). SIE 3003 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1895-1896). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul. P. 94.

³²⁵ Ubatuba teria também exercido o cargo de Capitão Cirurgião-mor do Comando Superior de Porto Alegre da Guarda Nacional e, além disso, ter exercido quatro mandatos como deputado na Assembleia Provincial (1850-1858). Foi também fundador do Instituto Histórico e Geográfico da Província de São Pedro (1860). Ver: BOEIRA, Luciana Fernandes. *Entre História e Literatura: a formação do Panteão Rio-Grandense e os primórdios da Escrita da História do Rio Grande do Sul no Século XIX*. 2009. 196 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2009]. P. 33.

enfermeiro-mór, o salário dos médicos também era muito próximo ao do contínuo, vinculado à secretaria, que recebia 70\$000 mais 15\$ de gratificação³²⁶.

Os salários dispensados aos médicos na Santa Casa podem parecer um tanto baixos em relação aos demais funcionários demonstrados, assim como, contrapostos às diárias pagas aos médicos que atuavam em epidemias. Porém, diferentemente do enfermeiro-mór e demais enfermeiros que deveriam praticamente residir no hospital, os médicos realizavam apenas algumas poucas visitas diárias ao hospital, que deveriam se dar pela manhã e à tarde, o que talvez justifique a equiparação dos salários. Sob perspectiva de comparação um tanto *mórbida* sobre os salários médicos, verificamos que, em 1889 (desconsiderando a inflação), o arrendamento de uma catacumba para adulto por 5 anos (tempo mínimo para arrendamento) no Cemitério da Santa Casa, custaria 60\$000 e, por 10 anos, 90\$000. A concessão de um jazigo pelo tempo mínimo, 3 anos, custaria 30\$000. O aluguel do melhor carro fúnebre, custaria 40\$000³²⁷.

Dos consultórios particulares, não obtivemos informações sobre os honorários, porém, devido ao teor dos anúncios encontrados nos jornais da cidade, estes deveriam variar de acordo com a classe e condição social do enfermo. Para “os pobres”, conforme observado, muitos médicos reservavam determinado número de atendimentos de forma gratuita³²⁸.

Notemos que, se o salário pago pela Santa Casa aos médicos não era tão alto se comparado ao quadro geral dos funcionários, também estava longe de ser considerado baixo, tendo em vista o poder aquisitivo por ele proporcionado. Infelizmente, para os médicos do Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, não obtivemos informações sobre os salários individuais. Naquele hospital haviam dois médicos principais que eram auxiliados, em algumas ocasiões, por diversos outros colegas, os quais não temos dados que indiquem se eram remunerados ou não. No relatório referente ao ano de 1884³²⁹ foi trazido apenas o montante anual dos ordenados pagos aos médicos, aferido em 1:000\$000 que, dividido entre os dois médicos e pelos meses do ano, ficaria aferido algo em torno de 40\$000, ou seja, ainda menor do que a remuneração expedida pela Santa Casa.

³²⁶ RELATÓRIOS da Santa Casa de Misericórdia (1884). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

³²⁷ Ibid.

³²⁸ A GAZETA DE PORTO ALEGRE (1880 - 1900). Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Núcleo de Pesquisa em História – UFRGS. GAZETINHA (década de 1891 até 1900). Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Núcleo de Pesquisa em História – UFRGS.

³²⁹ RELATÓRIOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, 1884. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

Em 1870 o Presidente da Província, provido de informações emitidas pelo Inspetor Ubatuba, traria outro aspecto importante sobre a presença médica na cidade: a formação de comissões para exame e proposições sobre problemas cotidianos de higiene e saúde pública.

Representando-me os moradores da rua da Azenha, limite urbano da cidade, contra a designação que fez a Câmara Municipal do lugar próximo aquela rua, onde devem ser lançadas as matérias fecais, e tendo verificado em inspeção a que assisti com o Dr. Chefe de Polícia, Presidente da Câmara Municipal e comissão de três Médicos [sic] que nomeei, e com o parecer científico desta, que com efeito há inconveniente para a salubridade pública na escolha desse lugar, determinei em 10 de outubro findo à mencionada Câmara, que ouvindo o Empresário desse serviço, com ele combinasse na indicação de algumas das seguintes localidades apontadas pela referida comissão: - Ilha denominada da Passagem, guardadas as cautelas recomendadas pela ciência nas inumações; despejos das matérias fecais &, no álveo do rio, um pouco abaixo onde terminam as Balseiras. Designação de um lugar no Caminho de Belas, além dos limites da cidade, no caso do Empresário querer preparar o adubo para a agricultura chamado – pondrette [sic] – empregando o processo usado na culta Europa³³⁰.

Destas informações ponderamos que, conforme visto até o momento, ainda que os médicos não tivessem papel principal e decisivo nas ações efetivamente realizadas pertinentes à higiene e saúde pública, estes se faziam presentes por meio de opiniões, ao menos, sobre as decisões que deveriam ser tomadas.

Em 1887, sob as novas orientações do Decreto de 1886, ano em que o Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho já se encontrava investido do cargo de Inspetor de Higiene, o problema do sepultamento do lixo novamente ganhava espaço nas páginas do relatório do Presidente da Província. O tratamento sobre o tema era muito similar, ou seja, buscava uma solução a partir de um grupo de estudo. Porém, diferentemente do relato anterior, em que uma comissão de médicos foi invocada para participar das ações a serem tomadas, agora o Presidente da Província recorreu à uma instituição que representava os interesses dos médicos e da medicina na Província, a recém fundada Sociedade Médico-Cirúrgica Rio Grandense.

Estando a Camara Municipal desta capital a sepultar o lixo na Varzea com o fim de aterr -la, e recorrendo para esta Presidência o Inspetor de Higiene e a Sociedade médico-cirúrgica rio-grandense como sendo muito prejudicial  

³³⁰ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1870. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. 2015. P.9.

saúde pública este sistema; convidei a 13 de junho findo os Drs. Barão do Guahyba, Amedeu Prudêncio Masson, Jayme de Almeida Couto, coronéis Julio Anacleto Falcão da Frota, Carão Augusto dos Santos Roxo e tenente-coronel Diogo Alves Ferraz para se reunirem em comissão e com a maior urgência estudarem o assunto apresentando relatório de sua opinião, afim de tomar uma resolução definitiva [...]³³¹

Não encontramos referências mais detidas sobre a Sociedade, assim como, lista específica com os nomes dos associados da Sociedade Médico-Cirúrgica Rio-Grandense. Fontes indicam que esta associação teria sido formada em 1886, em Porto Alegre³³². Dentro disso, percebemos uma das primeiras expressões mais concisas de organização, coesão e formação de poder entre os médicos diplomados que atuavam na cidade de Porto Alegre. No decorrer do relatório, encontramos mais informações a respeito da Sociedade e da sua participação sobre o problema do lixo:

Por ofício de 13 do corrente a Sociedade médico-cirúrgica rio-grandense, composta da quase totalidade dos médicos clínicos desta capital, por seu turno reclamou também no sentido de ser removido do centro da população o depósito de lixo, como um perigo, como uma ameaça ao bem público. Esta presidência para bem resolver assunto de tanta ponderação, por isso que entende com a salubridade pública, julgou conveniente pedir conselho aos profissionais para o que convocou os Drs. Barão do Guahyba, Amedeu Prudêncio Masson, Jayme de Almeida Couto e os engenheiros que depois de bem inteirados das razões que justificaram o ato dessa Câmara e das que lhe apresentou em contradita o Inspetor de Higiene, foram de voto unanime, como vereis do parecer que a esta vai junto; em condenar o processo empregado para o consumo do lixo, divergindo apenas o Dr. Masson, que acompanhando os demais na reprovação do alvitre tomado por essa Câmara, entendi contudo em atenção à falta de recurso do município e a impossibilidade da incineração do lixo à noite por meio do piche, que, como medida provisória, se podia continuar a fazer o serviço por essa câmara iniciado³³³.

Se a Sociedade era, de fato, composta pela totalidade dos médicos clínicos da capital e, tendo em vista a lista com número representativo de médicos atuantes em Porto Alegre,

³³¹ RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspetoria de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul – 1887 (referente a 1886). Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

³³² Não é sabida, ao certo, a data da criação da Sociedade Médico-Cirúrgica Rio-Grandense. O pesquisador Éder Silveira indica que esta Sociedade teria sido fundada em 1886. RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887. Op. cit. SILVEIRA, Éder. *A cura da raça: eugenia e higienismo no discurso médico sul Rio-Grandense nas primeiras décadas do século XX*. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2005. p.136-137.

³³³ RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887. Op. cit.

publicada no ano anterior (1886), podemos pensar que o poder associativo daquela classe se tornava significativo. Disso, não deveremos estranhar o passar de pouco menos de uma década para a criação de outras instituições importantíssimas para a prática profissional e científica da medicina na capital.

É provável que aqueles médicos já percebessem, talvez desde o curso da faculdade, a possibilidade de fortalecimento das suas posições a partir do momento em que se constituíssem como um grupo institucionalizado, baseado em ideias comuns. Posteriormente, no início da década de 1890, daria-se a criação de outra instituição importante: a Sociedade Médica de Porto Alegre. Eis uma das raras referências sobre a criação da Sociedade:

Um grupo de médicos reuniu-se em 13 de setembro de 1892 [...] numa saleta da Santa Casa de Misericórdia e fundaram a Sociedade de Medicina de Porto Alegre, ficando a diretoria assim constituída: Presidente: Rodrigo de Azambuja Villa Nova³³⁴, primeiro secretário: Olinto de Oliveira, segundo secretário: Jose Carlos Ferreira, tesoureiro: Carlos Nabuco e arquivista: Victor de Britto³³⁵.

De fato, o advento de tais instituições já apontava para a construção institucional de uma medicina com caráter acadêmico-científico, se não para todo o Rio Grande do Sul, ao menos para a cidade de Porto Alegre, local onde estavam centralizados estes esforços. Neste sentido, também nos primeiros anos da década de 1890, foi criada a “*Revista Médica de Porto Alegre*”, que tinha como editor o Dr. Sebastião Leão, configurando-se assim como mais um entre poucos periódicos médicos científicos existentes no Brasil, século XIX³³⁶.

³³⁴ Rodrigo de Azambuja Villanova nasceu em Taquari em 1884 e faleceu em Porto Alegre no ano de 1898. Foi presidente da província do Rio Grande do Sul, indicado por Gaspar Silveira Martins, foi nomeado presidindo interinamente por duas vezes, de 25 de abril a 26 de outubro de 1887 e de 27 de janeiro a 7 de agosto de 1888. Ocupou, também, o cargo de Diretor-Geral da Instrução Pública do governo da Província de 1875 a 1878 e foi vinculado ao partido conservador. PORTO-ALEGRE, Achylles. Op. cit. Rodrigo de Azambuja Villanova.

³³⁵ Conforme o mesmo autor: “Em 1892 a cidade de Porto Alegre, incluía os municípios de Guaíba e Barra do Ribeiro, tinha mais ou menos 75.000 habitantes, pelas pesquisas realizadas, clinicavam os seguintes médicos: Adolfo Jossetti, Jorge Fayet, Dioclecio Pereira da Silva, Sebastião Leão, Victor de Britto, Oscar Noronha, Saturnino Thomaz de Aquino, Augusto Alvarez da Cunha, Jose Bernardino Bittencourt, Protasio Alves, Ricardo Machado, Alberto Campos Velho, Israel Rodrigues Barcellos, Luiz Masson. Rodolfo Masson, Emilio Gomes, Joaquim Pedro Soares, Diogo Martins Ferraz, Francisco Freire de Figueiredo, João Dias Campos, Francisco Freire de Figueiredo, João Dias Campos, Francisco Carvalho Freitas, Ramiro Barcellos, Tristão de Oliveira Torres, Eduardo Sarmiento Leite da Fonseca. Olinto de Oliveira, Angelo Dourado, Carlos Nabuco, Jose Carlos Ferreira e Rodrigo de Azambuja Villa Nova. A Sociedade manteve-se até 1951, quando Paulo Tibiriça e Bruno Marsiaj da Sociedade de Cirurgia aprovaram a fusão, criando meses após a Associação Médica do Rio Grande do Sul - AMRIGS”. LETTI, Dr. Nicanor. História da Faculdade de Medicina da UFRGS: *A primeira entidade médica do RGS*. Disponível em: [<http://antoniovalsalva.blogspot.com.br>]. Acesso em set. 2011.

³³⁶ Conforme observado, foi o primeiro periódico médico produzido em Porto Alegre. Data de 1893. Mesmo com insistente procura, não foram encontrados documentos ou mais informações sobre o periódico porto-alegrense e

Percebemos assim, a construção gradativa e, talvez veloz, de uma base cada vez mais sólida de união e de objetivos comuns entre os médicos porto-alegrenses. Disto, ressaltamos ainda que tais instituições eram organizadas e conduzidas por um mesmo grupo de médicos, que por sua vez, também atuava nos hospitais da Sociedade de Beneficência Portuguesa e Santa Casa de Misericórdia.

Em pesquisa que enfocou a medicina da mulher em Porto Alegre na segunda metade do século XIX, que teve como lócus principal o hospital da Santa Casa de Misericórdia, verificamos que a intensificação da congregação da medicina diplomada na cidade teve a sua origem nos corredores e salas do Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, no início da década de 1880, passando a ganhar espaço no hospital da Santa Casa de Misericórdia³³⁷.

Direcionando a atenção para o hospital da Santa Casa, notemos que entre os anos de 1855 e 1889 o número de facultativos atuantes nas enfermarias não passou de três médicos (em alguns anos foram somente dois), não havendo médico específico para o cuidado das mulheres. Neste período, as substituições ocorridas no quadro médico foram muito pontuais, sendo comum que um mesmo médico servisse à Instituição por longo espaço de tempo: Dr. Porfírio Joaquim de Macedo serviu à Santa Casa entre 1855 e 1872³³⁸. Situação similar ocorreu com o Dr. Domingos Gonçalves Ramos (1857 até 1872). A figura emblemática do Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho - que assumiu a Inspeção de Higiene em 1886 – também atuou na Santa Casa de 1872 até 1889, com algumas breves saídas e retornos, e de 1892 a 1893³³⁹.

às sociedades descritas. Indícios sobre a existência do periódico foram encontrados em: MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. *Biografias*. Sebastião Affonso de Leão. Disponível em: [<http://www.muham.org.br/>]. Acesso em jul. 2011. DIÁRIO OFICIAL DE OUTUBRO DE 1894, JusBrasil Diários Oficiais. Disponível em [<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>]. Sobre a Sociedade de Medicina de Porto Alegre, ver: GAZETA MÉDICA DA BAHIA, set. de 1892. Op. cit. MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. *Biografias*. Sebastião Affonso de Leão. Disponível em: [<http://www.muham.org.br/>]. Acesso em jul. 2011. Menção sobre a criação da Revista identificada em: DIÁRIO OFICIAL DE OUTUBRO DE 1894, JusBrasil Diários Oficiais. Disponível em [<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>].

³³⁷ OLIVEIRA, Daniel. 2012. Op. cit.

³³⁸ Possivelmente, teria ficado mais alguns anos na Santa Casa de Misericórdia, porém, requer a análise dos relatórios dos anos localizados entre 1873 e 1879.

³³⁹ Israel Rodrigues Barcellos Filho nasceu em Porto Alegre, fevereiro de 1845, e faleceu na mesma cidade, em setembro de 1923. Conforme identificado: “Era filho do Dr. Israel Rodrigues Barcellos e de sua esposa Dona Maria Josepha Pinto Bandeira Freire. Por parte paterna, descendia da antiga família pelotense do Comendador Boaventura Barcellos, este também médico de renome, na cidade de Pelotas. Por parte materna era neto do Cel. Vicente da Silva Freire e bisneto do Brigadeiro Raphael Pinto Bandeira. O Dr. Barcellos Filho, foi casado com Dona Maria Luiza Fernandes, sem que houvesse filhos do casal”. BLOG DA DRA. GLACI (Assuntos relacionados a história da Homeopatia e da Medicina em geral). Pioneiros da homeopatia - Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho - Porto Alegre 1845-1923. Disponível em [<http://glaciblog.blogspot.com>]. Acesso em nov. 2011. Fonte utilizada pela autora: Fonte: Boletim de Homeopatia, junho de 1953. Orgão oficial da Liga Homeopática do Rio Grande do Sul. Redação: Av. Otavio Rocha 116.

E num dos afastamentos de Israel Barcellos Filho, em 1882, surgiu personagem que se mostrou extremamente importante para os rumos que o hospital e para a própria cena médica de Porto Alegre: Dr. Ramiro Fortes de Barcellos³⁴⁰, que, como vimos, estava arrolado na lista de médicos residentes na cidade, de 1883. Ramiro Barcellos obteve o título de médico em 1873³⁴¹, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. No entanto, parece que a medicina era apenas uma das tantas profissões que exerceu. Foi também escritor, industrial, professor e médico³⁴². Quando assumiu a vaga deixada por Barcellos Filho, Ramiro Barcellos também atuava como médico do hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa de Porto Alegre, sendo igualmente sócio daquela Instituição e, devido a isso, possivelmente tendo sido indicado por seu colega Amedeu Prudêncio Masson que atuava em ambos os hospitais³⁴³. Barcellos clinicou na Santa Casa somente no ano de 1882, no entanto, seu destaque não se deve à esta curta passagem como médico.

Após a sua curta passagem nas enfermarias, passou a ocupar cargos estratégicos na alta administração do hospital e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, como um todo. Em 1885, com o Cel. Joaquim Pedro Salgado à frente da Provedoria, Ramiro Barcellos assumiu o papel de mordomo do Hospício São Pedro (administrado pela Santa Casa), já demonstrando carisma e influência dentro da Instituição³⁴⁴. Masson não mais apareceu no quadro funcional da Santa Casa, tendo falecido em novembro de 1889³⁴⁵. Entretanto, poucos

³⁴⁰ “Tendo o Sr. Dr. Barcellos Filho pedido a sua exoneração do cargo de médico dos expostos e cirurgião do hospital em abril do ano findo, foi nomeado para o 1º cargo o Sr. Dr. Saturnino Thomaz de Aquino e para o 2º, o Sr. Dr. Ramiro Fortes de Barcellos”. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1882. p. 6.

³⁴¹ O título de sua tese foi: “*Das alianças consanguíneas e sua influência sobre o físico, o moral e o intelectual do homem*”. Nasceu em Cachoeira do Sul em agosto de 1851 e faleceu em janeiro de 1916, em Porto Alegre. Seguem mais algumas informações sobre Ramiro Barcellos: “Fora cronista polêmico, desde os bancos escolares da faculdade. Na vida política, depois de ser eleito constituinte pelo partido Liberal, transferiu-se para o lado de Júlio de Castilhos, sendo um dos seus maiores e mais fiéis aliados, desde os primeiros passos na fundação do Partido Republicano Rio-Grandense. Cronista assíduo do jornal de Júlio de Castilhos, *A Federação*, Ramiro Barcellos publicou inúmeras crônicas, geralmente, de crítica mordaz sobre assuntos políticos e a pessoas. Dentre essas, podemos destacar a Carta a D. Isabel, na qual ataca a política da regente. Oficial das tropas de Pinheiro Machado na Revolução de 1893”. MANFROI, Waldomiro. Médicos escritores: uma longa e contínua tradição. Wwlvros. Sem data. Disponível em: [<http://medicosescritores.com.br/>]. Acesso em out. 2011. PORTAL DOS SENADORES. Ramiro Fortes de Barcellos. Disponível em: [<http://www.senado.gov.br/>]. Acesso em jul. 2011.

³⁴² Seguem os cargos públicos por ele ocupados: Ministro Plenipotenciário no Uruguai, Superintendente das Obras da Barra do Rio Grande, Procurador do Rio Grande do Sul no Rio de Janeiro e Secretário da Fazenda. Exerceu os seguintes mandatos: Deputado Provincial - 1877 a 1878; Deputado Provincial - 1879 a 1880; Deputado Provincial - 1881 a 1882; Senador - 1890 a 1891; 1891 a 1893; 1894 a 1896; 1897 a 1899; 1900 a 1902; 1903 a 1905; 1906 a 1906. PORTAL DOS SENADORES. Ramiro Fortes de Barcellos. Op. cit.

³⁴³ Quando chamado para assumir o cargo de cirurgião em 1882, Amedeu Prudêncio Masson, também médico da Beneficência Portuguesa, era mordomo do hospital da Santa Casa, sendo muito provável que a indicação de Ramiro Barcellos para cirurgião tenha partido de seu colega Prudêncio Masson.

³⁴⁴ LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1886. Op. cit.

³⁴⁵ CIRNE-LIME. Árvore da Família Cirne Lima: Amedeo Machado Masson. 2005. Disponível em: [<http://www.cirnelima.org/>]. Acesso em nov. 2011.

anos depois, o recém-formado Dr. Amedeu Prudêncio Masson Filho³⁴⁶ (1890, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) também prestaria serviços à Pia Instituição.

Nesse ínterim, outro médico que assumiu papel estratégico importante naquela cena de afirmação da medicina diplomada, foi o Dr. Victor de Britto, que atendia, em 1889, “gratuitamente na enfermaria de oftalmologia”³⁴⁷ da Santa Casa. Victor de Britto, além de médico, foi também político e escritor³⁴⁸. Durante os anos da Revolução Federalista, foi assumidamente adepto dos ideais republicano-castilhistas³⁴⁹ e esteve afastado da Pia Instituição³⁵⁰. Destaca-se, ainda, que Victor de Britto também atuava como médico no Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, demonstrando vinculações com Ramiro Fortes de Barcellos e Amedeu Prudêncio Masson.

Britto se tornou grande aliado de Ramiro Barcellos e este último, investido de provedor da Santa Casa, oportunizou o incremento de médicos e a união dos mesmos, dentro do principal hospital da cidade. No final de 1889, na eleição para a composição da futura Mesa administrativa da Santa Casa, tivemos o seguinte quadro: na votação para provedor, Ramiro Fortes de Barcellos ganha a eleição sobre o também médico Joaquim Pedro Salgado, por uma diferença de 40 votos: 180 x 140. Victor de Britto é o mesário mais votado, com 317 votos, enquanto que, o segundo, Antonio Soares de Barcellos, ficou com 177 votos. Tais números demonstram o carisma e poder que Ramiro Barcellos e Victor de Britto já detinham na sociedade porto-alegrense, espelhada pela importância daquela irmandade. Conforme verificado, haviam divergências políticas e profissionais entre Ramiro Barcellos e Victor de

³⁴⁶ O PAIZ. Rio de Janeiro. 27 de nov. 1890. Disponível em: [<http://memoria.bn.br/>]. Acesso em set. 2011.

³⁴⁷ Esta foi a primeira passagem, na documentação analisada, que o nome de Victor de Britto seria citado. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1888/1889. p. 4.

³⁴⁸ Seguem algumas informações sobre Britto: “Victor de Britto nasceu em Valença (Bahia) a 15 de outubro de 1856 e faleceu em Porto Alegre a 24 de outubro de 1924. Formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1878. [...] Na atividade política, foi deputado federal pelo Rio Grande do Sul, entre 1912 e 1914, e, como escritor, além de uma série de trabalhos envolvendo sua área de formação, escreveu O sufrágio universal e a democracia representativa (1903), Paradoxos do gênio (1906), A Reforma do Ensino e A Personalidade Olavo Bilac (1916). Treze anos após o encerramento da Revolução Federalista, Victor de Britto publicou seu “estudo crítico de filosofia política” sobre as duas lideranças das forças em confronto durante a guerra civil, tendo por intento realizar um “breve trabalho de síntese”, destacando: ‘as individualidades de Gaspar Martins e Júlio de Castilhos em suas relações com os altos problemas sociais’. NEVES, Francisco das. *Silveira Martins x Júlio de Castilhos: A Personalização do Conflito Federalista: um estudo de caso*. BIBLOS, Rio Grande, 9: 35-44, 1997. p. 36.

³⁴⁹ Ver: ROUSTON, Eduardo Junior. “NÃO SÓ DO PÃO DO CORPO PRECISA E VIVE O HOMEM, MAS TAMBÉM DO PÃO DO ESPÍRITO”: a atuação federalista na Assembleia dos Representantes (1913-1924). 2012. 339 f. Dissertação (Mestrado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, [2012]. p. 22. Grifo do autor.

³⁵⁰ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1894. p. 5.

Britto com Israel Barcellos Filho, o que culminou com a saída deste último, na década de 1890³⁵¹.

Da composição desta nova mesa, muitos médicos do grupo de Ramiro Barcellos e Victor de Britto foram indicados para o quadro de Irmãos da Santa Casa: os Drs. Oscar de Noronha, Carlos Frederico Nabuco e Carlos Wallau. Logo, passaram a também fazer parte do quadro médico do hospital, porém, Carlos Nabuco³⁵² ingressaria somente em 1893. Carlos Wallau, amigo de Victor de Britto, era médico-diretor do Hospital Nossa Senhora das Dores, administrado pelas Irmãs Franciscanas, as mesmas que a Santa Casa traria para as suas enfermarias. Ironicamente, esta decisão foi duramente contestada por Victor de Britto³⁵³.

Desta conjunção de acontecimentos, observamos que a maior parte dos médicos que prestavam seus serviços à Sociedade Portuguesa passaram a atuar na Santa Casa na década de 1890, incluindo João Adolpho Jossetti Filho, um dos médicos mais famosos e influentes da cidade³⁵⁴. Também fariam parte deste influente grupo que se formava as figuras de Protasio

³⁵¹ OLIVEIRA, 2012. Op. cit., p. 154.

³⁵² O Dr. Carlos Frederico Nabuco, assim como Oscar Noronha, faziam parte do Corpo de Saúde do Exército (Capitão médico de 4ª Classe), sendo também encontrados documentos que este era lente da Escola Militar do Rio Grande do Sul, curso de Armas, em 1897. ALMANAQUE LAEMMERT. 1897. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012. No relatório da provedoria de 1894 são trazidas as seguintes informações sobre Nabuco e Noronha, que não vinham tendo a assiduidade necessária na SCMPA: "porque pertencendo ao Corpo de Saúde do Exército, são obrigados à mesma hora em que funciona o serviço sanitário deste Pio estabelecimento, a se acharem nas enfermarias militares". Nota-se que em 1894 ainda se desenrolava a Revolução Federalista. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1894. p. 9. Na Gazeta Médica da Bahia (abril de 1890), ao ser publicada a listagem dos membros do Corpo de Saúde do Exército, Nabuco estava descrito como capitão médico de 4ª Classe do exército. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, abr. 1890.

³⁵³ Vide: LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1882 – 1900. Ata da Sessão de 02 de janeiro 1890.

³⁵⁴ João Adolpho Jossetti, natural da Província do Mato-Grosso, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1884 e deu andamento aos seus estudos na Alemanha e França com importantes médicos do período, inclusive, participando dos trabalhos de Robert Koch. Atuava, também, em sua famosa clínica particular. De acordo com as fontes analisadas, pode se afirmar que Jossetti foi, no meio científico, um dos mais conhecidos médicos brasileiros e da América do Sul, sendo responsável pela realização pioneira de determinados procedimentos médico-cirúrgicos no continente, sendo bem-conceituado como obstetra. Outras informações importantes sobre Jossetti: "notabilizou-se principalmente na cirurgia abdominal, dominando muito bem a assepsia cirúrgica cujas regras foi o primeiro que as aplicou devidamente no nosso meio, problema fundamental para a época, também se destacou como notável obstetra, tendo realizado inúmeros partos. Mas o que o consagrou na Obstetrícia foi a técnica das cesarianas, pois realizava-as sem necessidade de retirada do útero. Miguel Couto ao recebe-lo na Academia Brasileira de Medicina declarou que Jossetti foi o primeiro médico a fazer a cesárea com resultado íntegro mãe-feto na América do Sul [...] Viajou para a Alemanha em 1891 e estagiou no Serviço do Dr. Robert Koch, o descobridor do bacilo da Tuberculose [...] O grande sucesso de Jossetti não foram somente as 92 cesarianas feitas, mas foi o primeiro cirurgião da América Latina a realizar a gasserectomia (retirada do gânglio de Gasser, na base do crânio), devida a enxaqueca." DR. NICANOR LETTI História da Faculdade de Medicina da UFRGS: O Dr. João Adolpho Jossetti. Disponível em: [<http://antoniovalsalva.blogspot.com.br/>]. Acesso em set. 2011. Muitas das informações constantes no blog citado são observadas nos relatórios da provedoria da SCMPA, tal como a viagem à Europa para o estudo do bacilo da tuberculose, bem como, sobre a extração do Gânglio de Gasser. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1891-1895.

Antonio Alves³⁵⁵ - que, como vimos, seria nomeado Inspetor de Higiene em 1892, assumindo o lugar de Israel Rodrigues Barcellos Filho - e Sebastião Affonso de Leão³⁵⁶.

Um possível fator-chave para esta congregação parece ter sido a formação conjunta/próxima em termos temporal e local, tendo em vista a existência de apenas duas Faculdades de Medicina do Brasil. Disso, verificamos que a grande parte destes médicos realizou os estudos na Faculdade de Medicina de Rio de Janeiro³⁵⁷. É o caso de Protasio Alves, Serapião Mariante, Carlos Wallau e Deoclécio Pereira da Silva, que lá estudaram, no início da década de 1880³⁵⁸. Nessa mesma década se formariam João Adolpho Josetti (1884) e Sebastião Leão (1888). Muito próximos à turma de Protasio Alves, formaram-se em 1878 Ramiro Barcellos e Victor de Britto, porém, esse último, na Faculdade da Bahia. Por outro lado, outros médicos que atuavam na Santa Casa, também importantes, tal como Israel Barcellos Filho e João Plínio de Castro Menezes, que faziam parte da *velha guarda* de médicos da Pia Instituição, realizaram seus cursos ainda na década de 1860, conquistando o título no início dos anos 70.

Tal grupo de médicos seria responsável não somente pela construção e promoção das sociedades médicas já trazidas. Criariam também, no interior da Santa Casa, o Curso de Partos (1897)³⁵⁹, que teve como fundadores Protasio Alves, Deoclécio Sertorio Pereira da Silva, Carlos Frederico Nabuco e Sebastião Affonso de Leão.

Cabe destacar que em paralelo a estes processos, Porto Alegre abrigava uma Escola de Farmácia, criada por um grupo de farmacêuticos, proprietários de farmácias da cidade (unificados por meio da sociedade “União Farmacêutica”)³⁶⁰, que em 1897 se tornaria a “Escola

³⁵⁵ Protasio Antonio Alves nasceu em Rio Pardo, em março de 1858. Formou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1881. Após, partiu para a Europa e em Viena se especializou em ginecologia e obstetrícia. Após seu retorno para o Rio Grande do Sul, filiou-se ao PRR, tendo sido eleito deputado à Assembleia Constituinte Estadual do Rio Grande do Sul em 1891. Foi também designado, na década de 90, delegado de polícia, por Júlio de Castilhos. MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL. *Biografias*. Protasio Antonio Alves. Disponível em: [<http://www.muhm.org.br/>]. Acesso em jul. 2011.

³⁵⁶ Sebastião Leão foi natural de Porto Alegre. Nascido em 1866, morreu jovem, em fevereiro de 1903. Formou-se médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888. Em 1896 foi nomeado médico legista da Polícia de Porto Alegre. Tese defendida: “Da Intervenção Operatória nos Traumatismos do Cérebro e da Medula, tese de doutoramento”, em 1888. Foi também revisor da Gazeta de Notícias, do Rio de Janeiro, em seu tempo de faculdade (1883-1884). A partir daí estaria sempre ligado, também, à atividade jornalística. Em Porto Alegre se tornou redator de Gazeta Americana, 1892-1894; O Dia, 1894-1895; Correio do Povo, 1895-1903 e da Revista da Sociedade de Medicina. LAYTANO, Dante de. *Manual de fontes bibliográficas para o estudo da história Geral do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 1979. p. 95.

³⁵⁷ OLIVEIRA, 2012. Op. cit.

³⁵⁸ CAMPOS, Maria do Carmo; D'AZEVEDO, Martha Geralda Alves. *Protasio Alves e o seu tempo: 1859-1933*. Porto Alegre: Já Editores, 2006. p. 45.

³⁵⁹ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1897. p. 16.

³⁶⁰ MOSCA. Paulo Roberto Ferrari. Fundação da Faculdade de Medicina da UFRGS. *Sociedade Brasileira de História da Medicina*. Disponível em [<http://www.sbhbm.org.br/>]. Acesso em set. 2011.

Livre de Farmácia e Química Industrial de Porto Alegre”³⁶¹. Da união da Escola de Farmácia com o corpo docente do Curso de Partos da Santa Casa, em 1898 seria fundada a Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio Grande do Sul, conformando-se como a terceira Faculdade de Medicina fundada no Brasil. Protasio Alves foi o seu primeiro diretor e a aula inaugural ocorreu em 15 de março de 1899³⁶². Nos seus primeiros anos, a Faculdade teve como lentes muitos dos médicos vinculados ao grupo apresentado, vinculados ao hospital da Sociedade de Beneficência e Santa Casa de Porto Alegre³⁶³.

Este cenário de plena organização dos médicos porto-alegrenses, seguida pela criação de instituições importantes nas duas últimas décadas do século XIX, poderia dar a entender que os problemas relacionados à higiene e saúde pública teriam sido solucionados, porém, não era o que ocorria na prática, ao menos não, de acordo com os relatórios emitidos pelos inspetores de higiene. As epidemias continuavam se mostrando como um problema sério, lazaretos eram

³⁶¹ Escola Livre de Farmácia e Química Industrial: “A Escola Livre de Farmácia e Química Industrial teve sua origem a partir da União Farmacêutica de Porto Alegre, criada em 1894 como uma sociedade de farmacêuticos, proprietários de farmácias e droguistas. Segundo seus estatutos, um dos objetivos principais daquela agremiação era a criação de um curso de farmácia. Em setembro de 1895, foi concretizado esse objetivo com a fundação de uma escola de farmácia, instalada em fevereiro seguinte. O governo estadual, representado por Júlio de Castilhos, cedeu duas salas e os aparelhos dos gabinetes de Física e Química da Escola Normal, situada na rua Duque de Caxias, esquina de Marechal Floriano Peixoto. Seu primeiro presidente foi o farmacêutico Alfredo Leal, tendo como vice Arlindo Caminha, e secretário Francisco de Carvalho Freitas, todos membros da União Farmacêutica de Porto Alegre”. DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>]. Escola Livre de Farmácia e Química Industrial.

³⁶² DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>]. *Escola Livre de Farmácia e Química Industrial*. Grifos do autor.

³⁶³ Conforme segue: 1ª série: física experimental (Diogo Martins Ferraz); química mineral e princípios de mineralogia (José Virgínio Martins); botânica e zoologia (Manoel da Silva Pereira); 2ª série: anatomia descritiva (Eduardo Sarmiento Leite da Fonseca); histologia (Ricardo Pereira Machado); química orgânica (Christiano Felipe Fischer); bacteriologia (Manoel Gonçalves Carneiro); 3ª série: fisiologia (**Arthur Pereira Castilho**); patologia geral (**Victor de Britto**); anatomia e fisiologia patológicas (**Olympio Olynto de Oliveira**); química biológica (**Arthur Pereira Castilho**); 4ª série: patologia médica (Tristão Torres); patologia cirúrgica (**Licerio Seixas**); terapêutica (**João Dias Campos**); farmacologia e arte de formular (**Francisco Carvalho de Freitas**³⁶³); 5ª série: operações e aparelhos (**Carlos Wallau**); anatomia médico-cirúrgica (Arthur Franco de Souza); obstetrícia (Francisco Freire de Figueiredo); clínica propedêutica (Diogo Álvares Fernandes Fortuna); 6ª série: higiene (**José Carlos Ferreira**); medicina legal (**Sebastião Affonso Leão**); química analítica e toxicológica (Alfredo Leal); química ginecológica e obstétrica (**Protásio Antônio Alves**); clínica cirúrgica (**Serapião Henrique Mariante e João Adolfo Josetti**); clínica médica (**Deoclécio Pereira** e Jacyntho Luiz Gomes); 7ª série: clínica oftalmológica (**Victor de Britto**); clínica pediátrica (**Olympio Olynto de Oliveira**); clínica psiquiátrica (Francisco de Paula Dias de Castro). Pelo decreto nº 3.758 de 01/09/1900, a Faculdade foi equiparada aos estabelecimentos oficiais congêneres - a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina da Bahia -, sendo nomeado como seu primeiro Delegado Fiscal, Balduino Athanzio Rodrigues do Nascimento, que ocupou o cargo até 15 de março de 1905. Foi substituído em seguida por Francisco de Paula Dias de Castro (1905-1907) e Cândido Ferreira dos Reis (1907-1911). DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>]. *Escola Livre de Farmácia e Química Industrial*. Grifos do autor.

abertos, fechados e reabertos com frequência e, até mesmo a matrícula de registro dos médicos aptos a exercer a profissão não ocorria da forma prevista.

Disso, detemo-nos novamente sobre o caso do descarte de lixo, referente ao relatório de 1887. O Presidente aproveitava o problema do lixo para destacar os impactos do crescimento populacional e a falta de cuidado para com os preceitos básicos de higiene, em Porto Alegre:

A vista, pois, do exposto e considerando que esta capital em razão do aumento de população, progresso da civilização e desvio dos demais comezinhos preceitos de higiene, tem sofrido completa transformação em suas condições de salubridade, como atesta o aparecimento periódico de moléstias graves, quase sempre fatais ao tubo intestinal e de fundo pestilencial. Considerando que o lixo composto de matérias heterogêneas, passa depois de entendo, por uma decomposição lenta originando gases metíficos que exercem influência permanente e por fim dadas certas condições atmosféricas, devem produzir efeitos mórbidos. Considerando que o enterramento do lixo na Varzea tornará aquele local um foco de elaboração de epidemia tanto mais para temer quanto, segundo a respeitável opinião de um membro desta Câmara em torno do aterro resultante se fará necessariamente um depósito de águas servidas, desde que a Santa Casa de Misericórdia não faça levantar imediatamente o nível de seus terrenos, serviço este que não comporta a exiguidade de suas rendas. Considerando, finalmente que o aterro em questão limitando a área na Várzea destinada ao recebimento das águas pluviais, trará como consequência o acúmulo delas na parte não aterrada, onde se formarão lagoas de difícil esgotamento, que sobre unitilizarem a maior parte do logradouro, atuarão funestamente sobre as condições atmosféricas. Tenho resolvido dar provimento ao recurso pelo Dr. Inspetor de Higiene interposto para mandar que não continue essa Câmara a fazer depositar o lixo em valas abertas na Várzea³⁶⁴.

Apesar da noção da gravidade do problema e da consciência (independentemente da teoria médica em questão) de que o acúmulo de lixo e matérias fecais próxima a um conglomerado populacional oportunizava a ocorrência de doenças epidêmicas, a solução parece ter sido satisfeita com a breve negativa de utilizar o Campo da Várzea, aos fundos da Santa Casa, como depósito. Destaquemos, ainda, diante da proposição do local destinado ao depósito do lixo estar estabelecido aos fundos do principal hospital da cidade, a ausência de argumentos contrários sobre os problemas que poderiam ser gerados para a saúde dos enfermos e higiene do hospital.

O Presidente da Província assim finalizava a questão:

³⁶⁴ RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887. Op. cit. p. 35.

Assim decidindo, porém, deixo ao prudente arbítrio dessa Câmara a escolha de outro local para o depósito do lixo, se não for adotado o alvitre pelo Exm. Sr. Barão do Guahyba proposto e pelos demais aceitos, de ser o lixo depositado, espalhado e depois incinerado nos terrenos da chácara do Camargo, de propriedade dos herdeiros do finado comendador José Ferreira Porto [...] **ou então o de leva-lo para as proximidades da ponte de pedra no litoral, como também propõe o Dr. Inspetor de Higiene**, sendo, como é certo e testemunha o vereador a cuja opinião já me referi que o despejo do lixo no litoral nunca deu lugar ao aparecimento de epidemia nesta cidade, o que sem dúvida não acontecerá com o seu sepultamento. É esta, como sabem Vmces. **uma medida provisória, imposta pelas circunstâncias**, cabendo à Assembleia Legislativa Provincial, em sua próxima reunião, habilitar essa Câmara com os recursos necessários para ocorrer a um serviço de tanta transcendência. Fazendo a devida justiça aos sentimentos dessa Câmara e ao grande empenho que tem mostrado no sentido de achar a melhor solução para esta importante questão, confio em que, **de harmonia com a Junta de Higiene, mediante oportunas concessões**, chegarão Vmcês por fim ao desejado acordo na escolha do local apropriado para o depósito e consumo do lixo nesta capital³⁶⁵.

Não sabemos se a ideia de despejo do lixo nas águas do Guaíba, e ainda mais em um local tão próximo ao centro da cidade (litoral próximo à Ponte de Pedra, o qual pode ser facilmente identificado nos mapas trazidos nas figuras 2 e 11), era validada por todos os médicos da Sociedade Médico-Cirúrgica, que foi convidada para avaliar o problema. No entanto, o certo é que, um dos seus membros, Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho, Inspetor, dava o seu aval para esta ideia. De todo modo, o problema do lixo na cidade era novamente empurrado para os tempos vindouros.

Naquele mesmo ano seria formado novo grupo de trabalho, impulsionado pela Sociedade Médico-Cirúrgica, visando o estabelecimento de uma rede de esgotos, na zona central da capital. Deste trabalho, foi elaborado um *memorandum* por Amadeu Prudencio Masson, Arthur Benigno Castilho, Henrique Ferreira Santos Reis, Israel Rodrigues, Barcellos Filho, João Adolpho Josetti Filho e Ramiro Barcellos³⁶⁶. Pode parecer um contrassenso diante da solução aventada para o problema do lixo, mas, conforme identificado por Fabiano Rückert, havia um consenso, entre aqueles médicos, de que os materiais fecais eram nocivos à saúde. Diante disso, a ideia era de que as águas do Guaíba, com as suas correntes para o Sul, serviriam para afastar as impurezas da cidade. Entretanto, em relação aos esgotos, os referidos médicos não se demonstravam tão certos sobre os seus benefícios, ou prejuízos, para a saúde pública³⁶⁷.

³⁶⁵ RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887. Op. cit. p. 35.

³⁶⁶ RÜCKERT. Fabiano Quadros. O problema das águas poluídas na cidade de Porto Alegre (1853-1928). *Diálogos* (Maringá. Online), v. 17, n.3, p. 1145-1172, set.-dez./2013. P. 1154-1155.

³⁶⁷ Ibid.

No relatório de 1888, o problema sobre o que se fazer com o lixo era novamente trazido, sendo aventada a ideia de se adotar um sistema de incineração, o qual dependeria da compra de um forno incinerador, similar ao utilizado na cidade de Nova York, EUA. Os custos não permitiriam a compra do equipamento e, por isso, outra solução deveria ser tomada, já que “[...] é imperfeito o sistema que adotou de depositá-lo na Ponta das Pedras, um ponto urbano muito populoso”³⁶⁸. Em 1889, há nova referência ao lixo próximo à Ponte de Pedra, agora, vinculando-o à ocorrência de doenças epidêmicas:

Melhoramentos urgentes da capital. O inspetor de higiene, por ofício de 17 de janeiro último, solicitou desta presidência prontas providências com relação ao transporte do lixo da cidade, ponderando a necessidade de ser ele removido para o saco denominado D. Rita, visto terem então aparecido, com a intensidade do calor que reinava, casos de febre tifoide e outras febres infecciosas, cuja causa atribui ao lixo depositado na ponte de pedra além do Riachinho³⁶⁹.

A experiência prática, mais do que as providências baseadas nos pareceres científicos dos médicos, indicava para a necessidade de mudanças. Destaca-se que o pedido de providências foi tomado pelo próprio médico que teria, também por meio da comissão da Sociedade Médico-Cirúrgica, sugerido que o lixo fosse depositado nas mediações da referida Ponte.

Naquela oportunidade, foi reaberto o lazareto, tendo em vista a ocorrência de outras doenças infecciosas e, ainda, a suspeita de febre amarela na cidade. Conforme as autoridades públicas, tais doenças se vinculavam à chegada de imigrantes no porto. Neste ínterim, destacando o papel protagonista do Inspetor Barcellos Filho na tomada das ações de prevenção e combate às enfermidades que desgraçavam Porto Alegre, indicava:

[...] solicito em difundir por todos os meios ao seu alcance, resolvi fazer retirar os doentes do centro da cidade e estabelece-los em um lazareto afim de serem tratados convenientemente, para o que mandei fazer as obras e reparos necessários no barracão da chácara das Bananeiras de propriedade da província [...] Os doentes estão sob os cuidados médicos do Dr. Sebastião José de Leão, a quem nomeei diretor do lazareto. Com as sucessivas entradas de imigrantes durante o mês que terminou, apareceu uma enfermidade que os

³⁶⁸ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1888. Disponível em [\[http://www.crl.edu/brazil/\]](http://www.crl.edu/brazil/). Acesso entre out. 2014.

³⁶⁹ Ibid., P. 23.

médicos suspeitam ser febre amarela, e que, entre os mesmos imigrantes unicamente tem feito algumas vítimas, tanto nesta capital como na cidade do Rio Grande. [...] Uma medida indispensável é a remoção quanto antes de mais 800 imigrantes existentes na hospedaria desta capital³⁷⁰.

Sebastião Leão, recém-formado e com apenas 23 anos de idade, pela primeira vez aparece nomeado publicamente para a prestação dos seus serviços, a mando do governo provincial. Do relato acima, podemos pensar em uma Porto Alegre um tanto insalubre e carente do que era entendido como ideal, de acordo com as ideias médicas até então invocadas, ao longo da segunda metade do século XIX. Notemos que, mesmo com o alarme de uma possível epidemia, o Regulamento de 1856 não foi invocado, ao menos não, de acordo com as informações constantes nos registros deixados.

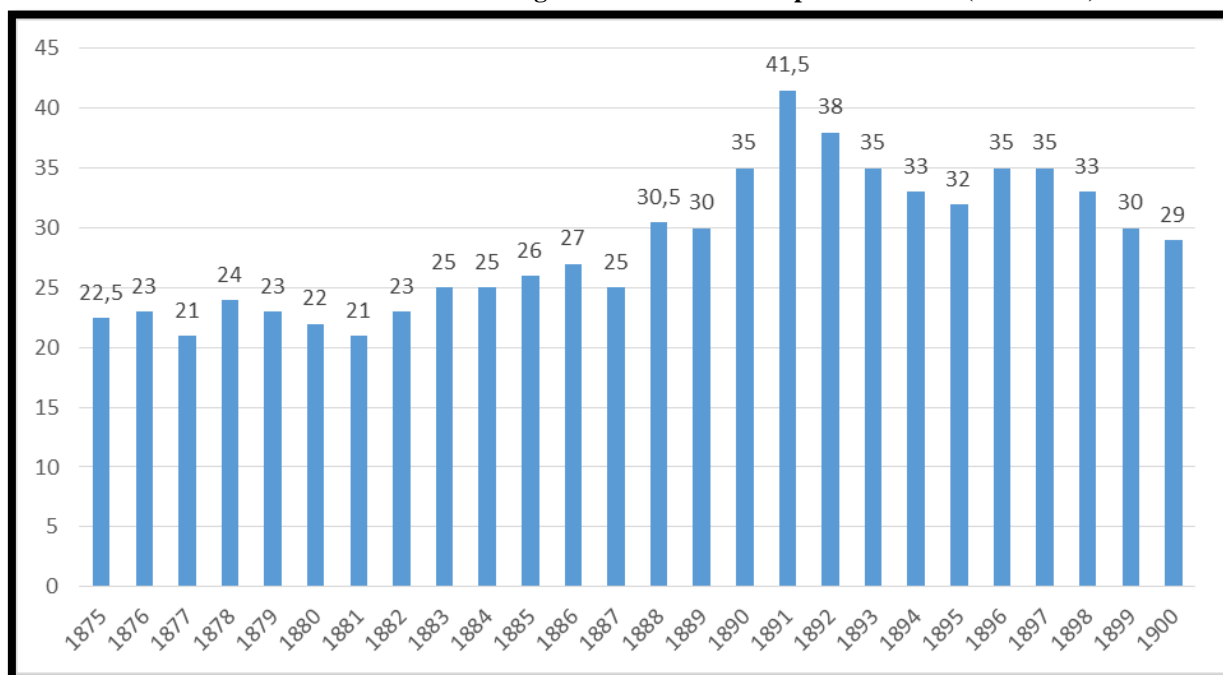
Desta maneira, se a presença médica se fazia cada vez mais presente na cidade - seja em número de profissionais, seja por meio das suas frentes de atuação - e a organização dos médicos se tornava cada vez mais densa, institucionalizada e complexa, estes processos não se refletiam na saúde da população, ou ainda, de um ponto de vista mais geral e enfocando o horizonte principal desta tese, na diminuição da mortalidade.

A fim de melhor avaliarmos este cenário, elaboramos gráfico baseado em estimativas sobre o número de habitantes de Porto Alegre para as duas últimas décadas do século XIX relacionadas ao número de óbitos anuais. Nele, calculamos e distribuimos os índices de óbitos por 1.000 habitantes³⁷¹ para o período entre 1880 e 1900, o que evita possíveis distorções dos dados de óbitos, tendo em vista o alto crescimento populacional na cidade de Porto Alegre, naquele período (ver gráfico 1). Desse modo, de acordo com as definições dos estudos demográficos, o que se calculará aqui será a “taxa bruta de mortalidade”³⁷².

³⁷⁰ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1888. Op. cit., P. 21.

³⁷¹ Com base nos dados demográficos das fontes referenciadas no gráfico, calculamos o quociente (este, estabelecido a partir do número de óbitos ocorridos durante um ano civil e a população total ao meio do ano civil) para o cálculo das taxas de mortalidade. Este dado representa a frequência com que ocorrem os óbitos em uma população. Para mais informações sobre a metodologia aplicada, ver: ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Op. cit. Para verificar as fórmulas e procedimentos para o cálculo da mortalidade, ver: CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. *Introdução a alguns Conceitos Básicos e Medidas em Demografia*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011. Há um capítulo específico para o cálculo da mortalidade. P. 14-19.

³⁷² Conforme segue: “Taxa bruta de mortalidade: Quociente entre número de óbitos ocorridos durante um ano civil e a população total ao meio do ano civil. Representa a frequência com que ocorrem os óbitos em uma população”. ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Conceitos e definições. Estatísticas do século XX. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/>. Acesso em abr. de 2010. Para verificar as fórmulas e procedimentos para o cálculo da mortalidade, ver: CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. *Introdução a alguns Conceitos Básicos e Medidas*

Gráfico 2: Mortalidade em Porto Alegre – Índices de óbitos por 1.000 hab. (1880-1900)

Fontes: SIE 3003 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1895-1896). p. 326. LIVROS DE ÓBITOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA N.º 12 AO N.º 19 (1875 – 1900). Op. cit. Censos de 1872, 1890 e 1900: FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Op. cit.; CENSO DE 1872, realizado por meio dos registros paroquiais. Op. cit.; Matrículas de escravos de 1872/73³⁷³.

Sob a forma como os dados foram construídos e são apresentados, observamos não somente a relação pura e simples entre aumento populacional e maior número de mortes, mas sim, o número de óbitos proporcional ao total de habitantes para cada um dos anos. Compreendido desse modo, o gráfico indica significativo crescimento da mortalidade a partir de 1888, período em que os médicos diplomados, como vimos, passavam a ganhar cada vez mais espaço naquela localidade, inclusive, no maior hospital da cidade. Foi também, naqueles anos que a cidade passou por grave epidemia de varíola, demonstrada pelos picos de mortalidade de 1891 e 1892, a qual podemos chamar de uma *tragédia anunciada*, diante das inúmeras queixas anteriores, sobre o estado de higiene da capital.

Como vimos, tal realidade também se demonstrava no hospital da Santa Casa de Misericórdia. Se até o final da década de 1880 contava com, normalmente, dois a três facultativos que apenas realizavam visitas diárias à instituição, a partir de 1890 ocorreria significativo incremento no número de médicos, bem como, das enfermarias e especialidades

em *Demografia*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011. Há um capítulo específico para o cálculo da mortalidade. P. 14-19.

³⁷³ ARAÚJO, Thiago Leitão de. Novos Dados sobre a Escravidão na Província de São Pedro. In *V Encontro Escravidão e Liberdade*. Porto Alegre, 2011.

oferecidas³⁷⁴. Na última década do século XIX a organização do hospital se tornava mais complexa, conforme demonstra a relação das enfermarias recém-criadas, também constando os seus médicos responsáveis:

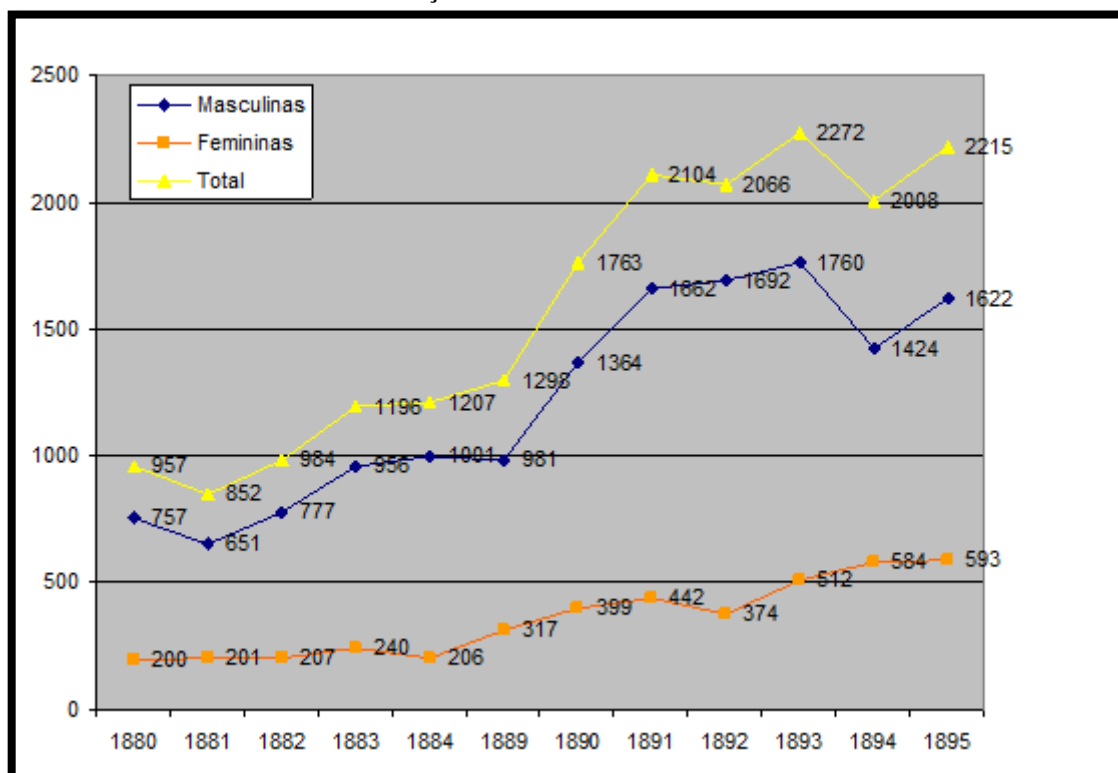
Dr. João Adolpho Josetti - Diretor da enfermaria de cirurgia de homens;
Dr. Sebastião Affonso de Leão - Adjunto da enfermaria de cirurgia de homens;
Dr. Serapião Mariante - Diretor da enfermaria de medicina de homens;
Dr. João Plínio de Castro Menezes - Diretor da enfermaria de medicina de mulheres;
Dr. Protasio Antonio Alves - Diretor da enfermaria de ginecologia e partos;
Dr. Deoclécio Sertorio Pereira da Silva - Adjunto da enfermaria de ginecologia e partos;
Dr. Alberto de Campos Velho - Diretor da enfermaria de inválidos e expostos;
Dr. Victor de Britto - Diretor da enfermaria de oftalmologia;
Dr. Oscar Noronha - Adjunto da enfermaria de oftalmologia;
Dr. João Damasceno Ferreira - Diretor da sala do banco;
Dr. Olympio Olinto de Oliveira - Diretor do dispensário de crianças³⁷⁵.

Os dados puramente numéricos sobre as internações no hospital (ou seja, não estabelecidos sob a forma de índices de internações frente ao total populacional), demonstram de forma genérica maior procura pela instituição, conforme abaixo:

³⁷⁴ Assim relatava o Provedor: “Tendo-se exonerado dos cargos que exerciam os drs. Israel Rodrigues Barcellos Filho e Luiz Nicolao Masson, entendi conveniente reorganizar o serviço médico do hospital, dividindo-o por maior número de facultativos, a fim de poderem ser melhor atendidos os enfermos que procuram o Pio Estabelecimento”. RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1890. p. 6.

³⁷⁵ RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1890. Quadro N.º 15: Quadro do pessoal da Santa Casa de Misericórdia e respectivos vencimentos.

Gráfico 3: Internações na SCMPA entre os anos de 1880 e 1895

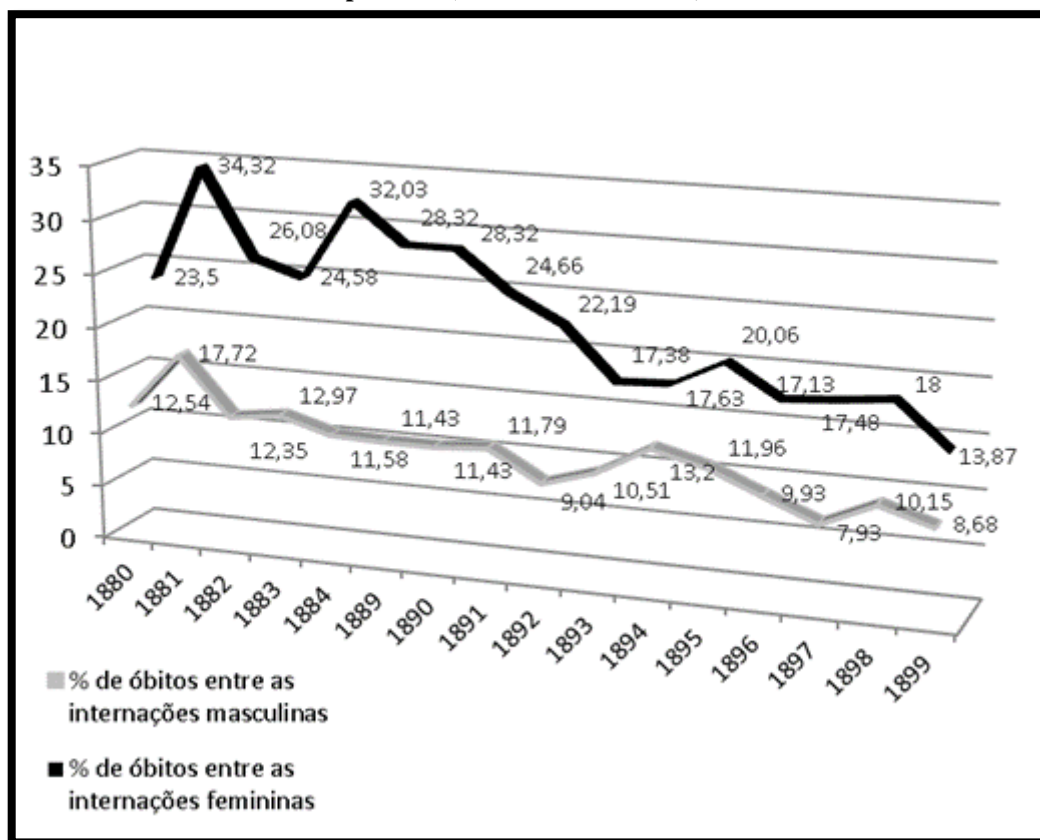


Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5 ao 9, 1883 – 1899. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1890-1896. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

No entanto, diferentemente do quadro geral da mortalidade da cidade, muito provavelmente devido às mudanças empreendidas na organização do hospital ao longo dos anos (e, até mesmo, por se demonstrar como lócus aglutinador da classe médica), observamos relacionada e gradativa diminuição dos óbitos no interior da Santa Casa de Misericórdia, principalmente os relacionados às internações femininas³⁷⁶:

³⁷⁶ Em pesquisa anterior, percebemos enfoque dos médicos para a mortalidade de recém-nascidos, oportunizando melhorias em questões relacionadas à obstetrícia e ao atendimento das mulheres. Ver: OLIVEIRA, 2012. Op. cit.

Gráfico 4: Porcentuais de óbitos na SCMPA considerando os totais anuais de internações, proporcional por sexo (1880-1884/1889-1896)³⁷⁷



Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5 ao 9, 1883 – 1899. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1884; 1888 – 1896).

Contrapondo os dois últimos gráficos, percebemos ainda que a redução dos óbitos se deu em um momento de grande incremento das internações, que duplicaram, em menos de 10 anos. Em tempo, lembremos que a quase totalidade dos hospitais no século XIX, principalmente os pertencentes às Misericórdias, eram voltados para os pobres ou desassistidos. Prestar este socorro espiritual e material aos pobres também era uma das obras das Misericórdias, o que também valia para Misericórdia de Porto Alegre³⁷⁸. Destaquemos que os mais *afortunados* (do ponto de vista não somente financeiro, mas também em relação à assistência de familiares e amigos), normalmente, tratavam-se em casa.

³⁷⁷ Ambas as contagens foram realizadas de acordo com os números de internações e de óbitos por ano, divididos por sexo, de acordo com as informações trazidas nos relatórios da SCMPA. Os percentuais indicados no gráfico foram contabilizados de forma isolada entre os sexos, por ano, de maneira que os dados de internações masculinas e femininas possam ser comparados sob modo proporcional, por sexo. Ou seja: internações femininas x óbitos femininos; internações masculinas x óbitos femininos. Com o cálculo realizado dessa maneira, pouco importa a disparidade entre os números de internações masculinas e femininas, para fins de aferimento da mortalidade por sexo.

³⁷⁸ Vide: COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Op. cit. Enfocando a perspectiva geral das Misericórdias, ver: PAIVA, José Pedro (coord. científico), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. I, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa; União das Misericórdias Portuguesas, 2002.

O Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa certamente recebia público diferenciado em relação à Santa Casa, no entanto, não podemos pensar que o primeiro se destinava, exclusivamente, a parcela populacional mais rica da cidade. Aliás, nos seus primeiros anos de fundação (1854) os enfermos da Sociedade eram atendidos na Santa Casa de Misericórdia³⁷⁹. No decorrer do século XIX, mesmo com a fundação do seu próprio hospital (sito na Rua Independência, próximo à Santa Casa), a Beneficência Portuguesa continuou voltada para o atendimento de seus sócios e particulares, mediante pagamento.

Diante do que demonstram as fontes analisadas, este oferecia, no mínimo, melhores condições materiais e de tratamento aos enfermos e, por vezes, maior número de médicos se comparado à Santa Casa, ao menos, até a década de 1880. Este hospital não recebia internações de mulheres nas suas enfermarias durante o século XIX. As mulheres dos sócios (somente homens poderiam ser associados) seriam atendidas em casa, mediante visitas dos médicos que serviam ao hospital³⁸⁰.

Tabela 4: Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa - Total de internações (1881-1892)

Ano	Internações
1881	145
1882	163
1883	157
1884	160
1885	192
1886	216
1887	242
1888	218
1889	228
1890	297
1891	274
1892	300
Total	2592

Fonte: LIVRO DOS ENTRADOS PARA A ENFERMARIA DO HOSPITAL, 1880 – 1893. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

Era elevado o movimento de estrangeiros naquele hospital, principalmente, o que era de se esperar, de Portugueses, a maior parte estabelecida em Porto Alegre, que formavam quase

³⁷⁹ RESUMO HISTÓRICO DA SOCIEDADE PORTUGUEZA DE BENEFICÊNCIA DE PORTO ALEGRE, 1854 – 1904. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

³⁸⁰ Ver: RELATÓRIOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, 1885, 1886, 1888, 1890, 1893 E 1900. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre. Informações mais detalhadas sobre o Hospital e Sociedade de Beneficência de Porto Alegre, bem como, sobre as sociedades de socorros mútuos, ver: QUEVEDO, Éverton Reis. *"Uma mão protetora que os desvie do abismo"*: Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre e seu hospital (1854-1904). Oikos Editora, 2016. SERRES, Juliane; QUEVEDO, Éverton Reis; REICHARDT, João Carlos (Orgs.). *Beneficência Portuguesa: a primeira Sociedade de Socorros Mútuos do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

dois terços do total dos enfermos lá entrados³⁸¹. De acordo com os dados verificados, o número de internações do hospital da Sociedade ficava muito aquém em relação ao da Santa Casa: a quantidade anual de enfermos foi sempre menor a 20% do total de internações identificado para a Santa Casa. No entanto, mesmo com essa representativa diferença, lembremos que, ao menos até o fim da década de 80, ambos os hospitais contavam com apenas dois a três médicos efetivos (ainda que, para a Beneficência, contratavam-se médicos adicionais de tempos em tempos). Destes dados, entendemos que o tratamento oferecido pela Sociedade oferecia maior conforto e maior proximidade entre médicos e enfermos. As informações sobre os óbitos ocorridos nesta instituição parecem comprovar esta tese, tendo em vista que do total de internações anteriormente verificado, a mortalidade ficou em torno de 3 a 4%³⁸².

É importante destacar que trabalhamos sobre um cenário no qual as fontes médicas existentes são muito escassas no que diz respeito a informações mais precisas sobre como se dava o atendimento e relação dos médicos junto aos enfermos nos hospitais e, principalmente, fora destas instituições. Desta lacuna, os dados referentes às internações podem auxiliar dando luz, ainda que deficitária, sobre a representatividade e intensidade da atuação médica junto à população. Em contrapartida, já vimos que a presença dos médicos nos hospitais analisados, ao menos até o final da década de 1880, era muito reduzida em número de profissionais e, ainda, limitada em tempo de atuação no interior daqueles espaços, resumindo-se a visitas diárias. Conforme identificado, para a Santa Casa, os primeiros socorros eram geralmente prestados pelo enfermeiro-mór e o enfermo teria que esperar o momento programado da visita do médico, isso quando era cumprida³⁸³.

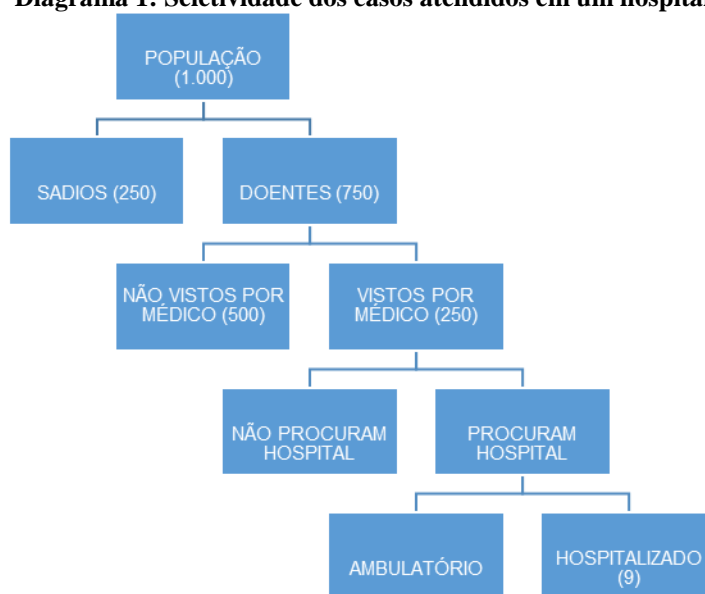
Além disso, se considerarmos a representatividade dos dados de internação em hospitais frente ao total populacional, verificaremos limitações ainda maiores. Maria Lúcia Lebrão, observando o problema na atualidade, tomando EUA e Inglaterra como referência, verificou: “que, em uma população de 1.000 adultos, 750, em média, relatam um episódio de doença por mês, 250 procuram um médico e apenas 9 são hospitalizados”³⁸⁴.

³⁸¹ Conforme LIVRO DOS ENTRADOS PARA A ENFERMARIA DO HOSPITAL, 1880 – 1893. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

³⁸² OLIVEIRA, Daniel. *Porto dos degenerados – Os enfermos acometidos por doenças venéreas internados nos hospitais Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa de Porto Alegre entre os anos de 1881 e 1892*. 2009. 160f. Monografia (Graduação em História) – Área de Ciências Humanas, UNISINOS, [2009]. P. 74.

³⁸³ Conforme indicava o Provedor Pedro Salgado, ao relatar a necessidade do estabelecimento de um médico residente, diante do não cumprimento regular das visitas: “Com tudo, creio que o único meio de atalhar um tanto os males inconvenientes resultantes dessa falta está na existência do enfermeiro-mór que tem como principal dever ministrar os primeiros e mais simples socorros aos enfermos, na ausência dos facultativos”. Ibid. 1884. p. 6.

³⁸⁴ LEBRÃO, Maria Lúcia. *Estudos de morbidade*. São Paulo: Edusp, 1997. p. 60.

Diagrama 1: Seletividade dos casos atendidos em um hospital

Fonte: LEBRÃO, Maria Lúcia. *Estudos de morbidade*. São Paulo: Edusp, 1997. p. 60.

Conforme demonstrou Lebrão trabalhando com dados atuais, é ínfimo o número de pessoas enfermas que procuram ou obtêm atendimento médico e, ainda menor, as que são internadas em um hospital, se considerarmos o total de habitantes de dada localidade. Porém, a distância temporal do objeto de pesquisa de Lebrão não dissipa o poder explicativo dos dados apresentados. Aliás, para o contexto porto-alegrense da segunda metade do século XIX, muito provavelmente a seletividade será ainda maior, inclusive, na fase denominada por Lebrão como “vistos por um médico”. Se utilizarmos como exemplo as internações e a estimativa populacional do ano de 1884 (1.207 internações para uma média populacional aferida em torno de 50.000 pessoas), observando que esta era uma das poucas formas de ser examinado ou visto por um médico naquele cenário, teríamos uma representatividade de apenas cerca de 2,4%, percentual muito longe dos 25% dos atendidos por um médico, demonstrados no diagrama acima.

Este aferimento pode ser ainda mais relativizado, ao menos, a partir de 1887, ano em que foi fundada a Sala do Banco da Santa Casa de Misericórdia, local destinado a consultas rápidas para casos não graves de “doentes pobres cujas posses permitem o tratamento em seus domicílios ou cujas moléstias não requerem a entrada no hospital”³⁸⁵. Esses enfermos, após a consulta, adquirindo receita médica, dirigiam-se à boticada Instituição a fim de retirarem

³⁸⁵ RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia (1888/1889). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. P. 3.

gratuitamente o remédio indicado, tendo em vista que deveriam se tratar em casa³⁸⁶. Aliado a isso, em 1890 foi criado o Dispensário de Crianças (ao cargo do Dr. Olinto de Oliveira) que tinha característica de finalidade muito próxima à Sala do Banco, porém, visando exclusivamente o atendimento médico de crianças que não necessitassem internação no hospital. Aliás, o dispensário foi criado a partir da divisão da Sala do Banco em duas partes³⁸⁷. Em 1891 seria relatado que o atendimento médio diário no dito dispensário era de 18 consultas. Infelizmente, não temos dados sobre o número de atendimentos dispensados na Sala do Banco mas, certamente, juntamente com o Dispensário, elevou-se o número de pessoas atendidas por um médico³⁸⁸.

Neste ínterim de poucas pessoas atendidas, ou ainda, *bem atendidas* (no sentido de proximidade) pelos médicos, há de se considerar que, ao menos os não miseráveis e os que possuíam assistência de familiares ou amigos, tratavam-se ou buscavam cuidado em casa. Além disso, conforme consistente bibliografia existente para o local e período aqui enfocados, muitas pessoas preferiam (ou somente poderiam, por motivos culturais, financeiros, de distância etc.) buscar a solução para os seus sofrimentos físicos e mentais junto a curadores e benzedeiros. A medicina, naquele período, ainda carecia de crédito por parte da população, suas formas de tratamento e os seus procedimentos muitas vezes invasivos, eram observados com desconfiança e, até mesmo, despertavam medo³⁸⁹.

³⁸⁶ A botica contava com, ao menos, um boticário ou farmacêutico (após 1882, com a exigência do inspetor da saúde pública para que se alocasse um profissional no cargo) e um ajudante. Havia, também, um mordomo específico para a botica. Não raro, a botica era a repartição que mais gerava custos para a Pia Instituição. Na seguinte passagem, o provedor traz indicações a esse respeito e, ainda, trata sobre quem poderia usufruir dos serviços da mesma: “Pelo anexo n.º 6 se vê que foi fornecida a soma de Rs. 977\$500 em medicamentos, às pessoas que se apresentaram munidas de receitas médicas com declaração de - pobreza -, no tempo decorrido de 1º de janeiro a 15 de dezembro do ano findo, sendo aviadas 648 receitas”. “Comparada essa soma com a de Rs. 242\$000. Despendida com a mesma aplicação, resulta que no ano findo excedeu em 735\$492 a verba – receitas médicas para pobres externos -, observando-se que tais receitas são calculadas pelos custos dos medicamentos”. RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia (1882). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. p. 7.

³⁸⁷ RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia (1890). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. p. 6.

³⁸⁸ Conforme relatado pelo Provedor, em 1892: “Devido ao grande número de consultantes que concorre à Sala do Banco e Dispensário de crianças, não tem sido possível aos respectivos directores tomar as convenientes notas para a organização da estatística destas duas secções”. Relatório da Santa Casa de Misericórdia (1892). CEDOP/SCMPA (Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre). p. 9.

³⁸⁹ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Mandingas e Curadores de feitiços: Cura e religiosidade no litoral norte escravista (RS século XIX). In: BARROSO, Vera. (Org.). Raízes de Santo Antonio da Patrulha. Porto Alegre: EST editores (no prelo), 2010, p. 95-116. WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999. WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofrendores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007]. Ver também, em nível nacional: CHALHOUB, Sidney et al (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003. LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984. 198 p. (Coleção Corpo e alma do Brasil 63). PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES,

No entanto, não podemos pensar que esta conjuntura passava despercebida para aqueles médicos. Desse modo, ganha em importância trecho do Relatório emitido pelo então Inspetor de Higiene Protasio Alves, em 1894, ao tratar sobre o recorrente problema dos óbitos sem assistência médica:

[...] grande numero de creanças morre por falta de soccorros profissionaes. Essa falta não provém da recusa dos medicos em prestar cuidados ao pequenos doentes, ella provém da crença, que tem o povo, de que a homoeopathia é a medicina das creanças e, baseados n'essa crença, deixam de procurar um profissional para ir pedir ao *seu fulano* uma dose para o pequeno³⁹⁰.

Deste relato, podemos refletir ainda mais profundamente sobre as dificuldades a serem enfrentadas para a busca de um diagnóstico pontual sobre a causa de morte, tendo em vista o distanciamento dos médicos, frente ao *grosso* da população.

Dentro disso, em pleno contexto de liberdade profissional no Rio Grande do Sul³⁹¹, Protasio Alves direcionava as suas críticas não somente para os curadores, mas também, à falta de *esclarecimento positivo* por parte da população. Esta carência, segundo Alves, era exemplificada por modos de vida baseados em crenças que estavam afastadas do que era concebido como científico. O *esclarecimento positivo* se configurava como um dos objetivos e ao mesmo tempo como base para a efetividade da doutrina positivista promovida por Júlio de Castilhos, no seio da sociedade³⁹².

Flávio (Org.). *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016. XAVIER, Regina Célia Lima. Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista. In CHALHOUB, Sidney et al (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 331 – 354.

³⁹⁰ SIE 3001 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893–1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspetoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

³⁹¹ Conforme Weber: “A Constituição estadual do Rio Grande do Sul, que entrou em vigor em 1892, estabelecia a completa separação dos poderes temporal e espiritual, assegurando, a partir daí a liberdade religiosa, de profissão e a liberdade da indústria. De forma generalizada, as decisões do governo positivista relativas à saúde levaram em conta essa formulação. Na prática, a liberdade de exercício profissional foi assegurada até 1928, quando Getúlio Vargas assumiu o governo do estado. Para exercer a medicina, o Regulamento do Serviço de Higiene do Rio Grande do Sul de 1895 estabelecia apenas que os interessados deviam inscrever-se em registro existente na Diretoria de Higiene. Pagariam multas os que exercessem as atividades sem o registro e os que cometessem erro de ofício. Em 1907, foi aprovado novo Regulamento da Diretoria de Higiene do estado, que apenas afirmava a liberdade de exercício da medicina em qualquer dos seus ramos, competindo aos responsáveis pela higiene do estado investigar e denunciar ao Ministério Público os abusos cometidos em exercício. Essa legislação era discutida pelos médicos diplomados, especialmente após a fundação de uma escola de formação de médicos que procurava preparar os profissionais dessa área”. WEBER, Beatriz Teixeira. Positivismo e ciência médica no Rio Grande do Sul: a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. História, Ciências e Saúde – Manguinhos. 1999, vol.5, n.3, pp. 583-601.

³⁹² Informações mais detidas sobre o positivismo gaúcho e liberdade profissional, ver: KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república*. 2002. 109 f. Dissertação

Assim, ainda que a liberdade profissional promovesse espaço para a atuação de práticos, curandeiros, charlatães sob demanda da população, os seus limites também deveriam ser controlados – ainda que de forma não bem delimitada - pelo governo Castilhistas, mediante matrícula na Diretoria de Higiene do Estado, devendo ainda responderem por eventuais erros de ofício, conforme indicou Beatriz Weber: “Para exercer a medicina, o Regulamento do Serviço de Higiene do Rio Grande do Sul de 1895 estabelecia apenas que os interessados deviam inscrever-se em registro existente na Diretoria de Higiene. Pagariam multas os que exercessem as atividades sem o registro e os que cometessem erro de ofício”³⁹³.

Pode nos parecer um tanto contraditório um governo, que tem nos seus principais nomes e ocupação dos seus mais importantes cargos médicos diplomados e atuantes, promulgar a liberdade profissional, para as artes da cura. No entanto, se observamos a questão sob outro ponto de vista, não nos deve parecer estranho o advento do dispositivo adotado, que requeria o registro dos curadores práticos, sob forma similar ao que era solicitado aos diplomados. Possivelmente, este dispositivo foi um dos itens estudados por Protasio Alves ao rever o mais recente Regulamento de Higiene, conforme indicado pelo próprio, em relatório:

O regulamento de Higiene, que baixou com o Decreto n. 169 de 18 de janeiro de 1890, precisava, depois de decretada a liberdade profissional, ser modificado de acordo com a Constituição; dirigi a minha atenção para esse ponto e, depois de estudar os regulamentos congêneres, esbocei um projeto, que submeto à apreciação do S. Presidente do Estado³⁹⁴.

Para o período anterior ao governo positivista, incorreremos em erro se pensarmos que os registros dos médicos diplomados e o combate à atuação dos práticos se dava de forma organizada e efetiva. Analisando Relatório da Inspeção de Higiene da Província de 1887, emitido pelo Inspetor Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho, encontremos a seguinte passagem:

(Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2002]. WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.

³⁹³ WEBER, Beatriz Teixeira. Positivismo e ciência médica no Rio Grande do Sul: a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. 1999, vol.5, n.3, pp. 583-601. P. 584.

³⁹⁴ SIE 3001 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893–1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspeção de Higiene do Rio Grande do Sul. P. 96.

Multas. A Inspeção a meu cargo tem procurado coibir os abusos praticados por pessoas que não têm as habilitações exigidas pelo regulamento sanitário em vigor no Império e que aqui querem exercer a medicina ou a cirurgia e seus diversos ramos. Temos também proibido que se vendam drogas em casas de negócio que não sejam drogarias e que tenham a necessária licença. Tem sido chamada a atenção dos droguistas para o Cap. 5º do regulamento vigente, para que compreendam a que fica limitado seu comércio. Sempre de acordo com o atual regulamento e baseado em informações oficiais ou documentos legalizados, têm esta Inspeção e seus Delegados imposto as necessárias multas, além disso tem feito as devidas comunicações às competentes autoridades, quando os infratores ficam também sujeitos às penas do Código Criminal. Temos, enfim, reprimido um pouco o audaz charlatanismo e, si mais não temos conseguido, é isso devido à morosidade do processo executivo; apesar de não deixar esta Inspeção de comunicar à Tesouraria de Fazenda, logo que é imposta por esta repartição qualquer multa. Já é bem crescida a soma das multas impostas por esta Inspeção, a qual tem sempre atendido aos recursos que lhe são interpostos e resolvido de acordo com a justiça³⁹⁵.

Tendo em vista que o “charlatanismo” já era plenamente percebido e combatido pelas autoridades, e não sem dificuldades, talvez poderemos melhor entender que a liberdade profissional do governo Castilhistas mediante registro, poderia gerar, inclusive, maior controle sobre os práticos, do que no passado.

A passagem acima referida se relacionava à divulgação da lista dos profissionais habilitados a exercer a medicina na Província, pois, antecedendo o levantamento, Barcellos Filho realizou a seguinte ressalva:

Profissionais. Junto a este remeto a cópia da relação dos profissionais habilitados perante esta Inspeção. Essa relação foi de novo organizada por esta repartição e publicada diversas vezes no jornal oficial da província. Não posso ser muito exato, quanto às alterações que se tenham dado por ausência ou mudança dos profissionais, visto já ter encontrado esse trabalho começado e não fazerem eles comunicação a esta Inspeção. Espero, porém, que com as observações desta Inspeção, cumpram esta parte do regulamento vigente. Deus Guarde a V. Ex. – Illm. e Exm. Sr. Dr. Barão de Ibituruna, Digníssimo Inspetor Geral de hygiene. O Inspetor Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho³⁹⁶.

³⁹⁵ RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspeção de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul – 1887 (referente a 1886). [Biblioteca de História das Ciências e da Saúde](#): COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. P. 9.

³⁹⁶ Ibid., p. 13.

A organização da lista, assim como a sua publicação não nos deve parecer estranha pois, conforme vimos por meio do Decreto 9.554 de 1886, a fiscalização da profissão da medicina era uma das atribuições fundamentais da Inspetoria Geral de Higiene. Mas, Barcellos Filho indica que a publicação da lista foi realizada por “diversas vezes” nos jornais, ação que poderia estar intimamente relacionada às dificuldades de combater o *audaz charlatanismo*, na Província. Procurava, assim, instruir a população a saber quem eram os profissionais da medicina legalmente habilitados – diplomados - e que deveriam ser procurados, em caso de necessidade.

Destes últimos apontamentos, não podemos subestimar a existência, até mesmo significativa, de curadores práticos atuando em Porto Alegre. Não sabemos se a liberdade profissional sem privilégios para diplomados, promulgada pela Constituição de 1891, faria aumentar o número de práticos. Com a nova legislação operante, o procedimento de inscrição para obtenção de licença para atuação dos práticos se dava de forma similar aos pedidos de matrículas concedidos aos médicos diplomados.

Porém, para estes últimos, há indícios de que ainda necessitavam apresentar as devidas comprovações de formação na Inspetoria localizada em Porto Alegre, o que é exemplificado em trecho do relatório de 1893:

Baseados no art. 72 § 24 da constituição da República e art. 71 § 5 da constituição do Estado têm requerido e obtido licença para exercer a medicina 3 homens, a farmácia 13 homens e a arte dentaria 1 homem. Matricularam-se nesta inspetoria desde 1 de julho de 1893 a 30 de junho de 1894: Três médicos formados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e um pela Faculdade de Medicina de Bruxellas; um farmacêutico pela Universidade de Genova e treze licenciados; um dentista licenciado. Nenhuma reclamação tem sido trazida à Inspectoria por erro profissional³⁹⁷.

Notemos que Alves realiza diferenciações entre os registros de médicos e práticos, seja pela forma de apresentação do texto, trazendo primeiramente os práticos e após, os médicos diplomados, seja pela de “licença” para os práticos e “matrícula” para os diplomados. No entanto, esta última diferenciação não parece ter sido intencional ou, ao menos, não se perpetuou para os anos seguintes. Entre 1894 e 1895: “Inscreveram-se para exercer a arte de

³⁹⁷ SIE 3001 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893–1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspetoria de Higiene do Rio Grande do Sul. P. 101.

curar, de 1º de julho de 1894 a 30 de junho deste ano, doze médicos, nove farmacêuticos, cinco dentistas e uma parteira³⁹⁸. Tendo como parâmetro o relatório do ano anterior, seriam todos diplomados? Pensamos que sim, no entanto a dúvida persiste, por não constar o local de titulação. No relatório que traz informações sobre os anos de 1895 e 1896, os locais de titulação voltam a ser registrados e a diferenciação entre práticos e diplomados é evidenciada:

Inscreveram-se para exercer a arte de curar, de 1º de julho de 1895 a 30 de junho último, 5 médicos brasileiros, formados nas faculdades da União, 1 formado em faculdade estrangeira, tendo feito exame de habilitação em faculdade da União, 3 médicos pela Universidade de Madri, 1 por uma das Universidades da Alemanha, 66 práticos – total de 76; 1 farmacêutico pela Faculdade do Rio de Janeiro, 3 pela do Porto, 42 práticos – total de 46; 14 dentistas e 12 parteiras³⁹⁹.

Desta última passagem, referente ao período em que a nova lei já se encontrava em pleno vigor e, possivelmente, amplamente divulgada pelos meios oficiais e extraoficiais, chama a atenção o alto número de inscrições de práticos, o que nos leva a pensar que o Rio Grande do Sul, devido à sua peculiaridade, estava sim se tornando um grande receptor de curadores práticos de várias regiões do Brasil, que passariam a exercer as suas atividades de forma mais tranquila, ao menos, dentro dos meandros legais. No entanto, sob outro ponto de vista, talvez muitos desses novos inscritos se tratassem de curadores já estabelecidos na Província, que apenas buscavam evitar sofrer as infrações penais, principalmente as multas, que tinham a sua origem ainda vinculada à legislação anterior.

Seria, assim, uma liberdade legalmente controlada, baseada num dispositivo em que o curador se sentia mais seguro, estando sob este controle. No entanto, se para o órgão fiscalizador este dispositivo era útil, para a classe médica a insatisfação com a concorrência dos práticos, agora sob forma legalizada, não era diminuída.

³⁹⁸ SIE 3002 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1894-1895). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspeção de Higiene do Rio Grande do Sul.

³⁹⁹ SIE 3003 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1895-1896). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul. P. 332.

Do cenário analisado neste capítulo, podemos destacar alguns pontos importantes que nos serviram de base para a condução da segunda parte desta tese. Atuava em Porto Alegre, na segunda metade do século XIX, um número reduzido de médicos (que apesar de não ser insignificativo frente a outras capitais brasileiras), membros da elite que, na sua maioria, se revezavam entre a clínica e outras frentes de atuação pertinentes àquela profissão, inclusive, avançando para outros campos, que incluíam a busca e posse de cargos públicos, políticos e de poder direta ou indiretamente ligados à medicina, ou ainda, sem qualquer relação com àquela ciência.

Esta pulverização da atuação e a busca por cargos de poder, demonstra que os objetivos daqueles médicos iam para muito além da preocupação em atender enfermos, criar uma clientela ou tomar para si o lugar que era, sabidamente, ocupado por curandeiros práticos, ainda que, conforme visto, existia tal interesse. Neste sentido, também se demonstrou muito aparente a busca pela associação e institucionalização da classe profissional médica e medicina (inclusive no âmbito acadêmico-científico) e, disso, os hospitais da cidade (principalmente o da Santa Casa de Misericórdia, o maior da cidade) parecem ter sido visualizados, por aqueles homens, mais como locais potenciais para fortalecimento deste vínculo e objetivos, do que de aproximação com os doentes pobres da cidade, isto, considerando o Hospital da Santa Casa de Misericórdia como local de caridade aos pobres e desassistidos. O maior cuidado com os enfermos naquele local (verificado pelo crescimento das enfermarias, utilização de novas técnicas e, principalmente, pelo decréscimo da mortalidade no hospital na década final do século XIX) se demonstra como intrinsecamente ligado a esta finalidade. Para fora dos hospitais, nada pareceu se modificar, mesmo com o aumento de médicos estabelecidos na capital.

Consequente a isto, denotamos um largo afastamento entre a classe médica e a população como um todo, principalmente, dos estratos mais pobres da população, que não poderiam ter ou contratar um *médico de família*⁴⁰⁰ (este sim, teria condições de acompanhar diferentes fases da vida das pessoas). Continuava aberto, assim, o campo para atuação de curandeiros práticos: estes acompanhariam a população ao longo da vida, saberiam das suas principais angústias e problemas físicos. Aos médicos, caberia atuar em momentos pontuais (incluindo a internação em um hospital), muitas vezes nos momentos finais de vida ou, ainda, somente para realização do aferimento da causa da morte e atestar o óbito.

⁴⁰⁰ Ver: MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. P. 79.

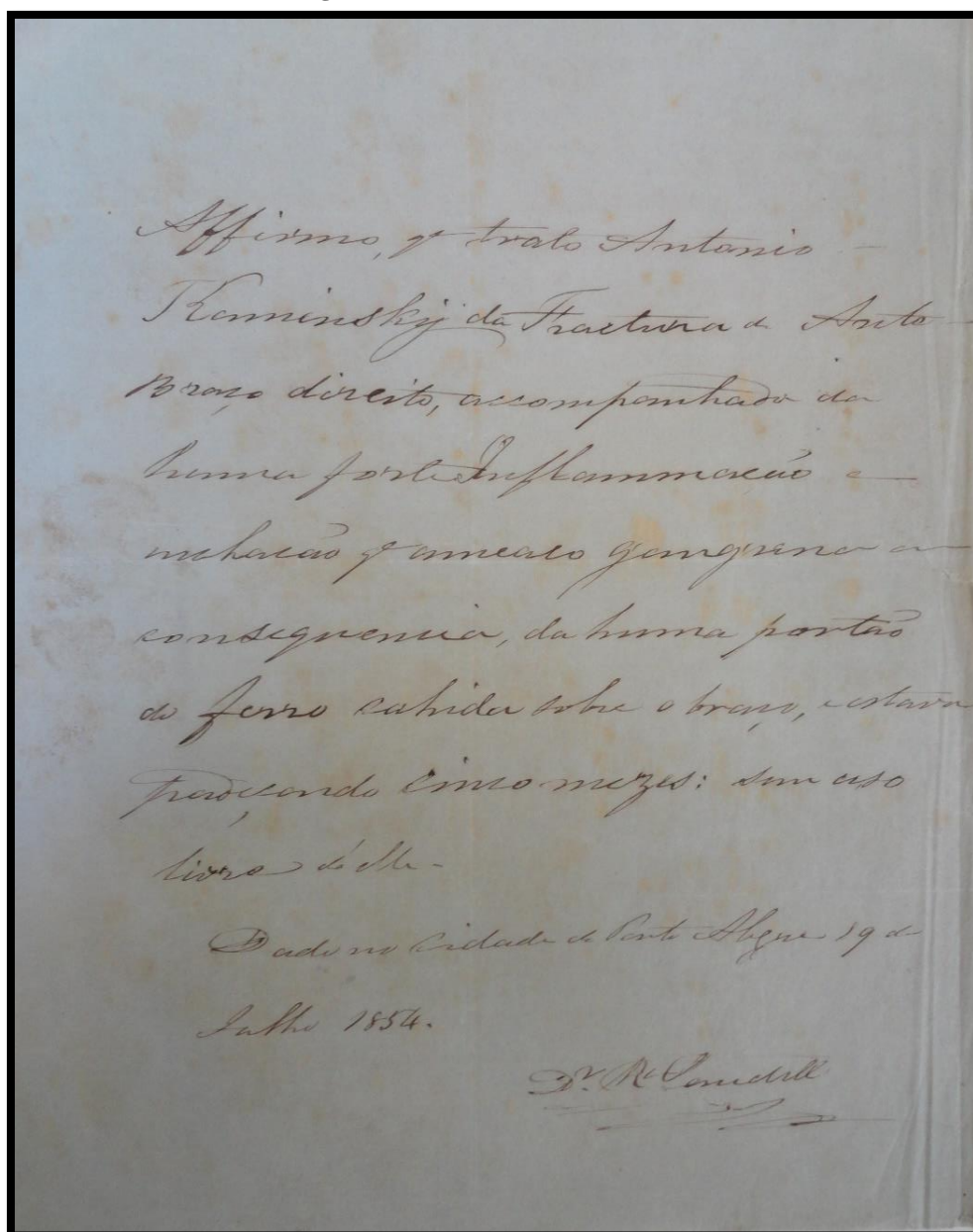
Aliás, conforme analisado, esta frente de atuação – atestar óbitos - parecia se demonstrar muito aquém frente aos objetivos principais da profissão médica. Muitos dos vestígios encontrados (inclusive nos próprios registros de óbitos) indicam que este processo não passava de um simples protocolo, que deveria ser executado, quando possível e nos limites geográficos centrais da cidade, frente à exigência constante na legislação pertinente (considerando ainda que os decretos ofereciam a possibilidade do óbito ser oficializado sem a presença de médico e, em consequência, sem indicação da causa de morte). Disso, teremos muitos casos de mortes sem assistência médica e, decorrente a isso, sem a indicação da causa do óbito. E, quando havia presença médica e a causa era aferida, era descrita de forma muito generalista e econômica que, como ainda trataremos nesta tese, pouco ou quase nada nos diz sobre as reais condições de mortalidade daquela população.

Porém, a verificação sobre a consistência e até mesmo validade dos diagnósticos das causas de morte emitidos pelos médicos não pode ser encerrada neste argumento: é preciso também analisarmos como os exames eram produzidos, as suas possíveis técnicas, e ainda, as relações que poderiam ser estabelecidas entre causa de morte, doenças, condições sociais e raciais, o que também passa pela compreensão sobre como o ensino e a ciência médica pensavam tais questões.

PARTE 2: A PRÁTICA DOS EXAMES DE ÓBITOS E A PERSPECTIVA SOCIORACIAL DA MEDICINA

4 A PRODUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS

Figura 14: Atestado médico - 1854⁴⁰¹



Fonte: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – Fundo: Polícia.

⁴⁰¹ Transcrição do atestado: "Afirmo, que trato Antonio Kaminsky da fractura de ante-braço direito, acompanhada de humma forte inflammação com inchação que ameaça gangrena em consequência de um portão de ferro cahido sobre o braço, e estava padecendo cinco mezes: sem uso livre dele. Dado na Cidade de Porto Alegre 19 de julho 1854. Dr. R. Landell"

O documento acima trazido, emitido pelo Dr. Landell em 1854, demonstra-se como um raro exemplar de atestado médico remanescente do século XIX, que por sua vez, pode nos demonstrar um diagnóstico de enfermidade mais bem elaborado, se comparado às econômicas e generalistas descrições sobre as doenças e causas de morte contidas nos livros hospitalares e, principalmente, nos livros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia. Isso porque, para além de identificar a enfermidade/causa (gangrena), também acrescenta o fenômeno gerador da doença e o período de desenvolvimento do traumatismo.

A inexistência de atestados de óbitos e a ausência de quantidade significativa de atestados de exames médicos e de outras fontes mais ricas sobre os diagnósticos do século XIX e, por outro lado, os livros de óbitos, providos de informações que, para além de constar a causa de morte, identificam a condição social dos enfermos e mortos, faz com que esta última documentação seja privilegiada pelos pesquisadores, no exame sobre a mortalidade.

No entanto, sobrepondo o que analisamos sobre o distanciamento dos médicos frente à população e as dificuldades que este afastamento impõe para um aferimento mais denso e verossímil sobre a causa, observamos que os livros de óbitos, pelo caráter tão resumido da descrição da causa, pecam no requisito principal almejado por tais pesquisas: compreender as relações entre a causa do óbito e condições sociais de vida e morte, principalmente, quando este entendimento se baseia e confia na ação biológica e física das doenças e causas de morte arroladas nestes documentos.

Com este norte, neste capítulo trataremos sobre a identificação das principais inconsistências dos diagnósticos trazidos nos registros de óbitos. Além disso, em um segundo momento, através de fontes que demonstram como os exames médicos eram conduzidos e produzidos – principalmente por meio exames de corpo delito e autópsias - perscrutaremos sobre o alcance do saber médico neste mister, naquele contexto específico, buscando cogitar sobre as possibilidades dos diagnósticos de óbitos trazerem, ou não, a real causa de morte e os seus significados.

4.1 A CAPACIDADE E PRECARIEDADE INFORMATIVA DOS REGISTROS DAS CAUSAS DE MORTE

Detendo-nos sobre os registros de óbitos e causas de morte neles constantes, faz-se importante, de acordo com o argumento principal deste capítulo, abordarmos as definições das causas contidas que pouco nos informam sobre a condição de saúde real dos indivíduos que foram a óbito. Isto porque, conforme identificado, estas definições, ou melhor, *não definições*, conformam um percentual considerável do total dos registros de óbitos trabalhados por esta pesquisa.

Decorrente a isso, para esta abordagem fizemos uso dos grupos de causas de morte para a organização dos 26.792 registros abordados por esta pesquisa, entre os anos de 1875 e 1895. Lembramos que, conforme exposto no segundo capítulo, o arranjo das informações em grupos se demonstram como metodologia muito utilizada pelos pesquisadores do campo histórico-demográfico de estudos sobre mortalidade, isso, no sentido de proporcionar maior facilidade e dinamismo para a análise dos dados, comumente, observados como reflexos das condições de vida e tipo de doenças.

No entanto, para o objetivo aqui almejado, consideramos que a maior importância e utilidade do estabelecimento dos grupos de natureza das causas está atrelada à possibilidade de se juntar as causas sem definição ou não bem definidas (trataremos a seguir), de forma distinta às demais. Referimo-nos mais especificamente aos grupos: *12 – Causas de morte mal definidas; 13 – Incerto, ilegível ou não mencionada e 14 - SAM (sem assistência médica)*.

Se, como vimos, os óbitos indicados como sem assistência médica nos sinalizam a não participação do médico nos momentos finais dos enfermos, ou ainda, após o óbito, os grupos 12 e 13 apontam diretamente para a precariedade de diversos diagnósticos, bem como, para a falta de evidências que possibilitassem, ao médico, definir uma causa específica.

Abaixo segue relação com os percentuais dos registros de óbitos divididos por grupos:

Tabela 5: Registros de óbitos distribuídos por grupos de causas de morte

<i>1 - Doenças infecto-parasíticas</i>	23,33%
<i>2 - Sistema digestivo</i>	16,57%
<i>3 - Sistema respiratório</i>	7,12%
<i>4 - Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos</i>	4,99%
<i>5 - Primeira infância e malformações congênitas</i>	9,52%
<i>6 - Morte violenta e acidental</i>	1,80%
<i>7 - Sistema circulatório</i>	5,99%
<i>8 - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina</i>	3,54%
<i>9 - Gravidez, parto e puerpério</i>	0,40%
<i>10 - Sistema geniturinário</i>	0,29%
<i>11 - Causas conhecidas (variadas)</i>	2,02%
<i>12 – Causas de morte mal definidas</i>	8,46%
<i>13 – Incerto, ilegível ou não mencionada</i>	1,59%
<i>14 - SAM (sem assistência médica)</i>	14,37%

Fonte: Livros de óbitos de pessoas livres e escravas (1875-1895). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Os últimos três grupos conformam 24,43% do total dos óbitos (6.545 registros), ganhando maior representatividade, inclusive, do que os grupos 1 e 2, que, conforme se observa, juntamente com o grupo 5 (tratando-se do século XIX), como os que mais detêm, quantitativamente, as causas de óbitos. Ou seja, ao tratarmos dos grupos 12, 13 e 14 estamos nos remetendo a ¼ do total de óbitos. Investiguemos mais detidamente cada um destes grupos.

Entre o grupo 12, foram identificadas as seguintes causas com maior representatividade:

Abscessos
Acumulação de fluídos
Adinamia
Albuminúria
Alcoolismo
Caquexia
Choque traumático
Consumpção
Diátese
Escrófulas
Gangrena
Hemorragias
Hérnia
Infecções
Inviabilidade
Morte natural
Repente
Septicemia
Síncope

Úlceras
Uremia

Neste grupo, conforme é possível observar na relação, incluem-se mortes que ocorrem em curto espaço de tempo após o surgimento dos sintomas e, ainda, outras em que não foi possível identificar a causa real ou, ao menos, de forma mais delimitada. Este período que antecipa o óbito seria de cerca de um dia⁴⁰², mas, tendo em vista o contexto do qual estamos tratando, sabemos que poderia ser mais prolongado e estar relacionado ao não acompanhamento de um médico, junto ao enfermo.

Desse modo, de forma sintética, podemos definir as causas deste grupo mais como uma relação de sintomas de enfermidades que levaram ao óbito, passíveis de serem identificados após o óbito – resumindo-se cada registro a somente um sintoma, na maior parte das vezes –, às quais podemos incluir “infecções”, “úlceras”, “escrófulas”, “choque traumático”, “hemorragias”, “acumulação de fluídos” e ainda outras.

E dentro dessa natureza de definição que permite que estas causas sejam identificadas mais como sintomas, também se destaca o caráter generalista desses rótulos, que se demonstram como grandes guarda-chuvas para incorporarem as reais causas de morte, não passíveis de identificação. Destas, podemos destacar a “morte natural”, que ainda hoje é incorporada na CID como causa de morte mal definida⁴⁰³, “alcoolismo”, “inviabilidade” (normalmente utilizada para mortes súbitas de recém-nascidos, mas nem sempre), “septicemia” e ainda outras que não arrolamos na lista acima, mas que estão incluídas no grupo: “morte súbita”, “miséria e velhice”, “maligna gangrenosa”, “intoxicação”, “febrite”, “contusão”, “boubas”, além de diversas outras. Ao total, este grupo comportou 508 causas diferenciadas ou variações de uma mesma denominação, tais como “bacilose”, “bacilose generalizada”, “bacilose visceral” etc.

Para o grupo 13 (*causas incertas, ilegíveis ou não mencionadas*), arrolamos as principais ocorrências identificadas: *causa ignorada; ignora-se a causa da morte; ignora-se a moléstia; encontrado morto na praia do Caminho Novo; entrou moribunda*⁴⁰⁴; *logo ao entrar na S. Casa; na cadeia civil; não consta enfermidade; sem assistência médica ao entrar na S.*

⁴⁰² Assim definido na atualidade. Ver: BRASIL. Governo Federal. DATASUS. Disponível em [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/r95_r99.htm]. Acesso em jan. 2016.

⁴⁰³ Idem.

⁴⁰⁴ Refere-se à entrada no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Casa; sem declaração de moléstia; não consta no certificado a causa da morte; Causa Ignorada (Santa Casa).

Não arrolamos aqui, por motivos óbvios, as causas ilegíveis, também por ser mais uma limitação sobre a condição da fonte e possibilidades de identificação por parte do pesquisador. Notemos que a natureza das causas do grupo 13, por vezes, se confunde com a do grupo 12 (*Causas de morte mal definidas*), no sentido de inviabilizar a sua identificação. Porém, para este grupo, pesam mais os registros que demonstram, realmente, a incerteza quanto à identificação da causa ou a ausência de um médico antes, no momento ou após o óbito.

Ainda que a representatividade quantitativa do grupo 13 seja ínfima em relação ao total dos óbitos, alguns dos registros trazidos são muito ilustrativos no que toca à presença médica e atuação dos médicos na averiguação dos óbitos. As informações “*na S. Casa*”, “*logo ao entrar na S. Casa*”, “*na S. Casa mas não se pôde fazer diagnóstico*”, “*sem assistência médica ao entrar na S. Casa*”, “*Causa Ignorada (Santa Casa)*” nos demonstram, tal como anteriormente observado, que mesmo no maior hospital da cidade, local em que os médicos passavam a tomar como o seu principal espaço de atuação naquele período, poderiam ocorrer óbitos sem verificação ou identificação da causa de morte.

Além disso, a documentação produzida pelo próprio hospital relacionada aos enfermos lá ingressos era carente em dados sobre as causas de internação. Um exemplo é o caso da parda Marcelina, de 68 anos, internada na Santa Casa em dezembro de 1884, por “*velhice*”, tendo falecido mais de dois anos após o ingresso, em fevereiro de 1887, constando no registro do cemitério a mesma causa, como motivo do óbito. Não foram relatadas as complicações de saúde que teriam ocasionado a internação na Santa Casa – que, ao que tudo indica, tratou-se de uma espécie de asilo àquela senhora - ou ainda, o fator principal que teria ocasionado a morte por “*velhice*” (por exemplo, parada cardíaca ou qualquer outra complicação da saúde). Outro caso verificado, dentre tantos outros, é a internação da “*branca*” “*pobre*” (classe sob a qual foi internada) Maria Antônia do Nascimento, em março de 1883, constando no campo de descrição da enfermidade apenas a informação “*gravidez*”, o que não nos permite identificar se Maria Nascimento teria entrado no hospital para a realização do parto ou por alguma complicação decorrente da gravidez⁴⁰⁵.

⁴⁰⁵ LIVRO DE Matrícula geral dos enfermos N.º 5, 1883 – 1893. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Retornando à lista do grupo 13 (*Incerto, ilegível ou não mencionada*), verifiquemos que o registro “*sem assistência médica ao entrar na S. Casa*” ocorreu no ano de 1891 que, como vimos, tratava-se de período em que a Santa Casa havia ampliado consideravelmente o número de facultativos. Também verificamos que os registros com as informações “*na S. Casa onde entrou moribunda*” e moribundo se deram nos anos de 1894 e 1895 e, “*na S. Casa mas não se pôde fazer diagnóstico*”, em 1894.

Nesta perspectiva, na cadeia civil, com o agravante de ser uma instituição que mantinha os indivíduos reclusos e que também contava com atendimento médico e enfermagem providos pela Santa Casa, também poderiam ocorrer óbitos sem a identificação das causas e sendo trazida somente a menção ao local, conforme a observação “*na cadeia civil*”. Se no interior destas instituições a verificação do óbito se dava de forma precária, podemos entender como certo o aumento desta precariedade para as ruas e zonas públicas, bem como, para locais privados.

Não nos deve parecer estranho, assim, o significativo número de mortes identificadas como “*sem assistência médica*” ou insignificativos desdobramentos (tais como “*de repente sem assistência médica*”, “*sem tratamento médico*”, “*inocente sem assistência médica*”), as quais alocamos no grupo 14 (*Sem assistência médica*). Conforme já abordado, tratam-se de mortes em que o contato médico, anterior e após o óbito, não ocorreu. O seu sentido é assim, muito similar ao tomado para a atualidade, conforme indica o DATASUS⁴⁰⁶, ao trazer as identificações do código CID para as causas de morte: “R98 Morte sem assistência. Encontrado(a) morto(a). Morte em circunstâncias nas quais o corpo do(a) falecido(a) foi encontrado e não se pode descobrir causa”. Neste ínterim destacamos, ainda, a informação “*não consta no certificado*” e as suas variações (não consta enfermidade etc.), o que pode nos indicar ausência do médico ou o simples não preenchimento da informação, devido à incerteza quanto à causa, mesmo realizando o exame.

Interligado aos dados analisados até o momento, identificamos que as causas mais representativas do grupo 5 - *Primeira infância e malformações congênitas*, referem-se aos nascidos mortos ou recém-nascidos que foram ao óbito momentos, horas ou poucos dias após o nascimento. Estes compuseram 1.717 registros do total de 2.550, representando 67,33% do referido grupo, ou seja, 6,37% do total (que representa 9,52% do total dos registros).

São algumas das denominações constantes nos registros desse grupo:

⁴⁰⁶ BRASIL. Governo Federal. DATASUS. Disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/r95_r99.htm. Acesso em jan. 2016.

† logo após nascer
 † logo após nascerem
 † logo depois de nascer
 † logo depois nascer
 † momento depois de nascido
 † nasceram mortas
 † nasceu morto
 † nascidas mortas
 † no ato do nascimento
 † por ter nascido fora de tempo
 † poucos momentos depois de nascer
 † uma hora após nascer
 † uma hora depois de nascer

Notemos que algumas das causas arroladas se referem a gêmeos/as⁴⁰⁷. Porém, é importante frisar que entre as causas do grupo 5, para os outros 33,6%, são trazidas diversas doenças ou elementos motivadores do óbito, de forma bem definidas, tais como: “*de mal dos sete dias*”, “*de tétano dos recém-nascidos*”, “*de tétano no umbigo*” e, até mesmo, “*em virtude de antes de nascer sua mãe ser barbaramente espancada*”. Dessas observações, certamente os dados mais genéricos do grupo (que apenas referem o momento do óbito e não uma causa) poderiam ser devidos a uma ou outra destas últimas causas trazidas ou, ainda, a tantas outras.

Porém, talvez por descaso no momento de redigir o atestado ou impossibilidade de definir a causa ou, ainda, por ausência de médico no momento do parto ou para verificação do óbito, as causas são assim trazidas nos livros da Santa Casa de Misericórdia. Tratam-se, assim, de definições que também pouco nos dizem sobre a real causa de morte. Somando esta parte de registros do grupo 5 aos outros três grupos anteriormente examinados (12 – *Causas de morte mal definidas*, 13 – *Incerto, ilegível ou não mencionada* e 14 – *Sem assistência médica*), teremos um total de 30% do total dos registros analisados, dentre todos os grupos de causas.

Porém, não podemos circunscrever a deficiência encontrada na identificação desses óbitos a um possível desleixo na redação do atestado ou em uma provável carência de conhecimento por parte dos médicos sobre as doenças que afetavam os nascituros ou recém-nascidos. Conforme trazido em capítulo anterior, estas mortes se demonstravam como grande motivo de apreensão para o Inspetor de Higiene Protasio Alves, já na década de 1890⁴⁰⁸. Na realidade, tal problema não se resumia ao pensamento do médico gaúcho, mas sim, era

⁴⁰⁷ Que assim foram contabilizados no banco de dados.

⁴⁰⁸ SIE 3001 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893–1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspeção de Higiene do Rio Grande do Sul.

compartilhado pela medicina acadêmica e científica brasileira, conforme expresso por diversos artigos na *Gazeta Médica* e teses de medicina⁴⁰⁹.

De acordo com o verificado, o conhecimento que a ciência médica adquiria e produzia sobre tais doenças, ainda que incipiente na segunda metade do século XIX, não pode ser menosprezado e, muitas das doenças dos nascidos mortos e recém-nascidos hoje conhecidas, foram naquele século descobertas, assim como os seus agentes causadores (tal como o tétano proveniente do corte do umbigo por material não esterilizado ou as mortes decorrentes, simplesmente, pelo parto ter sido executado sem os mais simples requisitos de higiene manual).

Retornando aos registros, a economia de informações referentes à descrição das causas parecia ser o modo de operação comum para a sua confecção. Se para alguns casos identificamos que os registros eram descritos com um pouco mais de definição em relação aos demais, por outro lado, não significa que essa adição era expressiva no que toca à real identificação da causa. Talvez, para o caso desse tipo de óbitos, importasse mais a verificação do período da morte do que, precisamente, a real causa. Ressaltemos que as estatísticas de óbitos importavam muito para os médicos e que, para as duas últimas décadas do século XIX o enfoque estava centrado nas mortes por tuberculose, “nascidos mortos” e “moléstias da infância”⁴¹⁰.

Diante do que identificamos até o momento, as diferenças entre as causas identificadas para ambos os grupos analisados são muito tênues e, quiçá, talvez façam pouco sentido para determinadas análises, de acordo com os seus questionamentos, tais como os realizados por esta tese. Ou seja: nos dizem muito pouco sobre a realidade dos motivos dos óbitos.

Realizadas estas observações quanto aos grupos 5 - *Primeira infância e malformações congênitas*, 12 – *Causas de morte mal definidas*, 13 – *Incerto, ilegível ou não mencionada*, 14 - *Sem assistência médica*, talvez a análise sobre os diagnósticos mais pontuais referentes à definição das causas e, principalmente, das doenças pertencentes aos demais grupos, possibilitem a emergência de elementos mais densos e ilustrativos para a compreensão sobre os significados das causas. Assim, para os demais grupos, chamamos a atenção, primeiramente, para a quantidade de diagnósticos diferenciados trazida dentro dos 20.247 registros

⁴⁰⁹ Conforme analisado por este autor, em pesquisa anterior. Ver: OLIVEIRA, Daniel. 2012. Op. cit.

⁴¹⁰ Tendo como base muitos boletins demográficos publicados na Revista *O Brazil-Médico*. O *BRAZIL-MÉDICO* (Periódico). Rio de Janeiro, 1886-1895. De acordo com o identificado, a preocupação com o alto número de mortes entre os menores de um ano e nascidos mortos foi o grande elemento propulsor da obstetrícia e da hoje conhecida medicina da mulher. Ver: OLIVEIRA, Daniel. 2012. Op. cit.

(descontando assim os grupos 12, 13 e 14), entre os anos de 1875 e 1895: 1.818 causas distintas (e se englobássemos os registros dos grupos 12, 13 e 14, teríamos 2.401 causas distintas).

Esta variabilidade se deve à ocorrência de causas realmente diferenciadas (espécie da enfermidade ou causa), ou ainda, às variações ou diferentes grafias relacionadas a uma mesma enfermidade ou causa. Neste sentido, relacionaremos exemplos sobre estes casos, trazendo algumas das causas que apresentaram maior representação quantitativa.

São as variantes identificadas para a disenteria, indicando o número de casos registrados:

<i>† de dysenteria</i>	336
<i>† de dysenteria aguda</i>	15
<i>† de dysenteria agudíssima</i>	1
<i>† de dysenteria crônica</i>	17
<i>† de dysenteria e anemia cerebral</i>	1
<i>† de dysenteria e coqueluche</i>	1
<i>† de dysenteria e gangrena</i>	1
<i>† de dysenteria grave</i>	1
<i>† de dysenteria hemorrágica</i>	1
<i>† de dysenteria infecciosa</i>	1
<i>† de dysenteria tífica</i>	1
<i>† de dysenteria tifo udiforme [sic]</i>	1
<i>† de dysenteria tóxica</i>	1
<i>† de dysenteria tuberculosa</i>	1

Em seguida, as variações encontradas para *febre*:

<i>† de febre amarela</i>	21
<i>† de febre asmamica [sic]</i>	1
<i>† de febre atáxica</i>	28
<i>† de febre atáxica adinâmica</i>	2
<i>† de febre atáxica nervosa</i>	2
<i>† de febre atípica</i>	3
<i>† de febre biliosa</i>	5
<i>† de febre cerebral</i>	9
<i>† de febre cerebral (Encefalite)</i>	3
<i>† de febre consecutiva</i>	1
<i>† de febre consumptiva</i>	6
<i>† de febre contínuas</i>	1
<i>† de febre de consumpção</i>	2
<i>† de febre gástrica tifóide</i>	1
<i>† de febre héctica</i>	1
<i>† de febre infecciosa</i>	1
<i>† de febre maligna</i>	6

<i>† de febre perniciososa</i>	16
<i>† de febre renitente</i>	1
<i>† de febre renitente biliosa</i>	1
<i>† de febre renitente tifóide</i>	1
<i>† de febre tifo</i>	1
<i>† de febre tífica</i>	79
<i>† de febre tífica atáxica</i>	1
<i>† de febre tífica atáxica adinâmica</i>	1
<i>† de febre tifo atáxica</i>	1
<i>† de febre tifóide</i>	418
<i>† de febre tifóide abdominal</i>	1
<i>† de febre tifóide adinâmica</i>	5
<i>† de febre tifóide atáxica</i>	3
<i>† de febre tifóide atáxica adinâmica</i>	1
<i>† de febre tifóide cerebral</i>	1
<i>† de febre tifóide e adinâmica</i>	1
<i>† de febre tifóide hemorrágica</i>	1
<i>† de febre típica [sic]</i>	1
<i>† de febre tísica adinâmica</i>	1
<i>† de febre verminosa</i>	2

Tendo como parâmetro os grupos de causas de morte, disenteria e febres estão alocadas no grupo 1 - *doenças infecto-parasíticas*. Abaixo, dispomos os dados sobre as variações de pneumonia, doença que pertence ao grupo 3 - *sistema respiratório*:

<i>† de pneumonia</i>	234
<i>† de pneumonia adinâmica</i>	2
<i>† de pneumonia aguda</i>	3
<i>† de pneumonia bilateral</i>	3
<i>† de pneumonia boubulosa</i>	1
<i>† de pneumonia cancerosa</i>	1
<i>† de pneumonia catarral</i>	9
<i>† de pneumonia crônica</i>	4
<i>† de pneumonia de ápice</i>	1
<i>† de pneumonia do pulmão direito</i>	1
<i>† de pneumonia dupla</i>	61
<i>† de pneumonia dupla atáxica</i>	1
<i>† de pneumonia dupla complicada</i>	
<i>de lesão cardíaca</i>	1
<i>† de pneumonia fibrinosa</i>	3
<i>† de pneumonia gripal</i>	1
<i>† de pneumonia lombar</i>	9
<i>† de pneumonia lombar bilateral</i>	1
<i>† de pneumonia lombar franca</i>	1
<i>† de pneumonia morbilosa</i>	3
<i>† de pneumonia supurada</i>	1
<i>† de pneumonia tífica</i>	4
<i>† de pneumonia tifóide</i>	2

<i>† de pneumonia típica [sic]</i>	1
<i>† de pneumonia traumática</i>	2
<i>† de pneumorragia</i>	1
<i>† de pneumorragia pulmonar</i>	1

Apenas estas três relações de causas, tão variadas, possibilitam–nos um vasto horizonte para análise e tratamento de parte dos nossos objetivos. Primeiramente, enfocando olhar historiográfico para a questão, ao buscarmos a compreensão sobre o real significado dos diagnósticos e ao considerarmos as múltiplas variações para uma mesma causa, poderemos prever uma série de dificuldades aos pesquisadores, que seriam impostas, até mesmo, para um especialista da área da saúde ou medicina. Tal problemática é potencializada, ainda, devido ao afastamento temporal do pesquisador, para o contexto em questão. Ou seja, como investigar ou cogitar sobre as condições de vida e morte de um indivíduo ou grupo, partindo de um simples e limitado diagnóstico, quando as dificuldades para compreender o próprio diagnóstico são imensas, como profundamente demonstrado por Christian Warren e Diana Maul de Carvalho?⁴¹¹.

Muitas destas dificuldades se demonstram quando realizamos os seguintes questionamentos, voltando os olhares para o período analisado: quais estados corporais demonstrariam a ação da disenteria, pneumonia ou de uma febre, para serem assim identificadas? E em outro nível da mesma complexidade: quais seriam as diferenças entre uma disenteria aguda e outra tóxica? Entre uma pneumonia crônica e outra catarral? Ou, das inúmeras febres? O que levou os médicos a definirem tal diagnóstico? E ainda, o que este diagnóstico pode nos dizer sobre a vida pregressa do indivíduo (ou grupo) que foi a óbito por esta determinada causa?

Considerando estas questões, observemos que a compreensão qualitativa sobre somente uma doença ou causa (identificando o elemento etiológico, os sintomas, tratamentos entre outras características) impõe uma série de dificuldades aos pesquisadores, que são potencializadas ao tratarmos de um recorte temporal distante em mais de um século, impedindo assim que possamos compreender a causa/doença, daquele período, à luz dos conhecimentos atuais, conforme demonstrado no capítulo primeiro desta tese, ao delinear o problema de pesquisa. Desse modo, é preciso buscar e esgotar outras fontes disponíveis pertencentes àquela temporalidade.

⁴¹¹ Vide introdução.

Neste sentido, realizaremos um breve exercício sobre os significados da disenteria. No entanto, diferentemente de Carvalho e Warren que buscaram contrapor visões diversas na compreensão de determinadas doenças, atentaremos para a verificação sobre o conhecimento da medicina do período relacionado à doença e à identificação dos elementos que poderiam levar os médicos a diagnosticarem os óbitos como resultantes da disenteria. Visaremos, assim, relacionar este conhecimento ao contexto até então examinado sobre a medicina em Porto Alegre.

O famoso Dicionário Popular de Medicina do século XIX no Brasil, elaborado por Chernoviz assim descrevia a doença:

DYSENTERIA. Moléstia cujos symptomas principaes consistem em freqüentes evacuações de matérias mucosas misturadas com sangue, acompanhadas de cólicas e de um sentimento de ardor no ânus⁴¹².

Os sintomas se demonstram um tanto generalistas, se comparados aos de tantas outras doenças ou distúrbios digestivos que causam diarreia ou “evacuações frequentes”, para uma conclusão acurada sobre se o *distúrbio* foi, realmente, causado por disenteria. Seguindo nas descrições do Dicionário, são trazidos os sintomas de forma pormenorizada:

Symptomas. Sendo a **moléstia pouco intensa**, anuncia-se ordinariamente por algumas **dores do ventre, irregulares**, que pouco augmentam pela pressão. Sobrevem logo **ventosidades nos intestinos**, e declara-se o **desejo de evacuar**: o doente quer obedecer a esta necessidade, faz esforços, e só a muito custo consegue expulsar algumas matérias fecaes líquidas e mucosidades, cuja passagem determinam uma **sensação de calor e dôr viva no ânus**. Estas evacuações **repentem-se até doze ou quinze vezes em 24 horas**, - ás vezes trinta, quarenta vezes, e mais; logo depois não contém mais matérias fecaes, e **são apenas formadas por um muco viscoso e esbranquiçado ou sanguinolento**, misturado ás vezes com serosidade vermelha, com concreções de apparencia membranosa, com sangue puro, bilis e gases; ás vezes, entretanto, matérias fecaes mui duras são expedidas de vez em quando, mesmo **passados muitos dias da moléstia**. Continuam mais ou menos fortes, o tenesmo e os puxos; uma diminuição rápida das forças acompanha esse estado; o rosto faz-se pallido, sobretudo immediatamente depois de cada evacuação; **o pulso torna-se fraco, e ás vezes acelerado**; freqüentemente conserva-se o appetite. **Passados alguns dias, as dores do ventre diminuem, as excreções são menos freqüentes**, e em vez de serem mucosas, tornam-se

⁴¹² CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. V. 1. 6. ed., Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v. p. 887.

fecaes; o doente recobra o somno e o sentimento de bem-estar que tinha perdido; **uma simples diarreia succede á dysenteria, e anuncia um restabelecimento próximo. Tal é commummente a marcha da dysenteria benigna, cuja duração média é de quatro a oito dias. Na dysenteria grave ou maligna, que se manifesta sobretudo nas grandes reuniões de indivíduos, nos acampamentos, navios, prisões, hospitaes, cidades sitiadas,** etc, as dores abdominaes são muito agudas a vontade de evacuar é, por assim dizer, contínua, e alguns doentes **fazem-n'o duzentas vezes por dia.** A matéria das evacuações é serosa, quasi sempre misturada com muito sangue, ás vezes com pus; tem côr escura ou negra, e quasi sempre um cheiro fétido insupportavel. Desde o principio, o doente é obrigado a ficar de cama, as suas forças são promptamente aniquiladas, e o rosto tem a expressão de uma alteração profunda. A sede é viva, e apenas se engole a bebida, manifestasse a necessidade de evacuar: o pulso fica ás vezes freqüente, porém as mais das vezes sem aceleração alguma; a pelle torna-se secca e áspera. O aspecto cadaverico do rosto, os soluços, a inchação do ventre, a cessação das dores, o esfriamento das extremidades, a fraqueza e a insensibilidade do pulso annunciam a morte próxima⁴¹³.

Desta descrição, a qual fizemos questão de transcrevê-la por inteiro devido a sua profundidade e minucia, destacamos em negrito os aspectos dos quais identificamos como mais significativos referentes à análise pretendida, ou seja, os que se referem aos sintomas mais aparentes, à marcha temporal da doença e, ainda, aos aspectos sobre os lugares sociais de manifestações, dentre as suas variáveis.

No que se refere às formas da disenteria, observamos a distinção entre disenteria benigna e a grave ou maligna. Nos registros de óbitos examinados, há a descrição de somente um caso da forma “grave” da doença. Isto seria devido à rara ocorrência desta forma da enfermidade em Porto Alegre ou a forma grave estaria incluída na descrição “disenteria” e, desse modo, compondo os 336 casos desta definição? Ou a forma infecciosa e/ou a hemorrágica poderiam ser concebidas como a forma grave, ainda que não constassem no Dicionário Chernoviz? Ou ainda, a descrição composta seria realmente uma variação da doença ou apenas um preciosismo por parte do médico que verificou o óbito?

Tendo em vista tais indagações e a descrição de Chernoviz sobre os locais sociais em que a disenteria maligna se manifestava, investigamos em nossos registros a relação entre os óbitos por disenteria e os locais de ocorrência da morte. Enfocando a disenteria grave, a única menção sobre esta forma da moléstia nos registros de óbitos se referia à morte de um menino branco de dois meses de idade, falecido na primavera de 1891, sepultado entremuros, ou seja, a parte mais nobre do Cemitério da Santa Casa. Dos óbitos por disenteria ocorridos na cadeia

⁴¹³ Grifos nossos. CHERNOVIZ, op. cit. p. 887.

pública de Porto Alegre, identificamos nove casos, oito definidos como “disenteria” e um como “disenteria aguda”. Desses dados não foi possível identificar um local privilegiado para a ação da doença, sob uma forma específica.

Os sintomas arrolados por Chernoviz se demonstram um tanto generalistas no sentido de poderem se referir a diversas outras doenças ou distúrbios digestivos, ou seja, não se resumem à ocorrência da disenteria. Disso, devemos considerar que para se chegar à definição acurada da causa, seria preciso acompanhamento do médico junto ao enfermo de, pelo menos, alguns dias. Aliás, seria somente através da proximidade entre médico e enfermo (e análise contínua sobre o doente) que se daria a possibilidade de identificar a variação exata da enfermidade que pouco se diferenciava para além da intensificação dos sintomas e do período de ação.

Neste sentido, o que parece ser um tanto lógico, a disenteria na sua forma benigna talvez fosse identificada somente após o desaparecimento completo dos seus sintomas, ao final do período de quatro a oito dias (sem óbito, é claro). Este poderia ser o possível motivo da forma benigna não ter sido relacionada nos registros analisados. No entanto, nem mesmo nos registros de enfermos do hospital da Santa Casa de Misericórdia, local em que teríamos enfermos curados da disenteria, encontramos a descrição da variável benigna da doença.

Aliado a estas percepções, como vimos em capítulo anterior, tudo nos leva a entender que para grande parte dos atestados de óbitos emitidos o médico não teria conhecimento aprofundado - e acompanhamento próximo - sobre o histórico do indivíduo que foi à óbito. Este teria ao seu olhar e exame, apenas, o quadro resultante das etapas de uma enfermidade, que deveria ser presumida através de poucas evidências corporais e, quiçá, de narrativas de familiares e amigos do indivíduo morto sobre o estado mórbido antecedente à morte.

Trazendo estes dados para o debate historiográfico relacionados aos estudos sobre mortalidade, chamamos a atenção de que os sintomas descritos por Chernoviz, conectados aos registros de óbitos, podem fazer mais sentido para o pesquisador do que para o próprio médico, no seu contexto de ação, ao avaliar um enfermo. Isto devido aos pesquisadores tomarem o registro da causa como inequívoco ao tentar ponderar sobre o quadro e contexto de vida que levou o indivíduo ao óbito. Ou seja, no modo de operação comum dos pesquisadores, dá-se um tratamento inverso à questão, que pouco se preocupa com a realidade de ação dos médicos, ao diagnosticarem o motivo do óbito: parte-se da identificação e descrição do óbito para a verificação das causas e do contexto social e geográfico de ação das doenças.

Neste sentido, como exemplo, ao fazermos uso da mesma enfermidade, são trazidas as suas causas, de acordo com Chernoviz:

Causas. As causas mais ou menos directas da dysenteria são numerosas. Em primeiro lugar devem apontar-se as temperaturas elevadas; assim, nos países quentes esta affecção, é, com as moléstias do figado, uma das que occasionam maior mortandade. Os calores que sucedem ao frio humido, produzem frequentemente a dysenteria. As outras causas são: o uso de comidas indigestas; as carnes que tiverem soffrido uma fermentação pútrida, ou que procederem de animaes doentes; as águas estagnadas e lodosas, a ingestão de substancias improprias á nutrição, as indigestões repetidas, um simples erro de regimen nos convalescentes, emfim, o abuso dos purgantes. Uma causa não menos poderosa, que todas as precedentes, consiste nas emanações fétidas e infectas que se exalam das substancias animaes em putrefacção, ou que se levantam das dejecções alvinas de homens affectados de dysenteria e reunidos em logares estreitos, como prisões, hospitaes e navios. A roupa molhada no corpo por algum tempo, o frio humido, sobretudo nos pés, o sono ao ar durante a noite, a residência em logares baixos e pantanosos, tornam-se também causas de dysenteria. Reina ás vezes debaixo da fôrma epidêmica; isto é, ataca grande numero de indivíduos, e principalmente quando existe grande calor com muita humidade: a sua causa é em tal caso a influencia atmospherica.

Dada a imensa variabilidade das possíveis *causas* da *causa* do óbito, interligam-se as duas variantes do problema investigado: uma ligada às dificuldades dos médicos para identificação da causa e, a outra, ligada ao uso desse produto pelos pesquisadores, que procuram identificar, a partir das causas, as condições de vida e morte de dado indivíduo ou grupo social. No entanto, a segunda variante é dependente da primeira, o que legitima os pontos de atenção e cuidados aqui identificados (sobre como os registros de óbitos e suas informações são produzidas), tão necessários às pesquisas que fazem uso dos diagnósticos.

O problema se agrava quando a causa descrita é binária ou múltipla, em termos de comportar mais de uma possibilidade de enfermidade: “*dysenteria e gangrena*”; “*dysenteria e coqueluche*”; “*dysenteria tífica*”; “*dysenteria tuberculosa*”. O olhar trazido para os diagnósticos pode ser direcionado para muitas das demais causas trazidas nos registros, além da dysenteria. A causa *febre*, por exemplo, se demonstra como definição um tanto problemática dentro do enfoque buscado, já que pode ser identificada e analisada como uma doença específica ou um sintoma ou uma junção entre sintoma e enfermidade. Pode, também, comportar mais de uma enfermidade.

O exame da pneumonia, tal como vimos, auxilia a agravar este problema dada a sua imensa variabilidade e a junção de enfermidades em uma mesma descrição: “*pneumonia*

dupla”, registro em que a pneumonia se demonstra como a própria doença causadora do óbito, “*pneumonia tifoide*”, “*pneumonia gripal*” e, ainda, “*pneumonia dupla complicada de lesão cardíaca*”, registros em que, para ambas, a “pneumonia” é consequência de outra enfermidade.

Ressaltamos que estas considerações podem ser aplicadas a ainda diversas causas de mortes trazidas nos registros de óbitos, dentre os grupos de causas e enfermidades: enterocolite (crônica, grave, hemorrágica, ulcerosa, aguda etc.), gastroenterite (aguda, crônica, infecciosa, ligada à denteição etc.), meningite (aguda, cerebral, purulenta etc.), tétano (espontâneo, traumático, traumático consecutivo, traumático superagudo etc.), varíola (confluyente, enterite variolosa, hemorrágica, puerperal etc.), tifo (cerebral, atáxico, hemorrágico, pulmonar etc.) e muitas outras.

As mortes pertencentes ao grupo 6 - *Morte violenta e acidental*, ainda que tenham baixa representação no total dos óbitos registrados em Porto Alegre e que não se refiram ou sejam decorrentes de doenças, podem nos oferecer elementos para aprofundarmos ainda mais, as fragilidades dos registros de óbitos e diagnósticos produzidos, nos sentidos até então trazidos. Isto porque, conforme observado das investigações de Paulo Moreira⁴¹⁴, algumas das causas contidas neste grupo são provenientes de crimes e, por isso, podem também ser contrapostas e analisadas a partir de documentos relacionados à esfera judiciária.

Em 30 de março de 1875 deu entrada no Cemitério Municipal, trazido pelo carro número 6 da Santa Casa, para ser enterrado na sepultura 1.979 e sob o registro 6.238, o corpo do “preto” escravo Miguel, de 65 anos de idade. O seu atestado de óbito indicava como causa de morte “Adynamia”. Conforme Chernoviz:

ADYNAMIA. Reunião de certos symptomas que apparecem nas moléstias graves. Estes symptomas são: abatimento da physionomia, dificuldade ou impossibilidade de mover-se, diminuição da intelligencia, fraqueza do pulso, paralyisia da bexiga, máo cheiro das evacuações, etc. Combate-se o estado adynamico, no seu principio, com as limonadas de limão, de laranja; outras vezes, com um purgante. No segundo período empregam-se os medicamentos tônicos e estimulantes, o vinho de quina, o Quinium Labarraque, a camphora, o almiscar, a serpentaria de Virgínia, a valeriana, a noz moscada, etc.⁴¹⁵

⁴¹⁴ MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. “Portanto, os senhores exigindo dos escravos mais do que podem, cometem homicídio”: vida e morte de indivíduos cativos nos oitocentos através dos registros de óbito (Porto Alegre/RS). *Espaço Plural*, nº 22, 2010.

⁴¹⁵ CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. V. 1. 6. ed., Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v. p. 47.

Notemos que, conforme já visto para diversas outras causas, trata-se mais de um sintoma do que uma causa de morte específica. Além disso, poderia ser um sintoma relacionado à ação dos mais diversos tipos de doenças e causas. Recorrendo ao processo crime número 3.603, do ano de 1875, teremos as seguintes informações:

Processo crime Ano: 1875 – Processo n^o: 3603. Ré: Inácia Affonso Alves Barreto. Vítima: Miguel, solteiro, preto, 65 anos, África, Sra. Francisca de Souza Pinto. Crime: Homicídio. Descrição: A ré foi acusada de, no dia 25 de março, espancar Miguel com uma acha de lenha e de pisar sobre os seus testículos causando-lhe uma erisipela e, em decorrência, a morte. Conclusão: Improcedente⁴¹⁶.

Diante da descrição do processo, recorreremos novamente ao Chernoviz:

ERYSIPELA. Inflamação da pelle, caracterizada pela côr vermelha, inchação e dôr da parte affectada. Causas. As causas que as mais das vezes produzem a erysipela são: a insolação, os atritos duros e repetidos, um calor vivo, as picadas com instrumentos impregnados de matérias animaes em putrefacção; as pancadas, as contusões, emfim tudo que pôde irritar violentamente a pelle. As affecções fortes da alma, um pezar profundo, um accesso violento de cólera pôde occasional-a ás vezes. Produzem-n'a também alimentos grosseiros, carnes putrefactas, as comidas muito apimentadas, o abuso dos licores espirituosos e os excessos de mesa. Mas a causa do maior numero de erysipelas ainda está encoberta da mais completa obscuridade. A erysipela ataca com preferencia as pessoas de pelle fina e delicada. Esta moléstia é mui commum no Rio de Janeiro, e esta freqüência depende da influencia do clima⁴¹⁷.

De acordo com as informações transcritas, não podemos pensar que qualquer uma das causas trazidas nos documentos, resultantes da violência sofrida por Miguel, estejam equivocadas. A erisipela teria sido causada por pancadas e, a adinamia se demonstraria como um estado também decorrente das pancadas. Observemos que para o registro do óbito foi descrita a causa mais abrangente, ou ainda, apenas os sintomas da causa. Na ausência de

⁴¹⁶ RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Administração e dos Recursos Humanos. Departamento de Arquivo Público. *Documentos da escravidão: processos crime: o escravo como vítima ou réu* / Coordenação Bruno Stelmach Pessi e Graziela Souza e Silva – Porto Alegre: Companhia Rio-Grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2010.

⁴¹⁷ CHERNOVIZ, op. cit. p. 1000.

processo crime, jamais saberíamos o motivo causador da adinamia, o que leva o pesquisador à incluí-la no grupo 12, que abarca as *causas de morte mal definidas*.

Outro exemplo próximo ao de Miguel, é o de José Gomes dos Santos Amorim, de cor branca, Irmão da Santa Casa de Misericórdia, 35 anos de idade, com o seu óbito registrado em 6 de outubro de 1883, tendo como causa determinada “syncope”. Conforme o dicionário Chernoviz, a descrição de “syncope” orienta para a verificação de “desmaio”, demonstrando-se, assim, como sinônimos:

DESMAIO, Deliquio, Syncope. Por estes três nomes designa-se a perda mais ou menos completa dos sentidos e do movimento. No desmaio e no deliquio, a respiração e os movimentos do coração continuam a exercer-se, porém n'um grão muito mais fraco do que no estado normal. O desmaio é o primeiro grão da *syncope*, na qual, além da perda dos sentidos e do movimento, existe a cessação completa da circulação e da respiração. Todavia, a fonte d'estes accidentes é a mesma, reside na diminuição ou suspensão dos movimentos do coração; e estas três palavras, desmaio, deliquio e syncope, são frequentemente tomadas, na linguagem commum, como synonymos.

A “syncope” se demonstra como um caso agudo de generalização da causa do óbito. No processo crime 1.745 do ano de 1883, consta a seguinte descrição: “Ano: 1883 – Processo n°: 1475. Réu: Manoel, preto, Sr. Antônio Soares Lima. Vítima: José Gomes dos Santos Amorim. Crime: Homicídio. Descrição: O réu foi acusado de, no dia 5 de outubro, ferir a vítima com instrumento cortante”⁴¹⁸. De forma próxima, temos ainda a morte do escravo pardo Atanásio, trabalhada por Paulo Moreira⁴¹⁹, identificada nos registros de óbitos como “ferimentos” e no processo crime como vítima de uma facada.

O que levaria o(s) médico(s) a descreverem tais diagnósticos ao atestarem os óbitos? Por qual motivo não teria(m) também relatado o real elemento causador, tendo em vista que em outros registros (do mesmo grupo, inclusive) encontraremos descrições compostas indicando a causa? Neste sentido destacamos, a título de exemplo, o óbito de Venância Maria da Costa, de cor parda, 30 anos de idade, registrado no Cemitério da Santa Casa aos 18 dias de março de

⁴¹⁸ GOVERNO do Rio Grande do Sul. Secretaria da Administração e dos Recursos Humanos. Departamento de Arquivo Público. *Documentos da escravidão*: processos crime: o escravo como vítima ou réu / Coordenação Bruno Stelmach Pessi e Graziela Souza e Silva – Porto Alegre: Companhia Rio-Grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2010.

⁴¹⁹ MOREIRA, Paulo Roberto S. “Portanto, os senhores exigindo dos escravos mais do que podem, cometem homicídio”: vida e morte de indivíduos cativos nos oitocentos através dos registros de óbito (Porto Alegre/RS). *Espaço Plural*, n° 22, 2010.

1877, apresentando como causa, “ferimentos de arma branca”. No processo crime 1.319 de 1877, consta a seguinte descrição do caso: “Crime: Homicídio. Descrição: O réu foi acusado de, no dia 17 de, ferir Manuel da Costa e assassinar Venância”⁴²⁰.

Tais informações podem nos levar a pensar na hipótese de não haver maiores preocupações, por parte do médico, para a definição pormenorizada ou mais detida, sobre a causa dos óbitos. Tendo em vista a amplitude do recorte temporal do qual fizemos uso dos registros e também devido ao caráter serial da fonte, foi possível observar a regularidade e irregularidades, neste sentido. Esta maior ou menor preocupação na descrição completa ou mais acurada da causa parecia depender, para além do desconhecimento real dos elementos causadores do óbito devido ao não acompanhamento do enfermo, também da *vontade* individual do médico.

Estes dados, no seu conjunto, também nos fazem pensar que o exame de óbito talvez não passasse de uma mera formalidade, exigida pela legislação e o seu uso direcionado, principalmente, para a composição de estatísticas (que passavam cada vez mais a ganhar relevância naquele período⁴²¹) ou, ainda, para a verificação/notificação de doenças epidêmicas que poderiam oferecer risco à população. Tais apontamentos nos levam, ainda, a traçar um panorama de extrema fragilidade quanto à validade desse procedimento exercido pelos médicos no período, bem como, ao poder explicativo dos registros das causas, para a compreensão da ação das doenças e, junto a isso, das condições de vida e morte de indivíduos e grupos sociais.

Neste sentido, algumas passagens encontradas nos relatos das Inspetorias de Saúde Pública/Higiene, contidas nos relatórios dos Presidentes da Província, são ilustrativas. Em 1867 o nosso já conhecido Inspetor Dr. Manoel Ubatuba relatava, ao tratar sobre a epidemia que atingiria Porto Alegre, naquele ano:

Como declarei a V. Ex. em meu ofício de 9 de março, [...] estava todavia a mortalidade até o dia 5 do dito mês no seu termo regular; no dia 6, porém, houveram seis enterramentos, no dia 7 houveram 7. No dia 8 subiu a 9, desde então, o que a esperança fazia crer que não tomasse maior incremento do que teve nos anos anteriores foi em aumento conforme se vê do mapa n. 1. **Destes 22 enterramentos 9 foram de cólera, 1 de tifo, e 3 de diversas enfermidades; assim foram classificados, e apesar de dever aceitar a classificação, ainda eu e alguns de meus colegas não havíamos observado até então caso algum bem caracterizado. Quando observei o primeiro, convidei a alguns colegas para constata-lo, e dei parte à V. Ex. Foram**

⁴²⁰ GOVERNO do Rio Grande do Sul. 2010. Op. cit.

⁴²¹ Conforme observado nos relatórios governamentais e revistas médicas.

depois sucedendo-se outros com todo o cortejo de sintomas sem exceção de um só, produzindo a mortalidade que se conhece no respectivo mapa (n. 1)⁴²².

Eis um raro relato sobre o papel dos médicos e as suas percepções sobre a realização dos exames da causa morte e a sua definição. Notemos que Ubatuba, ainda que de forma suave, coloca em cheque os diagnósticos realizados pelos seus colegas médicos da cidade. Dentro disso, também é demonstrado que as classificações coletadas pelo Inspetor têm as mesmas limitações dos registros (descrição sucinta da causa) dos livros da Santa Casa de Misericórdia, sendo, provavelmente a fonte de onde as autoridades do período coletavam tais informações.

Podemos ainda, a partir das informações acima trazidas, pensar que a evidência ou suspeita de uma epidemia fizesse com que os médicos estivessem mais atentos aos sintomas dos enfermos, buscando assim, prever e ensaiar medidas de combate à determinada doença. Entendemos que este acompanhamento da marcha da doença e epidemia por meio da sua manifestação pudesse qualificar a verificação da causa para aqueles períodos. Desse contexto específico é ainda possível pensar, por outro lado, que os médicos poderiam também diagnosticar o enfermo como afetado pela epidemia em questão dado o aparecimento de um sintoma similar ao da doença, ou ainda, talvez mais facilmente, quando já encontrado morto, a partir de algumas evidências corporais.

Neste sentido, tendo em vista que o Dr. Ubatuba se referia à epidemia de cólera, é interessante trazermos os sintomas da enfermidade, segundo Chernoviz:

Symptomas. A forma mais leve do cholera é caracterizada pela fraqueza, perda de appetite, sede; dores no ventre, borborygmos estrondosos, e diarrhea amarella ou esbranquiçada, e fétida; ha além d'isso abatimento, insomnia, suores, desmaios, calefrios vagos e irregulares; o pulso é regular ou algum tanto acelerado. É á reunião d'estes symptomas que se dá o nome de cholarina. É, por assim dizer, o primeiro período da moléstia. Estes symptomas persistem mais ou menos tempo; podem não durar senão um dia ou prolongar-se além de uma semana; podem terminar quasi immediatamente pela cura, ou ser substituídos pelos symptomas do cholera grave. Os casos em que os vômitos vem ajuntar-se á diarrhea, e que consistem em matérias esbranquiçadas, semelhantes ao cozimento de arroz, representam a transição entre as fôrmas mais leves do cholera e as fôrmas mais graves. Quando o cholera está inteiramente declarado, a sede e viva, as bebidas frias são tomadas com avidez; o ventre está mais ou menos retrahido; é pouco sonoro; existem eólicas, que a compressão augmenta. O doente lança pela bocca matérias

⁴²² Grifos nossos. RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1867. Op. cit. Anexo.

brancas; evacuações alvinae aparecem simultaneamente. As matérias intestinaes, a principio amarelas e fétidas, tornam-se brancas e inodoras. Estas evacuações repetem-se com curtos intervallos. Logo o pulso accelera-se, e chega a 120 ou 130 pulsações por minuto; sua força diminue na proporção da sua freqüência. As pancadas do coração tornam-se fracas; a respiração é penosa, acompanhada de anxiedade, mais ou menos accelerada; os doentes queixam-se de oppressão, de uma espécie de constricção no peito. A lingua esfria; a pelle cobre-se de um suor viscoso; a sede é mais viva. Chegada a este gráo, o cholera offerece uma scena de terror e de compaixão. Aos symptomas acima descriptos ajuntam-se os seguintes: o rosto torna-se roxo ou livido, os olhos afundam-se, manchas azues formam-se sobre os olhos, dessecados por causa da ausência das lagrimas; a pelle toma a côr roxa nos pés, mãos, e ás vezes em alguns pontos do tronco; as extremidades, o nariz, a lingua, e até o hálito, ficam gelados; todo o resto do corpo esfria; a voz é rouca, muito fraca ou inteiramente extinta; o pulso, por sua fraqueza extrema, apenas se pôde sentir; os doentes deixam de urinar; alguns tem convulsões, outros accusam sensação de ardor no estômago e no ventre; grande numero d'elles tem dores abdominaes violentas. Quando a moléstia chega a este gráo de intensidade, a morte é quasi inevitável. A este período da moléstia deose o nome de *cholera algidu*, *cholera azul*. [...] **Os symptomas precedentes não se succedem sempre na ordem que acabei de indicar: assim, o cholera começa ás vezes subitamente pelos symptomas os mais graves que caracterizam o estado algido; diz-se então que o cholera é fulminante**⁴²³.

Da extensa descrição dos sintomas oferecida por Chernoviz, não observamos qualquer evidência corporal que pudesse servir para a identificação da causa, em um corpo encontrado após a morte: não há menção a marcas, apenas a sinais referentes à cor de partes da pele, que bem poderiam ser decorrentes do aspecto de qualquer cadáver, acometido pelas mais variadas causas (tom azulado ou roxo). Assim, seria preciso realizar exame mais minucioso e, dentro disso, também acompanhar parte do processo de ação da doença para ser possível diagnosticá-la de forma caracterizada, tal como indicado por Ubatuba, ao explicitar o motivo da sua desconfiança em relação às classificações trazidas nas estatísticas por ele analisadas.

4.2 A PRÁTICA DOS EXAMES

Diante do analisado, se identificamos certa despreocupação por parte dos médicos com uma descrição menos generalista e mais aprofundada sobre a causa de morte, muito em parte, devido ao modo de operação tomado como padrão para aquele processo (e neste sentido, o próprio espaço destinado à descrição da causa de morte que era muito limitado, tanto na guia

⁴²³ Grifos nossos. CHERNOVIZ, op. cit. p. 580.

como no livro de registro) e às dificuldades para verificação da causa sem ter acompanhado os sintomas progressos à morte, não pudemos avaliar, a partir das fontes examinadas referentes aquele contexto específico, se os médicos possuíam conhecimento e meios que os permitissem, à partir de exame de óbito, chegar à real causa da morte. Considerando ser este elemento de importantíssima relevância para o aprofundamento desta pesquisa, dedicaremos as próximas páginas para a análise da prática das verificações das causas de óbitos, através dos poucos exames de corpos de delito ainda existentes em nossos arquivos, realizados em Porto Alegre, no período enfocado.

Os exames de corpo de delito e autópsias, já desde a década de 1850 (e ainda antes, conforme observado nos exames), deveriam ser realizados por médico com título conferido pelas escolas/faculdades de medicina brasileiras⁴²⁴. Tais exames têm a sua existência ligada à história dos Departamentos de Medicina Legal, que se inicia com a publicação do Código de Processo Criminal (Lei 29 de novembro de 1832), que determinava caber aos Juízes de Paz, responsáveis pela chefia das polícias civis das províncias, a procedência do corpo de delito. Foi desse modo exercida até 1842, quando a Lei 261: “organizou as polícias provinciais e, mediante regulamento, ficou estabelecida a distinção entre a Polícia Administrativa e a Polícia Judiciária, cabendo a esta a incumbência de proceder a exame de corpo de delito”⁴²⁵. Para os casos em que as autoridades policiais fossem notificadas logo após a ocorrência de morte violenta ou suicídio, os exames deveriam ser realizados no local do evento.

No entanto, verificamos que as dificuldades práticas para este processo eram muitas, conforme trazido no capítulo terceiro, por meio do Relatório do Presidente da Província de 1883. Lembremos que, naquela oportunidade, o Chefe de Polícia destacava as dificuldades acarretadas pelo fato daquela repartição não contar com médico próprio para a realização dos exames e autópsias⁴²⁶. Talvez por isso, não deverá parecer estranho que algumas diligências policiais, voltadas para a necessidade da realização de exames ou exumações para fora do perímetro urbano, não contassem com um médico perito, mas sim, com a participação de um leigo ou, até mesmo, um *entendido prático*⁴²⁷. Porém, conforme verificado nas fontes consultadas, estes casos se configuravam como exceções e, mesmo com a inexistência de um

⁴²⁴ DECRETO N° 828, de 29 de setembro de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>].

⁴²⁵ GOVERNO do Rio Grande do Sul. *Instituto Geral de Perícias*: Departamento Médico-Legal. Disponível em: [http://www.igp.rs.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=37]. Acesso em mar. 2015.

⁴²⁶ RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1883. Op. cit. p. 36.

⁴²⁷ GOVERNO do Rio Grande do Sul. *Instituto Geral de Perícias*: Departamento Médico-Legal. Disponível em: [http://www.igp.rs.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=37]. Acesso em mar. 2015.

médico pertencente ou diretamente ligado à polícia, como regra, os médicos eram notificados à prestarem os seus serviços para a polícia, o que nem sempre era aceito se estivessem ocupados com outras atividades. Caso isso ocorresse, outro médico seria notificado.

Os autos de exames de corpo de delito e autópsias seguiam um protocolo de prática e de registro bem definido, porém, com algumas variações, isto, de acordo com o verificado no conjunto de documentos analisados. Estas diferenças estariam ligadas principalmente aos objetivos do exame e em um segundo plano à temporalidade, o que se relacionaria a mudanças pontuais da estrutura do texto e escrita e formas de tratamento das autoridades envolvidas, bem como, referentes aos juramentos, que se diferenciavam entre o período do Brasil Império e República. Ressaltamos, ainda, que não havia limite de páginas destinadas a um exame, o que indica que a duração da sua prática poderia variar muito, de um caso para outro.

Dos processos levantados, percebemos que o procedimento protocolar completo de um exame de corpo de delito ou de uma autópsia, principalmente da década de 1880 em diante, envolvia de uma a cinco peças documentais que formavam o conjunto de um processo (e daí não sabemos se os exames que restaram das décadas precedentes estão completos no conjunto das peças que envolvia cada processo): a primeira, a autuação do corpo de delito, apresentava a data, local, autoridades e pessoas envolvidas; a segunda, a certidão que indicava o despacho de notificação do(s) médico(s) e testemunhas que deveria(m) conduzir e presenciar o exame; o terceiro, o auto do exame, constando as perguntas que conduziriam o exame, a descrição dos procedimentos realizados e as respostas dadas pelo(s) médico(s) perito(s). Este, seria assinado por todos os envolvidos no exame. A quarta, que por vezes era alocada ao final da página da terceira peça, em outras, separadamente, se tratava da conclusão oficial do processo, constando a data em que o exame foi entregue na secretaria de polícia; a quinta, mais rara, trazia a tabela dos emolumentos pagos aos envolvidos, incluindo, o(s) médico(s) perito(s). Esta última, foi trazida em somente um dos processos encontrados.

Para a análise aqui realizada, os exames e as autópsias se fazem importantes (ainda que fossem solicitados, mormente, para a verificação de casos envolvendo traumatologias ou mortes decorrentes mais da ação de causas violentas do que de doenças) por ilustrarem as técnicas médicas utilizadas e, dentro disso, demonstrarem parte da extensão e possibilidades do conhecimento da medicina – e dos médicos do contexto específico analisado – para a elucidação das reais causas de mortes. Entretanto, como veremos, alguns processos podem denotar percepções ou contradições diferenciadas sobre a verificação da causa, dependendo do médico envolvido, ao se tratar de uma exumação.

O corpo documental dos exames analisados nesta pesquisa abrange período que vai do final da década de 1840 (mais precisamente a partir de 1847) até a de 1890, preenchido de forma esparsa por 27 processos, sendo eles 22 autos de exames de corpo de delito, um auto de perguntas e quatro autos de autópsia/exumação/exame cadavérico⁴²⁸. Ou seja, estes últimos não demonstravam um padrão específico e, dentro disso, ainda que possa parecer estranho diante das diferentes denominações, o exame sobre um cadáver também poderia ser chamado exame de corpo de delito. Nesta série documental pertencente à Secretaria de Polícia de Porto Alegre encontramos, ainda, dois atestados médicos, um referente ao ano de 1854, trazido ao início deste capítulo e, o outro, pertencente ao ano de 1893. Conduziremos a análise tratando, primeiramente, sobre os exames de corpo de delito e, após, dos exames *post mortem* (assim juntando as diferentes denominações encontradas para os exames após a morte).

4.2.1 Os exames de corpo de delito

Iniciemos por auto de corpo de delito realizado em dezembro de 1847. É ilustrativo e ao mesmo tempo curioso que este exame parece ter sido o primeiro realizado na cidade de Porto Alegre, ainda que não tenhamos fonte direta sobre este dado⁴²⁹. Independentemente desta possibilidade, verifica-se que a sua ocorrência é ainda anterior ao Decreto 828, o que nos demonstra que já era prática usual a convocação de médicos para a realização dos exames de corpo de delito.

Desse exame, participaram os facultativos cirurgiões Porfírio Joaquim de Macedo e Ignácio Manoel Domingues. De Domingues, não encontramos reminiscências da sua trajetória, para além desse processo. Porém, em relação a Porfírio Joaquim de Macedo, verificamos que atuou como médico do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, ao menos, entre os anos de 1847 e 1872⁴³⁰.

⁴²⁸ Na pesquisa empreendida, transcrevemos e analisamos todos os processos de corpo de delito encontrados dentro o período de abordagem. Selecionamos, para a abordagem deste capítulo, os que mais bem demonstravam os procedimentos realizados pelos médicos, bem como, as inconsistências na relação entre os diagnósticos encontrados nos registros de óbito e exames de corpo de delito. Também focamos o olhar para os aspectos sociais e raciais que permeavam os exames, no contexto da escravidão e transição para o trabalho livre, naquela cidade.

⁴²⁹ GOVERNO do Rio Grande do Sul. *Instituto Geral de Perícias*. Op. cit.

⁴³⁰ Ver: LORENZO, Ricardo de. *"E AQUI ENLOQUECEO" - a alienação mental na Porto Alegre escravista (c.1843-c.1872)*. 2007. 264 f. (Mestrado em História). Programa de pós-graduação em História, UFRGS. [2007]. P. 156. Relatórios da Santa Casa de Misericórdia (1855 – 1872). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Tratava-se de exame realizado na pessoa de Siprião de Mello Coitinho da Silva Freire, o qual apresentava ferimento decorrente de uma suposta agressão. Neste auto, são trazidos aspectos interessantes para iniciarmos a análise, dos quais destacamos:

[...] estando ali presente os Facultativos os Cirurgiões Porfírio Joaquim de Macedo, e Ignácio Manoel Domingues por mim notificados para procederem o Corpo de delito e exame da pessoa do paciente Siprião de Mello Coitinho da Silva Freire, que presente igualmente se achava aos quais o dito proferiu o juramento dos Santos Evangelhos na forma da Lei, sob cargo do qual lhes encarregou que bem e verdadeiramente vissem e examinassem o corpo do dito paciente, e declarassem os ferimentos, nodoas, e contusões que encontrassem [ilegível] extensão, e profundidade com que instrumento feitas, e se demonstrava perigo de vida. Aceito por eles o dito juramento, [...] declararam: encontrar huma ferida incurva na região parietal direita, feita com instrumento contundente, tendo de largura uma polegada e de profundidade um terço de polegada, não denotando perigo de vida. E logo pelo Juiz foi perguntado, ao mesmo paciente se sabia quem o tinha ofendido e a que horas, lugar e dia tinha isso acontecido? Pelo mesmo foi respondido, que quem lhe fez aquele ferimento foi um escravo de uma Dona Clara, moradora na rua da Igreja, de nome João Baptista, official de Alfaiate, e que tinha tido lugar a acontecimento na noite de ontem seriam oito horas e meia, na rua de Bragança, esquina da rua do Poço, de que foram testemunhas Francis João Baptista Clemente, Antônio de tal, crioulo, soldado da Guarda Nacional, [...] ⁴³¹

Uma das práticas identificadas ao longo dos anos e que fica já aparente neste auto é a convocação de, ao menos, dois médicos para a realização do exame, mesmo quando este não demonstrasse alta complexidade, como no caso acima descrito. O processo de convocação dos médicos parecia ocorrer de forma ágil, considerando que o exame foi realizado no dia subsequente ao da ofensa, ocorrida na noite anterior. Conforme observado, não se tratava de contusão que demonstrasse grandes dificuldades para a identificação da sua causa. Além disso, este tipo de exame, em que a vítima se encontrava viva, possibilitava a contraposição ou complementação entre a verificação médica e o relato do ofendido. Dentro disso, verificamos que Siprião Freire não indicou qual teria sido o instrumento contundente empregado.

Dentro da linha cronológica dos exames encontrados, o seguinte ocorreu dez anos depois, também em uma pessoa viva: Dona Josefina Amalia Rodrigues. Foi conduzido também por dois médicos, Dr. Luis da Silva Flores e Dr. Manoel José de Campos, “formados em medicina”, conforme consta no auto ⁴³², moradores de Porto Alegre. Neste, as mesmas perguntas

⁴³¹ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 17, caixa 9. 1847. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

⁴³² Ibid.

trazidas no exame anterior, foram realizadas aos médicos: “primeiro, se há ferimento, ou ofensa física. Segundo, qual o instrumento que o ocasionou”. Assim como no outro auto, não são relatados os pormenores técnicos relacionados ao exame realizado sobre Dona Josefina Rodrigues, resumindo-se a descrever que os médicos encontraram algumas contusões e escoriações: uma no olho esquerdo, outra na cabeça (couro cabeludo), outra na região escapular (“eschimoses”), produzidas por instrumento contundente. Notemos que não há questionamento à ofendida, ao menos não no decorrer do exame, sobre como e quem teria produzido os ferimentos.

Os processos dos anos próximos subsequentes também não demonstram maior aprofundamento, seja através dos questionamentos, seja da prática dos exames. Porém, em 1869, cresceu o número e a complexidade das questões realizadas aos médicos. Tratava-se do exame de corpo de delito em Augusta Maria da Conceição, que mostrava ferimentos. Os médicos notificados foram os doutores Porfyrio Joaquim de Macedo (neste processo tendo o seu nome descrito com “y”) e Manoel Martins dos Santos Penna (formado pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1855, tendo também atuado na Santa Casa de Misericórdia, na década de 80).

Aos facultativos foram trazidas as seguintes questões, antes de procederem o exame:

Primeiro, se há ferimento ou ofensa física; Segundo, se é mortal, terceiro, qual o instrumento que a ocasionou; quarto, se houve ou resultou mutilação ou destruição de algum membro ou órgão; Quinto, se pode haver ou resultou essa mutilação ou destruição; Sexto, se pode haver ou resultou inabilitação de membro ou órgão em que fique ele destruído; Sétimo, se pode haver ou resultar alguma deformidade, e qual ela seja; oitavo, se o mal resultando do ferimento ou ofensa física produz grave incomodo de saúde; Nono, se inabilita de serviço por mais ou trinta dias⁴³³.

Sem indicar os procedimentos realizados pelos médicos, o escrivão João Baptista de Sampaio assim descreveu o parecer dos médicos:

[...] duas contusões nas regiões do homoplata tanto direita como esquerda sendo elas acompanhadas de esfoliação da epiderme; Uma outra no terço inferior e antebraço esquerdo com esfoliação, e uma outra contusão no terço

⁴³³ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 17, caixa 9. 1869. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

superior e mesmo antebraço, uma esfoliação no maxilar inferior, do lado direito, cujas contusões forão feitas com instrumento contundente, não denotando perigo de vida, salvo as consequências que possam aparecer, sendo preciso para seu curativo de seis a oito dias; e que portanto respondem; ao primeiro quisito, sim; ao segundo, não; ao terceiro, com instrumento contundente; ao quarto, quinto, sexto, sétimo, oitavo e nono, não; e são estas as declarações que em sua consciência e debaixo do juramento prestado tem a fazer⁴³⁴.

A análise realizada pelos médicos se demonstra muito similar à dos casos anteriores, ou seja, baseada em um exame superficial resumido ao olhar e, talvez, ao toque dos médicos, sem denotar maior complexidade. É claro que não podemos desconsiderar que o exame tenha sido assim procedido devido à natureza dos ferimentos, produzidos por instrumento contundente. Notemos que os médicos também preveem o tempo de recuperação, podendo considerar esta informação como um aprofundamento da nona questão, prevista para a condução da realização do exame. Verifica-se, também, que não houve questionamentos direcionados à ofendida.

Também para o ano de 1869, encontramos outro exame de corpo de delito destinado à verificação de ferimentos, desta vez na pessoa de Amaro Miguel dos Anjos. No entanto, diferentemente do verificado nos exames anteriores, este teria sido produzido por instrumento cortante. Os Doutores Porfyrrio Joaquim de Macedo e Thomas Lourenço Carvalho de Campos (que constava na lista de médicos atuantes em Porto Alegre, para o ano de 1883 e que também fez parte da Comissão de Higiene Pública, em 1854) responderam às questões, assim descrevendo o que examinaram:

[...] uma ferida incisa na região frontal direita tendo de extensão uma polegada e cinco a seis linhas de profundidade interfiriando [sic] o tecido celular, uma outra tão bem incisa na mesma região do lado esquerdo de meia polegada de extensão com quatro linhas de profundidade interfiriando [sic] igualmente o tecido celular, cujo ferimentos foram feitos com instrumento cortante, sendo preciso para seu curativo de quatro a seis dias não constando perigo algum de vida; que portanto responderam: quanto ao primeiro quesito, sim; ao segundo, não; ao terceiro, com instrumento cortante; ao quarto, quinto, sexto, sétimo, oitavo e nono, não = E são estas as declarações que em sua consciência debaixo do juramento prestado tem a fazer⁴³⁵.

⁴³⁴ Ibid.

⁴³⁵ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 17, caixa 9. 1869. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

Infelizmente não consta se os médicos utilizaram instrumentos para examinar as feridas, ou ainda, se o fizeram somente sob forma manual. No entanto, de acordo com o tempo previsto para cura das feridas, presumimos que não fossem muito profundas. Dentro disso, também fica a curiosidade sobre se haviam cuidados higiênicos para a execução do exame. Outros exames de corpo de delito pertencentes ao ano de 1869, que também deram conta de ferimentos produzidos por instrumento cortante e contundente, tiveram pareceres superficiais muito similares aos anteriores.

Já em julho de 1876, identificaremos exame de corpo de delito que parece demonstrar maior complexidade, tendo em vista o caráter da investigação e perguntas formuladas pelo juiz. Isso ao também considerarmos que as lesões identificadas na “crioula menor” denominada Venturosa⁴³⁶ existiam há longa data. Este exame foi conduzido pelos médicos José Bernardino da Cunha Bittencourt⁴³⁷ e Israel Rodrigues Barcellos Filho, que responderam às seguintes questões:

1º, se há o ferimento ou ofensa física; 2º, se é mortal, 3º, qual o instrumento que a ocasionou; 4º, se houve ou resultou mutilação ou destruição de algum membro ou órgão; 5º, se pode haver ou resultar essa mutilação ou destruição; 6º, se pode haver ou resultar inabilitação de membro ou órgão sem que fique ele destruído; 7º, se pode haver ou resultar alguma deformidade, e qual ela seja; 8º, se o mal resultando do ferimento ou ofensa física produz grave incomodo de saúde; 9º, se inabilita de serviço por mais ou trinta dias⁴³⁸.

Do exame, os facultativos identificaram que:

Venturosa, escrava de Antônio José Ferreira Cardoso, encontra-se em toda a parte anterior e posterior do tecido grande número de úlceras já em supuração [sic], sobressaindo pelo seu tamanho duas nos ombros, e algumas nos glúteos e braços, antebraços, face e cabeça, que mostram terem sido produzidas por chicote, ou outro qualquer corpo contundente, que tem feito mutilações, que a tornam defeituosa. As mãos e antebraços se acham extremamente inchados, parecendo ser esta inchação produzida por palmatória. As muitas cicatrizes que além dos ferimentos encontrados, se achão espalhados por toda a superfície do corpo, mostram que os mal tratos de que é vítima esta crioula datam de muito tempo. A vista pois dos ferimentos encontrados,

⁴³⁶ Ao longo do auto de corpo de delito e do auto de perguntas (duas peças do processo) ela também é denominada como Ventura.

⁴³⁷ Que atuou no Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa entre a década de 1870 e 1890.

⁴³⁸ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 17, caixa 9. 1876. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

especialmente nos ombros, e mãos que parecem ter sido feitas há mais de 15 dias, entendem que, se for ela convenientemente medicada, poderá curar de dentro de mais de trinta dias, sem todavia estabelecer-se das aleijões [sic] que se notam nos lábios e cartilagem do pavilhão [sic] das orelhas, e que, portanto, respondem: ao 1º quesito, sim; ao 2º quesito, não; ao 3º quesito, chicote, paio [sic] e palmatória, ao 4º, muito, sim, do pavilhão [sic] das orelhas, lábios e ombros; ao 5º quesito, prejudicado pela resposta já dada ao quarto quesito; ao 6º quesito, não; ao 7º quesito, sim, nas orelhas, ombros e lábios; ao 8º quesito, sim; ao 9º quesito, sim; e são estas as declarações que em sua consciência e debaixo do juramento prestado tem a fazer⁴³⁹.

Identificamos que o exame foi um tanto invasivo para Venturosa, no sentido de expor o seu corpo nu frente a, no mínimo, seis homens adultos, contabilizando o escrivão, delegado, testemunhas e médicos. No que se refere à parte mais técnica de condução do exame, parece também ter se limitado à análise visual dos ferimentos, a partir de manipulação superficial do e no corpo de Venturosa.

No auto de perguntas submetidas à ofendida (neste processo identificada como tendo 12 anos de idade) ocorrido na mesma data do exame, Venturosa respondeu que os ferimentos que carregava haviam sido “praticados por seu senhor Antonio Jose Ferreira Cardoso e sua Senhora Dona Florisbella” e que “era castigada por seus senhores com pau, chicote e palmatória, não escolhendo eles o modo conveniente de o fazer, por esse fim levava ferimentos apresentados por todo o corpo, como aparenta ao [ilegível] tendo do mesmo modo severamente castigada com chicote e palmatória, também por todo o corpo, cujos vestígios bem mostra que está falando a verdade”⁴⁴⁰. Além disso, confirmou que era, há alguns anos “constantemente castigada, por motivos pequenos e insuficientes”⁴⁴¹. A análise médica parece ter sido assertiva em relação às causas dos ferimentos, ainda que todo o contexto não demonstrasse muitas dúvidas em relação a este questionamento.

Conforme verificado, ainda que oportunizem visão mais qualitativa sobre a prática médica e as técnicas utilizadas, os exames de corpo de delito em pessoas vivas, dada à sua operação superficial (sendo esta característica devida aos exames serem utilizados, geralmente, para casos de verificação da existência ferimentos, por sua vez decorrentes de agressões físicas), demonstram-se muito limitados no que se refere às questões propostas para este capítulo. Neste ponto, os exames *post mortem* (referidos como *de exumação* ou *cadavérico*, ainda que também

⁴³⁹ Ibid.

⁴⁴⁰ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 17, caixa 9. 1876. Op. cit.

⁴⁴¹ Ibid.

denominados como *exame de corpo de delito*) possibilitam um passo à frente, sobretudo, por terem como uma das suas principais finalidades, a verificação da causa de morte.

4.2.2 Os exames *post mortem*

Retornando ao ano de 1869, encontraremos três autos interligados, interessantes para os nossos objetivos: um de exame e corpo de delito em uma mulher, um de exumação em um cadáver de uma criança recém-nascida e outro de exame e corpo de delito sobre a mesma criança. A análise sobre estes autos nos possibilitam outro panorama na verificação sobre os exames e as possibilidades do conhecimento médico e das suas técnicas, para chegar à elucidação das questões relacionadas à medicina, que envolviam os casos investigados pela polícia.

Ambos procuravam dar conta da suspeita de uma criança recém-nascida ter sido enterrada ilegalmente. Desse modo, o primeiro auto envolve a mãe da criança, no sentido de verificar se havia indícios de término do período gestacional e de ocorrência do parto; o segundo, de exumação, consistia na busca pelo corpo da criança e verificação da causa de morte e; o terceiro, novo exame para identificar se a criança havia nascido com vida e o motivo da morte.

Ainda que se trate de um processo aparentemente extraordinário tendo em vista, principalmente, o conjunto de investigações que o envolveu, bem como, ser o único desta espécie dentre os exames encontrados, não podemos afirmar que se tratasse de evento incomum para aquele contexto: referimo-nos, mais especificamente, ao enterramento ilegal ou abandono de um recém-nascido ou de um feto.

Os registros de óbitos da Santa Casa denunciam diversos casos de crianças recém-nascidas encontradas mortas (e não somente de crianças recém-nascidas, mas também de outras fases da infância ou da vida adulta) sob as mais variadas condições de abandono dos corpos. Estes casos constavam nos registros tendo em vista que, quando (os corpos) encontrados, eram levados ao Cemitério da Santa Casa de Misericórdia, visando a realização regular do sepultamento.

Desses enterramentos, descrevemos alguns dos casos: o cadáver de uma criança, “encontrada no quintal da casa [...]”, em 1877; o cadáver de outra criança com pouco tempo de

vida, “encontrada na praia da rua Voluntários da Pátria” em 1878; uma criança nascida morta “encontrada morta no Beco Firme”, filha de uma escrava, em 1881 e ainda tantos outros, encontrados mortos⁴⁴². Desse modo, em um segundo plano de análise, os três autos mencionados nos possibilitam também observar alguns dos elementos que cercavam a existência desta espécie de registros, desde a sua origem.

Aos dezoito dias de novembro de 1869, na Secretaria de Polícia localizada na capital Porto Alegre, estavam presentes o Escrivão João Baptista de Sampaio, o Delegado de Polícia Capitão Cláudio José Monteiro, os Peritos “Doutores” Joaquim Pedro Soares e Ricardo Ernesto Heinzelmann, mais duas testemunhas e, por fim, Maria José Pereira, que sofreria o exame de corpo de delito. Joaquim Pedro Soares, conforme vimos, juntamente com a profissão de médico, exerceu o cargo de Inspetor de Saúde Pública tendo também ocupado o posto de maior importância na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, ou seja, o de provedor. Ricardo Ernesto Heinzelmann⁴⁴³, de acordo com o verificado, constava na relação dos profissionais habilitados perante a Inspetoria de Higiene de Porto Alegre, em 1886.

Os médicos deveriam responder aos seguintes quesitos: “Primeiro, se a mulher presente havia estado grávida; segundo, que tempo teve de gravidez; terceiro, há quantos dias deu a luz a feto”⁴⁴⁴. Trata-se, assim, de exame que foge, muito, dos casos anteriormente analisados. Neste, não constam os procedimentos realizados, mas, na declaração dos médicos peritos, ao responderem às questões, são demonstrados alguns indícios sobre as técnicas por eles utilizadas:

[...] ao primeiro quesito, sim; Encontramos os lábios e a vulva engugitados [sic]: a vagina bastante flácida e umidecida por um líquido bastante avermelhado, sangue: o colo do útero tinha perdido a sua forma regular; os seus lábios abertos, não franjados, e permitirão a introdução da falange do indicador: o útero balançava livremente na cavidade pulviana. O ventre apresentava largas feridas que subiam até o umbigo em direção até as coi[ilegível]. Os glândulos [sic] mamários não tangivos [sic], e forneciam leite. Concluímos pois que tinha havido prenhes, e expulsão de um feto viável; e que já havia ocorrido, pelo menos oito dias da expulsão do feto; e que quanto ao segundo e terceiro quesito, ficam respondidos na resposta do primeiro; e

⁴⁴² LIVROS DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1875-1900). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁴⁴³ Teria se formado como Doutor em Medicina pela Universidade de Berlim (sem data). Submeteu-se aos exames do Império do Brasil para fins de validação do seu diploma estrangeiro, em 1846, tendo, neste ano, recebido o seu título de verificação de diploma de Doutor em Medicina. WIKITREE. Ernst Richard Heinzelmann's doctor title in Brazil. Disponível em: [https://www.wikitree.com/photo/jpg/Heinzelmann-34]. Acesso em nov. 2015.

⁴⁴⁴ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1869. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

são estas as declarações que em sua consciência debaixo do juramento prestado têm a fazer⁴⁴⁵.

Das linhas descritas pelo escrivão Sampaio, baseadas nas declarações de Soares e Heinzelmann, constatamos que Maria José Pereira foi submetida a um exame corporal extremamente invasivo e minucioso, aliás, neste ponto, muito mais em relação aos demais corpos de delito verificados até o momento. Infelizmente, assim como nos exames anteriores, não são demonstrados os materiais/instrumentos dos quais os médicos fizeram uso. Aliás, se levarmos em consideração somente a descrição acima, poderíamos pensar que todo o exame foi conduzido somente sob forma manual, principalmente, tendo em vista o procedimento de introdução do dedo indicador na vagina da examinada. Disso, como não são relatados os demais procedimentos que circulavam o exame, não temos ideia sobre às condições de higiene em que se dava tal procedimento.

Também não é informado o tempo de duração do exame, o que possibilitaria melhor ideia sobre o rigor dos procedimentos e se havia maiores reflexões, por parte dos médicos, a partir das verificações realizadas. Sobre este último ponto, não identificamos ponderações ou possibilidades de dúvidas nas respostas: são diretivas, assertivas, demonstrando-se alinhadas com as técnicas previstas e utilizadas e com os conhecimentos que os médicos detinham, sobre o funcionamento do corpo humano. Do exame, observamos que o conhecimento médico permitia, através da verificação sobre os estados corporais, identificar o término de uma gravidez com o nascimento da criança, mesmo alguns dias depois do parto, como ficaria ainda mais evidenciado, através dos outros dois autos relacionados ao exame sobre Maria José Pereira.

No dia seguinte, 19 de novembro, o Escrivão João Fernandes Lima, o Subdelegado de Polícia Joaquim Pereira de Macedo Couto, duas testemunhas e os peritos notificados João Francisco de Borba e Vasco Fernandes Lima, partiriam em diligência à Freguesia de Pedras Brancas, localizada na zona rural de Porto Alegre, para execução do auto de exumação do cadáver da criança supostamente nascida há poucos dias, isto, de acordo com a verificação realizada pelos doutores Soares e Heinzelmann. Destaca-se que os peritos notificados para o auto de exumação eram moradores daquela respectiva freguesia e não tinham o título de

⁴⁴⁵ Ibid.

médicos: eram leigos no mister exigido para aquela missão, tendo sido trazidos no auto como “não profissionais”.

Pedras Brancas foi elevada à Freguesia em 1857 e localizava-se à frente do centro da cidade, à margem sudoeste do Lago Guaíba. Ou seja, requeria deslocamento por terra e água, à uma distância de cerca de 15 Km do perímetro central de Porto Alegre. Em tempo, notemos que nem o delegado responsável pelo caso (incluindo o escrivão do auto de exame em Maria José Pereira) participariam da diligência à Pedras Brancas, possivelmente transferida para os profissionais da jurisdição da delegacia pertencente àquela freguesia. Dentro desse contexto de transferência de mãos relacionadas ao processo, poderíamos também presumir que médicos daquela localidade devessem ser convocados para servirem de peritos. Porém, conforme trazido, isto não ocorreu, possivelmente, devido à ausência de profissionais da medicina naquela cidade.

A investigação, já em Pedras Brancas, fora iniciada com a ordem do Subdelegado Couto. Tratava-se, na realidade, ainda antes de um auto de exumação, de uma investigação sobre o paradeiro do corpo da criança. Assim, de início, já na residência dos Pereira, Couto se dirigiu à avó da suposta criança, Maria Joaquina Pereira, ordenando-a que indicasse o local de sepultamento da criança o que, somente após uma tentativa de ludibriar o delegado, o levou ao exato paradeiro do corpo, enterrado num dos quartos da casa⁴⁴⁶. Com a localização do cadáver, o Subdelegado Couto ordenou o início da exumação, dirigindo-se aos peritos leigos notificados, que possivelmente encontravam-se embaraçados com a situação:

[...] foi exumado um cadáver em estado de completa putrefação o qual estava apenas com uma camisa, tendo sido enterrado sem caixão; exumado o cadáver foi ele colocado em um caixão, depois de haverem os peritos reconhecido pertencer a criança ao sexo feminino, nada mais puderam os peritos acrescentar não só pelo estado de putrefação do cadáver, como por não serem profissionais. Em seguida ordenou o Subdelegado que se pregasse o caixão onde foi o cadáver colocado, a fim de inco[ilegível] remetê-lo ao Senhor

⁴⁴⁶ Conforme segue: “[...] que lhe indicasse o lugar, digo, o quarto em que se achava sepultada a criança recém-nascida, filha de sua filha Maria José Pereira, conforme foi declarado por seu marido José Joaquim Pereira ao Senhor Chefe de Polícia, ao que a mesma Maria Joaquina disse estar pronta a indicar o lugar em que fora feito o sepultamento, o qual não tem lugar no quarto indicado pelo marido, pois, digo, mas sim em um galpão próximo, que se achava fechado, cuja chave não tinha, pois que se havia levado para a cidade José Affonso e Silva proprietário, digo, dono da propriedade em que se acha residindo. = O Subdelegado, porém, dando pouca ou nenhuma importância a tais ditos, pediu-lhe que lhe franqueasse a casa para proceder ao respectivo exame, e em seguida Comigo escrivão, peritos e testemunhas mandou cavar ao chão de um dos quartos da casa, onde com efeito foi encontrado o cadáver da criança supra-mencionada”. AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1869. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

Chefe de Polícia, como foi pelo mesmo exigido em ofício datado de ontem. E por nada mais haver deu-se por concluído o exame ordenado⁴⁴⁷.

Em tempo, observemos que não foram realizados questionamentos direcionados aos peritos para a condução do processo, o que foge do padrão identificado para os demais exames de corpo de delito e de exumação analisados. Conforme descrito pelo escrivão, presumimos que a exumação do cadáver foi realizada basicamente sob forma visual sem, aparentemente, intervenção manual invasiva, sobre o corpo da criança.

Após o embalsamento, o cadáver seria levado ao coração da cidade para novo exame, desta vez, a ser executado pelos mesmos médicos que serviram de peritos para o auto de corpo de delito sobre Maria José Pereira. Tal processo, para além dos motivos já trazidos, é também particularmente interessante por possibilitar a contraposição de um exame conduzido por leigos e outro por profissionais, sobre o mesmo cadáver.

O novo auto – descrito como “Auto de exame e corpo de delito” feito em cadáver, e não de exumação, conforme o auto anterior realizado em Pedras Brancas⁴⁴⁸ - seria conduzido no dia posterior, em 20 de novembro, novamente na Secretaria de Polícia localizada no centro de Porto Alegre. Contou com as presenças, para além dos médicos citados, do Escrivão João Baptista de Sampaio e de duas testemunhas. O auto estava, novamente, sob o comando do Delegado de Polícia Capitão Cláudio José Monteiro que, por sua vez, solicitou aos médicos peritos que respondessem: primeiro, se houve a morte; segundo, se era recém-nascida a falecida, se viva e quantas horas; terceiro, qual a causa que produziu a morte; quarto, quais os meios empregados, e com detalhada especificação; quinto, se a morte foi ocasionada por meio criminoso ou se por qualquer causa natural e alheia da vontade humana⁴⁴⁹.

Notemos que, mesmo se partindo da premissa de que se tratava de um cadáver em decomposição, foi realizada questão aparentemente incabível àquele contexto (“se houve a morte?”), inclusive, contrapondo-se à segunda. Porém, possivelmente devido à natureza policial investigativa e finalidade do processo, tais interrogações deveriam constar no auto, como perguntas iniciais. As demais questões destinadas aos médicos são muito interessantes para a investigação conduzida para esta pesquisa, visto deterem-se, especificamente, sobre os

⁴⁴⁷ Ibid.

⁴⁴⁸ O que não pudemos determinar o motivo.

⁴⁴⁹ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1869. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

motivos e condições da morte: a causa, meios empregados (com detalhamento) e, ainda, se teve caráter criminoso. E assim foi descrita a declaração dos médicos, ao conduzirem o exame:

Foi-nos apresentado, no dia vinte pelas onze horas da manhã, o cadáver de uma criança em completo estado de putrefação, coberto completamente de vermes, e de terra, vestido apenas com uma camisa branca. Podemos reconhecer que pertencia ao sexo feminino e tinha o crânio estava aberto e a massa cerebral, digo, e tinha de extensão cinquenta centímetros ou dois e meio palmos: o crânio estava aberto e a massa cerebral corria em forma de geléia; a cabeça estava coberta de cabelos e as unhas bem formadas; o diafragma estava situado entre a quarta e quinta costela, não podemos verificar a existência do cordão umbilical pelo estado de destruição da pele e primeiras camadas do ventre. Concluimos pelos sinais acima que esta criança tinha nascido a termo. O thymes⁴⁵⁰ [sic] e os pulmões estavam retraídos e apresentavam uma cor pardacenta uniforme: reunidos ao coração submerso iam se imediatamente: separados do coração a prova era ainda a mesma; cortadas em pequenos pedaços, não corria espuma sanguinolenta, e imediatamente desciam ao fundo d'água. O núcleo da ossificação da extremidade inferior do fêmur tem seis milímetros, ou perto de três linhas. Concluimos pois que o cadáver da criança que nos foi apresentada nasceu a termo; e que não respirou depois de nascer, isto é, nasceu morta. Nada podemos dizer sobre o gênero da morte, ou a sua causa determinante; e que portanto, respondem: ao primeiro quesito, sim; ao segundo, sim, quanto a primeira parte: pela negativa à segunda parte; ao terceiro, nada podemos dizer; ao quarto, dica prejudicado pelas resposta do quesito anterior; e ao quinto, fica também prejudicado com a resposta do terceiro quesito: e são estas as declarações que em sua consciência e debaixo do juramento prestado têm a fazer [...]⁴⁵¹.

Conforme se verifica, o exame foi iniciado de forma superficial, tendo em vista que foram narrados aspectos passíveis de serem identificados mediante a visualização e manipulação externa: o estado de putrefação, vestimenta, ferimento aparente, formação das unhas e tamanho dos cabelos, ou seja, de forma muito similar aos exames de corpo de delito anteriormente analisados. No entanto, a menção a tais características é trazida com o intuito de demonstrar que a criança havia nascido efetivamente.

Porém, o decorrer da investigação médica toma um direcionamento diferenciado, partindo para a dissecação do cadáver, o que possivelmente também envolveu o uso de instrumentos médico-cirúrgicos: a verificação dos pulmões e do coração. O corte do coração

⁴⁵⁰ Tórax.

⁴⁵¹ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1869. Op. cit.

em pedaços, colocados dentro de um recipiente contendo água. Também houve a verificação dos ossos.

De toda esta investigação sobre os vestígios, os facultativos puderam concluir que, apesar de nascer “a termo”, a criança nasceu morta, sem ser possível desvendar a causa determinante, assim como centenas de casos identificados nos registros de óbitos analisados por esta pesquisa. Afora a descrição do exame realizado, as respostas dos facultativos às questões enunciadas pelo Delegado são muito pontuais e objetivas, resumindo-se aos advérbios de afirmação e negação, assim como previa o protocolo desses processos, de acordo com o verificado em outros exames de corpo de delito.

Não sabemos o que mais decorreu desta investigação: se Maria José Pereira ou algum familiar teria sofrido alguma consequência da descoberta do ato cometido, comprovado pelo inquérito, de ter tentado esconder a morte da sua filha e o seu enterramento clandestino. Entretanto, o todo do processo, analisadas as suas três partes, nos demonstra que a participação dos médicos Joaquim Pedro Soares e Ricardo Ernesto Heinzelmann foram fundamentais para a elucidação do caso, isto é: na verificação de que houve gravidez e expulsão do feto do corpo da mãe e, desse exame, considerar que havia o cadáver de uma criança a ser encontrado, que por sua vez, ao ser identificado e examinado, comprovou-se, *cientificamente*, que havia nascido morta, porém, sem ser possível conhecer a real causa de morte.

Nos livros de óbito da Santa Casa, assim constaria no seu registro de sepultamento: “13227 – Aos vinte dias do mês de novembro de mil oitocentos e sessenta e nove, foi sepultado na sepultura de número mil quatrocentos e sessenta e seis, os restos do cadáver da recém-nascida, que foi exumada na picada, em frente a dita cidade”⁴⁵².

Demonstra-se assim, mesmo após uma investigação médica aprofundada, as dificuldades existentes para investigar e se chegar à causa de um óbito (também considerando os dias que se passaram após o óbito), ainda que o conhecimento demonstrado pelos médicos se demonstrasse sólido e assertivo na condução dos exames procedidos e nas inferências realizadas. Ou seja, desta análise também podemos constatar que os limites para a verificação real da causa da morte são enormes.

Outro auto de corpo de delito e exame cadavérico importante para os nossos interesses foi o realizado em Manoel Alves Pimenta, no hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto

⁴⁵² LIVRO DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1869). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Alegre, em 20 de julho de 1876. Participaram dele, para além do escrivão e testemunhas, o Delegado de Polícia Feliciano Joaquim de Bormam e os médicos “Doutores em medicina” Raymundo Caetano da Cunha e Ignacio Manoel Domingues, o primeiro já identificado nas listas dos médicos atuantes na cidade e, o segundo, tendo participado de outros exames de corpo de delito. Foram as perguntas dirigidas pelo delegado aos facultativos:

1°. Se há ferimentos? 2°. Se é mortal? 3°. Qual o instrumento? 4°. Se houve ou se resultou mutilação ou destruição de algum membro ou órgão? 5°. Se pode haver ou resultar essa mutilação ou destruição? 6°. Se houve ou resultou inabilitação de membro ou órgão sem que fique ele destruído? 7°. Se pode haver ou resultar alguma deformidade, e qual ela seja? 8°. se o mal do ferimento produz no paciente grave grave [sic] incomodo de saúde? 9°. Se inabilita de serviço por mais de trinta dias?⁴⁵³

De acordo com as questões, poderíamos bem pensar que o exame seria realizado sobre uma pessoa viva. Porém, como veremos na análise dos médicos, algumas passagens parecem demonstrar que Manoel Alves Pimenta encontrava-se em seus últimos momentos de vida e, outras, que já estaria morto. Ou ainda, não podemos descartar a possibilidade de que Pimenta teria chegado ao óbito no decorrer do exame, o que traria mais sentido ao auto ser denominado como de corpo de delito e exame cadavérico.

A declaração emitida pelos médicos foi a seguinte:

Examinamos em um dos leitos da enfermaria de cirurgia da Santa Casa de Misericórdia um indivíduo de estatura mediana constituição forte, formas bem desenvolvidas, cabelos castanhos escuros, olhos pequenos, castanhos, boca pequena, nariz aquilino, de bigode e presa e casa [cavanhaque?] curtos, orelhas pequenas, pescoço curto, mãos e pés regulares, que se diz chamar Manoel Alves Pimenta com os seguintes ferimentos, uma ferida contusa na face direita, perto do nariz, e do lábio superior, correspondendo a união do maxilar superior com o maelar [sic] com lesão profunda dos tecidos; e com larga echimose em toda a face direita: um outro ferimento no terço inferior do braço direito, tendo sua abertura demonstrada na face interna anterior, e a de saída na face interna posterior, deixando os tecidos moles da região correspondente, com lesão do osso. [ilegível] de valor importante: uma forte contusão na face do thorax, digo face posterior do tórax, na região correspondente as últimas costelas do lado direito: uma ferida contusa na face anterior da região [ilegível]-clavicular direita na direção oblíqua ao [ilegível] do corpo, penetrando os tecidos moles e a caixa torácica, com derrramento interno, hipatisação [sic] do pulmão direito emphisema [sic] no vértice do

⁴⁵³ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1876. Op. cit.

mesmo pulmão, dificuldade aos movimentos de inspiração e expiração, e mal estar geral; dando consequência fisicamente este último ferimento a morte ao paciente; sendo todos os ferimentos produzidos por arma de fogo e portanto responderam ao 1º quesito sim. Ao 2º. sim. Ao 3º arma de fogo. Ao 4º. Sim. Ao 5º prejudicado. Ao 6º. Sim. Ao 7º. não. Ao 8º. Sim. Ao 9º Sim e prejudicado por que os ferimentos dão como [ilegível] a morte do paciente. São as declarações de suas consciências a que prestam debaixo do juramento prestado⁴⁵⁴.

Procedeu-se, aparentemente, um exame minucioso externo e interno sobre os ferimentos de Pimenta. Aliás, para a percepção sobre o “derramamento interno”, enfisema do pulmão direito e outras características corporais apontadas pelos médicos, tudo leva a crer que Pimenta já estaria morto ou, mais provavelmente nos seus últimos instantes de vida (nesta parte do exame), já que era percebida “dificuldade aos movimentos de inspiração e expiração, e mal estar geral; dando consequência fisicamente este último ferimento a morte ao paciente”⁴⁵⁵.

Infelizmente, tal exame também não nos demonstra, ao menos não diretamente, a utilização de instrumentos cirúrgicos. Concluíram assim, os médicos Cunha e Domingues, que a causa da morte foi por “arma de fogo”. Mesmo que identificando a origem da causa, não podemos deixar de perceber a sua generalidade. Ligada a esta observação devemos também considerar que, apesar do exame meticoloso sobre os ferimentos, sequer foi apontado o número de tiros recebidos pelos disparos da arma de fogo, e ainda, se as balas estavam alojadas ou não, no corpo de Pimenta. Tratava-se, assim, de um exame ainda muito rudimentar, se comparado aos atuais para casos da mesma espécie.

No livro de óbitos da Santa Casa de Misericórdia assim constaria o registro da morte de Pimenta: entrado no cemitério em 28 de julho de 1876, de cor branca, 27 anos, causa da morte “de ferimentos penetrantes por arma de fogo”, enterrado na sepultura 626 do campo santo, sob o registro 19387⁴⁵⁶. Balizando-nos pela data de entrada no cemitério, tendo em vista a data do exame, torna-se ainda mais difícil ponderar se o exame teria sido realizado, ou não, antes da morte de Manoel Alves Pimenta.

Outro tipo de morte verificado a partir dos exames *post mortem* é o ocasionado por motivos acidentais, tal como se demonstra através do auto de corpo de delito realizado no cadáver de Cornelio Govaerts, de nove de fevereiro de 1892. O exame foi realizado no distrito

⁴⁵⁴ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1876. Op. cit.

⁴⁵⁵ Ibid.

⁴⁵⁶ LIVRO DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1876). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

de Teresópolis, na Praia do Cristal, com a presença dos médicos Alberto de Campos Velho (também médico da Santa Casa de Misericórdia) e Lindolpho da Silva Ramos (o qual não encontramos outras referências). Para este auto, o Subdelegado Propício Baptista Magalhães indicou, anterior ao exame, que se tratava de Corneile Govaerts, 27 anos de idade, casado com Adelaide Govaerts, natural da Bélgica, que “afogara-se ao banhar-se, na tarde a [papel rasgado] anterior”⁴⁵⁷.

Não foram trazidas perguntas diretas aos facultativos, que: “Procedendo ao referido exame, os Srs [papel rasgado] declaram nada encontrar que trouxesse [papel rasgado] um crime e haver Corneile Govaerts falecido [papel rasgado] [...]quencia de uma Asphixia [sic] por submersão”⁴⁵⁸. Denota-se que a presença de Campos Velho e Silva Ramos se dava para atestar se a morte por afogamento teria ou não se dado através de um ato criminoso. Provavelmente, ao examinarem o cadáver e não verificarem marcas corporais de violência, deduziram que a asfixia por submersão teria se dado acidentalmente, sem “um crime”. Corneile Govaerts não consta nos registros de óbitos do Cemitério da Santa Casa de Misericórdia, talvez por ter sido sepultado em outro cemitério, tal como o de Belém, tendo em vista a sua proximidade com o local do afogamento e da possibilidade desse último também ser localizado próximo de seu local de residência.

Em 26 de abril de 1893, identificamos exame sobre cadáver em que a causa de morte não se restringe a causas violentas ou acidentais, tal como nos processos anteriores. Referimo-nos ao auto de corpo de delito sobre o cadáver do italiano naturalizado brasileiro Gabriel de Meli, tendo sido realizado, desta feita, por três médicos (fugindo assim do comumente observado para os demais exames), sendo eles: Arthur Benigno de Castilho, Saturnino Thomas de Aquino e Oscar de Noronha (ambos médicos atuantes na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre)⁴⁵⁹.

Os facultativos deveriam responder aos seguintes e breves questionamentos, emitidos pelo Subdelegado Capitão Ignácio José de Andrade: “1º Houve morte? 2º Qual a causa que a produziu?”. Notemos que, como em casos anteriores analisados, a primeira pergunta se tratava de um mero protocolo, importando, para a elucidação do caso, a segunda questão.

⁴⁵⁷ Conforme indicado nos colchetes, o auto do exame se encontra rasgado em diversas partes. AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1892. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

⁴⁵⁸ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1892. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

⁴⁵⁹ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1892. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

Com este horizonte, os médicos peritos declaram:

[...] que encontraram o cadáver de um indivíduo de cor branca, de cinquenta anos de idade, mais ou menos, de estatura regular, constituição forte, gordo, e de pescoço notadamente curto. O corpo vestia camisa e ceroulas de algodão, colete branco de linho, palitol [sic] de alpaca preta e calças de casemira da mesma cor. Examinando propriamente o cadáver notaram os peritos o seguinte: A cabeça cyanotica [sic], denegrida mesma, uma ecchymose de quatro e meio centímetros de extensão e três de largura, sangrando ao toque, estendida quase horizontalmente um pouco acima da região superciliar esquerda; as conjuntivas e scleroticas [sic] completamente cyanosadas [sic]; notável desvio das commissuras labiaes [sic], estando a comissura esquerda dirigida para a cima e a direita para baixo; a da esquerda do nariz também desviada para cima; a mucosa da cavidade nasal bem como a da boca e a língua pronunciadamente cyanosadas [sic]; a língua comprimida pelos dentes, tendo a extensão de um e meio centímetro para fora dos arcados dentários [sic]; um corrimento de serosidade sanguinolenta e espumosa pelas narinas; depressão e rugosidades no lado direito da face, devidas à permanência do corpo, por algumas horas, em terreno argilo-arenoso; o pescoço denegrido; assim também a parte superior da região anterior do tórax e as regiões superclaviculares, nas quais a pele apresentava o aspecto de chagrin [sic, palavra sublinhada]; todo o tronco cyanotico [sic] com grandes manchas enegrecidas, notando-se uma grande mancha enegrecida, que ocupava quase toda a face posterior do tronco; a cavidade abdominal bastante destendida; os membros torácicos e os abdominais também cyanoticos [sic] sobretudo o ante-braço direito; na dobra da virilha do mesmo lado uma pequena quantidade de sangue rubro, sem que houvesse lesão externa que explicasse sua existência naquela parte; pelo que respondem: ao primeiro quesito - sim; ao segundo - apoplexia fulminante, e são estas as declarações de sua consciência e as fazem sob a fé de seus graus⁴⁶⁰.

Talvez seja esse o exame médico mais analítico e descritivo - dentre os analisados até o momento - sobre os vestígios que pudessem estar relacionados à causa da morte, ainda que realizado, supostamente, mediante à visualização e ao toque manual superficial. A conclusão a que chegaram os médicos foi de que a morte teria sido causada por apoplexia. De acordo com Chernoviz:

A P O P L E X I A, APOPLEXIA CEREBRAL, AR, RAMO DE AR, OU ESTUPOR. Chama-se geralmente *apoplexia*, e mais particularmente *apoplexia cerebral*, uma congestão de sangue no cérebro, seguida ou não do derramamento d'este liquido na substancia do cérebro, e cujo symptoma principal é a perda súbita, e mais ou menos completa, do sentimento e do movimento. Esta moléstia designa-se também vulgarmente debaixo do nome de *ar*, *ramo de ar*, ou *estupor*. *Causas*. Tudo o que favorece a congestão do sangue na cabeça pôde

⁴⁶⁰ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1893. Op. cit.

ocasionar esta moléstia. Entre as suas numerosas causas, contam-se as paixões vivas, sobretudo a cólera, a alegria excessiva e os pezares profundos. A embriaguez, os abusos dos licores espirituosos, dos alimentos substanciaes; o somno depois de um copioso jantar; a exposição da cabeça descoberta a um sol ardente; uma temperatura mui elevada ou um frio excessivo; os banhos mui quentes e prolongados; o excesso dos trabalhos intellectuaes; o abuso dos prazeres venereos nas pessoas idosas ; os vestidos muito apertados; o costume de se deitar com a cabeça mui baixa; os gritos violentos; o somno mui prolongado; a supressão de um fluxo sangüíneo habitual, como o fluxo hemorrhoidal ou menstrual: taes são as causas mais ordinárias da apoplexia. Ella pôde atacar os indivíduos magros e pallidos, porém é muito mais freqüente nos sangüíneos⁴⁶¹.

Segundo descrito no auto do exame, Gabriel de Meli poderia ser considerado um indivíduo “sanguíneo”, tal como trazido por Chernoviz. A descrição da moléstia trazida pelo médico estrangeiro pode ser facilmente vinculada ao estado em que se encontrava Meli. No entanto, não observamos explicações sobre o ferimento na cabeça, que ainda sangrava ao toque. Imaginamos que teria sido ocasionado pela queda (resultando em batida da cabeça) após a perda súbita dos movimentos. Outros resquícios deixados pela moléstia identificados pelos médicos auxiliaram diretamente na identificação da causa, tais como: as conjuntivas e escleróticas azuladas, o desvio nos lábios, a língua comprimida pelos dentes e o corrimento de serosidade sanguinolenta e espumosa pelas narinas.

No livro de óbitos da Santa Casa de Misericórdia assim é descrito o registro de Gabriel de Meli: “de cor branca, 52 anos de idade, natural da Itália, trabalhava com comércio, causa da morte: de apoplexia, entrado no Cemitério da Santa Casa aos 26 de abril de 1893, sepultado no 9º quadro de entremuros, sob o registro 42.512⁴⁶².”

No que se refere ao exame sobre Meli ter sido mais analítico e descritivo do que os anteriores, talvez se deva mais ao período em que foi realizado (na década de 1890) do que a uma possível falta de preocupação, nos exames anteriores, em apurar com maior desvelo, as questões impostas aos médicos. Notemos que dentre os exames analisados, são passados mais de 40 anos, o que pode ter resultado no aprimoramento tanto dos procedimentos conduzidos pelos facultativos quanto da descrição dos exames. Com base neste argumento e simultaneamente aprofundando o exame sobre os nossos objetivos, analisemos novo exame de

⁴⁶¹ CHERNOVIZ, op. cit. p. 211.

⁴⁶² LIVRO DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1893). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

corpo de delito, sobre cadáver, decorrente de ferimentos por arma de fogo, agora na década de noventa (lembrando que o anterior, pelo mesmo motivo, ocorreu em 1876).

Em 14 de dezembro de 1892 os facultativos Serapião Mariante e Arthur Benigno de Castilho foram notificados para se apresentarem na casa de Carlos Bento Dias de Carvalho, na rua do General Victorino nº. 18, para exame no cadáver de Maria Paulina Wallau. Deveriam responder: “1º Se houve com efeito a morte? 2º Qual a sua causa imediata? 3º. Qual o meio empregado que a produziu? 4º. Se era mortal o mal causado? 5º. Se não sendo mortal o mal causado, dele resultou a morte por falta de cuidado da ofendida?”. A primeira questão, conforme já tratado, parecia se demonstrar como mera formalidade legal diante do contexto que envolvia o processo. As demais, demonstram a busca por maior detalhamento sobre a causa do óbito, como veremos. Trazemos o parecer dos médicos:

[...] encontraram na parte antero-inferior da região temporal direita um ferimento de forma triangular de base inferior e dirigida de cima para baixo e de fora para dentro, medindo a base quatro centímetros de extensão, o lado posterior três centímetros e o anterior três e meio centímetros. Esse ferimento compreendia os tecidos moles, o osso temporal, as membranas e a massa encefálica e comunicava-se com um outro ferimento externo, assentado horizontalmente na parte média da região temporal esquerda, em forma de linha curva, de conversidade inferior e de dois e meio centímetros de extensão, abrangendo o temporal [sic] e os tecidos moles da região. A área do triângulo descrito pela primeira solução de continuidade era substituída por uma cavidade, na qual notava-se uma pequena quantidade de pólvora e que mostrava ter sido o local de entrada da bala, sendo outro ferimento o ponto de saída do projétil. Notava-se uma ligeira echymose na pálpebra superior do lado esquerdo compreendendo toda a extensão da mesma. Foi abundantíssima a hemorragia determinada pelo ferimento; e que, portanto, respondem: ao 1º. quesito - sim; ao 2º., lesão do encéfalo com abundante hemorragia; do 3º., arma de fogo; aos 4º. e 5º. prejudicados. E são estas as declarações que em sua consciência e debaixo do juramento prestado têm a fazer⁴⁶³.

Neste exame, ficam bem descritos os detalhes sobre a entrada e saída do projétil, seus vestígios, os ferimentos causados pela sua passagem. Apesar de não ser informado de forma direta, a descrição nos demonstra que somente uma bala teria atingido Maria Paulina Wallau. Notemos que, desta vez, decorrente às perguntas realizadas, para além de responderem sobre qual foi o instrumento ou meio empregado para a morte, também foi trazida de forma precedente, a causa imediata decorrente do meio empregado. Assim, do recebimento de disparo

⁴⁶³ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1892. Op. cit..

de arma de fogo decorreu uma lesão do encéfalo com hemorragia abundante que, por fim, determinou a morte de Maria Wallau.

Sob o registro 41827 dos livros de sepultamento do Cemitério da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre encontraremos a descrição do óbito de Maria Paulina Wallau, entrada no cemitério em 15 de dezembro de 1892, descrita como de cor branca, 17 anos de idade, natural do Rio Grande do Sul, causa da morte definida como “de ferimento por arma de fogo”, sepultada na catacumba da Irmandade de São Miguel e Almas nº 188, conduzida ao cemitério no carro da mesma Irmandade.

Tendo em vista estes dados retirados do livro da Santa Casa, entendemos que, muito possivelmente, Maria Wallau fazia parte de um dos estratos socioeconômicos mais altos da sociedade porto-alegrense, visto que a Irmandade de São Miguel e Almas congregou, historicamente, algumas das mais ricas e poderosas famílias da cidade⁴⁶⁴. Talvez este fato tenha sido fundamental para um maior aprofundamento sobre a investigação do óbito e, conseqüentemente, do exame realizado.

No entanto, para efeitos de registro final da causa nos livros de óbitos, a descrição trazida continua se demonstrando superficial, assim como o foi para muitas outras pessoas de qualquer extrato social, mortas por armas de fogo, conforme já constatado. Temos assim, como causa da morte, o elemento que produziu o quadro fisiológico anormal que, por fim, ocasionou o óbito. Tal definição, sem o exame de corpo de delito, pouco nos indica o que o “ferimento por arma de fogo” realmente causou e, assim como, quanto tempo fora passado após Maria Wallau ter sofrido o disparo por arma de fogo e as suas conseqüências, se teve ou não atendimento médico etc., ou seja, algumas das informações mais importantes para compreendermos o contexto e as condições sociais e, em conjunto, fisiológicas de morte.

Conforme visto, o contrário também ocorre, e não raro, quando é descrito no registro quadro fisiológico irregular como causa (exemplo da síncope), é gerado outro problema aos pesquisadores: o de identificar o seu elemento causador, que também se liga às condições sociais de morte. Em outras palavras, considerando as diferenças implicadas no que toca à descrição da causa da morte ou do fenômeno que induziu quadro fisiológico e orgânico que levou ao óbito, a análise sobre o processo de Maria Wallau demonstra elementos que nos fazem

⁴⁶⁴ NASCIMENTO, Mara Regina do. *Irmandades Leigas em Porto Alegre. Práticas funerárias e experiência urbana. Séculos XVIII-XIX*. Tese de doutorado em História, UFRGS, 2006.

refletir que, independentemente da condição social do indivíduo⁴⁶⁵, a descrição da causa da morte trazida nos registros de óbitos peca pelo seu caráter resumido e superficial⁴⁶⁶.

Buscaremos, agora, avançar sobre outra questão vinculada ao problema investigado neste capítulo: a possibilidade de erros de diagnósticos e, ainda, da ocorrência de diferentes conclusões sobre a causa do óbito, quando averiguadas por médicos diversos.

O próximo processo a ser analisado (auto de autópsia) é muito ilustrativo nos sentidos apontados e, de início, aponta acontecimento raro, até então não verificado nos demais autos de exame de corpo de delito: o de dois médicos se negarem - Carlos Frederico Nabuco e Arthur Benigno de Castilho -, após nomeação e notificação da Subdelegacia do 1º distrito de Porto Alegre, a realizar o exame sobre o cadáver do menor Paulo Massa, filho de Caetano Massa, localizado no Beco do Fanha.

Certifico que tendo notificado os Doutores Carlos Frederico Nabuco e Arthur Benigno de Castilho, por eles me foi declarado que não aceitavam a nomeação para proceder ao corpo de delito da portaria supra, por lhes ter declarado o Dr. Ricardo Seixas, ter sido natural o falecimento do menor Paulo Massa. O referido é verdade e dou fé. Porto Alegre, 18 de julho de 1893. O escrivão Luiz Carlos de Azevedo⁴⁶⁷.

Os médicos em questão, conforme já observado ao longo desta tese, eram muito conhecidos na cidade, tendo atuado em outros exames de corpo de delito, eram médicos do hospital da Santa Casa, assim como, também participavam das comissões públicas que analisavam casos de interesse da municipalidade. Do Dr. Ricardo Seixas, mencionado no auto, não encontramos referências sobre a sua carreira como médico na cidade, o que nos leva a considerar que talvez estivesse atuando há pouco tempo na capital gaúcha.

O caso teria sido concluído com a definição da causa de morte como natural se não fosse, ao que tudo indica, a insistência do Subdelegado Candido Peixoto de Carvalho que rapidamente deu prosseguimento à investigação anteriormente prevista, mesmo com a negativa dos médicos Nabuco e Castilho. Com essa perspectiva, ainda em 18 de julho, Carvalho nomeu

⁴⁶⁵ Que pode, sim, ser identificada a partir das demais informações trazidas no registro de óbito.

⁴⁶⁶ Gerando, como consequência, uma série de obstáculos para quando os pesquisadores buscam avançar na análise de questões pertinentes às condições sociais de vida e morte.

⁴⁶⁷ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1893. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

dois outros médicos para substituir aos anteriores, sendo eles os Dres. João Abbot e José Carlos Ferreira⁴⁶⁸.

Se a negativa de Nabuco e Castilho parece demonstrar uma espécie de senso corporativo e/ou de camaradagem ao não colocar em xeque a opinião de um colega de profissão (Dr. Ricardo Seixas), o mesmo não parece se confirmar para os médicos João Abbot e José Carlos Ferreira, que aceitaram o compromisso. Ferreira, como vimos, fez parte do grupo de médicos que fundou a Faculdade de Medicina de Porto Alegre (que teve a sua origem no Curso de Partos da Santa Casa, do qual Carlos Frederico Nabuco foi um dos seus fundadores), já João Abbott, para além de médico, parece ter se dedicado com maior vigor à carreira política⁴⁶⁹.

Assim, às seis horas da noite de 18 de julho de 1893 - mesma data marcada para a verificação que seria realizada por Nabuco e Castilho, ou seja, não houve postergação da fase do processo, mesmo com a negativa dos dois médicos - o grupo comandado pelo Subdelegado Cândido Peixoto de Carvalho chegou à Santa Casa de Misericórdia para exame do cadáver de Paulo Massa, que teria sido transferido da residência em que se encontrava (sito no Beco do Fanha), para o necrotério daquele hospital. Lá, foi solicitado aos médicos peritos que respondessem aos seguintes quesitos:

1º Se o indivíduo apresentava alguma lesão que irremediavelmente devesse-lhe produzir a morte? 2º Qual era essa lesão? 3º. Se havia indicação para uma operação e qual devia ser ela? 4º. Se pelo exame cadavérico encontram-se algum indício de que a operação fora praticada de encontro aos preceitos da arte médica? 5º. Se a morte deu-se em consequência de acidente imprevisto? 6º. Qual foi esse acidente?⁴⁷⁰

Notemos que as questões impostas se diferenciam das realizadas em exames anteriores, possuindo características mais específicas em relação ao caso investigado, dando indicações, inclusive, sobre a suspeita de que a morte poderia ter sido causada por intervenção cirúrgica conduzida por preceitos não seguidos pela ciência da medicina.

⁴⁶⁸ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1893. Op. cit.

⁴⁶⁹ No final do século XIX e início do XX, principalmente como Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior. Ver: SCHWARTSMANN, Leonor Carolina Baptista. *Entre a mobilidade e as inovações: a presença de médicos italianos no Rio Grande do Sul (1892-1938)*. 2013. 3 f. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. P. 220.

⁴⁷⁰ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1893. Op. cit.

E, na sala muito provavelmente mal iluminada do necrotério devido ao cair da noite de inverno de 1893, Abbott e Ferreira realizaram o exame de autópsia. Devido à riqueza de detalhes, transcrevemos o exame na sua integridade, de acordo com a descrição realizada pelo escrivão Luiz Carlos de Azevedo, conforme constante no anexo 1.

Dentre os diversos pontos dignos de nota contidos neste exame para os nossos interesses, é evidente o alto grau de aprofundamento descritivo e da complexidade dos procedimentos realizados, em relação aos demais exames verificados. Estas características estariam ligadas, por um lado, à possibilidade de ter sido dada maior importância ao caso investigado, tendo em vista as suspeitas de “operação” fora dos preceitos da medicina (em período em que o preceito da liberdade profissional passava a ganhar cada vez mais espaço no governo positivista), e por outro, ao desenvolvimento das técnicas médicas relacionadas à medicina legal, campo científico que ganhou espaço nas faculdades médicas brasileiras, na segunda metade do século XIX⁴⁷¹. Ligado a este último ponto, não podemos também deixar de identificar a própria evolução das investigações buscadas através dos exames. De outra maneira, mas ainda vinculado a estas percepções, confirma-se o aprofundamento do conhecimento médico e a sua capacidade técnica e prática em investigar e buscar a causa do óbito, ainda que em condições precárias. Estas últimas, evidenciadas ao levarmos em conta que o exame foi realizado sem o auxílio da luz solar.

Analisemos alguns dos aspectos mais importantes trazido pelo auto na sua totalidade e, é claro, pelo exame. Primeiramente notemos que a causa da morte, inicialmente identificada como “causa natural”, havia sido verificada por outro médico da cidade (possivelmente para fins de confecção do registro de óbito), o Dr. Ricardo Seixas, do qual não encontramos referências em outros documentos. Diante da forma como Seixas foi invocado no texto do auto do exame, não parece haver muitas dúvidas de que se tratava de um médico diplomado, tendo em vista a negativa dos médicos Carlos Frederico Nabuco e Arthur de Castilhos de realizarem novo exame, considerando a menção por eles trazida de não haver motivos para desconfiar do parecer emitido por Seixas.

No entanto, não identificamos o argumento motivador para que se realizasse nova verificação sobre a causa da morte de Paulo Massa. Se através das perguntas realizadas pelo Subdelegado há a indicação de que a investigação procurava identificar (para além da causa da morte) se havia ocorrido cirurgia em desacordo com os preceitos médicos – o que foi

⁴⁷¹ Ver: COELHO, Bruna Fernandes. Histórico da Medicina Legal no Brasil. *Prática Jurídica*, v. 107, p. 24-25, 2011.

comprovado negativamente por Abbott e Ferreira, ao responderem à quarta pergunta⁴⁷² - não sabemos se as suspeitas sobre quem fez a cirurgia recaiam sobre Seixas.

Desses elementos podemos pensar sobre algumas das possibilidades referentes ao primeiro aferimento da causa de morte, equivocado, realizado por Seixas: o de ter sido ele próprio o responsável pela cirurgia e ter procurado esconder o erro cometido; de ser mais um dos tantos casos em que a verificação da causa do óbito para fins de registro era realizada de forma protocolar e superficial e; vinculada a estas possibilidades, a negativa de Nabuco e Castilho em realizar novo exame estar ligada a uma espécie de corporativismo médico ou laços de camaradagem para com Ricardo Seixas, o que não ocorreu para o caso de Abbott e Ferreira.

Partindo para a análise mais detida sobre o exame, observamos que cada parte do corpo de Paulo Massa foi examinada com cuidado: primeiro, superficialmente e, após, através da dissecação do corpo e dos órgãos. Desse exame foi possível descobrir e identificar a lesão que, possivelmente, culminou na morte de Massa em poucos dias: “Hystos Hydaticos do pulmão direito em adiantado estado de desenvolvimento”. Também foi demonstrado pelos médicos que a cirurgia indicada para a extração das “cavidades hysticas”, se fosse empreendida, deveria se dar por punção, definida como uma das práticas cirúrgicas mais simples e vulgares da medicina do período. Para além disso, como ponto fundamental buscado pela investigação, foram encontrados vestígios de que fora sim realizado procedimento operatório com tal objetivo (conforme visto, não alheio à “arte médica”, tendo em vista a resposta ao quarto quesito) que, malconduzido, teria causado o acidente que levou Massa ao óbito, definido como “Synopsis por inibição”.

Este detalhamento das informações contidas no auto do exame se torna ainda mais importante para os objetivos desta pesquisa quando contraposto ao registro do óbito constante no livro do Cemitério da Santa Casa, o qual assim resumimos: registro 42914, de nome Paulo, filho de Gaetano Massa, 12 anos de idade, natural da Itália, de cor branca, tendo como causa da morte “histos hydaticos no pulmão direito”, sepultado em 19 de julho de 1893, entre muros 119-176⁴⁷³.

Verificada esta informação, em uma análise superficial e não atenta sobre os dados levantados (e dentro do que já ponderamos ao longo desta tese sobre a validade das causas de

⁴⁷² Notemos que a questão é assim redigida: “4º. Se pelo exame cadavérico encontra-se algum indício de que a operação fora praticada de encontro aos preceitos da arte médica?”, sendo a resposta dada como “Não”.

⁴⁷³ LIVRO DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1893). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

morte encontradas nos registros de óbitos), ao considerarmos o fato do registro de óbito ter sido realizado somente após o procedimento de uma autópsia tão aprofundada, seria válido pensar que, dessa maneira, o diagnóstico da morte poderia ser trabalhado pelos pesquisadores sem ressalvas: um dado confiável que refletiria a causa biológica, perfeitamente aferida e atestada pelos médicos.

Contudo, o estudo realizado nos evidencia complexidade ainda mais intensa sobre a confiabilidade dos registros de óbitos. Neste caso o registro da causa, emitido após a autópsia, demonstra-nos um ocultamento da real causa (possivelmente involuntário) e, em contrapartida, traz a descrição de uma doença com grande potencial de levar Paulo Massa ao óbito, mas que, na realidade, não se confirmou como a causa biológica da morte, isto, de acordo com o exame conduzido por Abbott e Ferreira.

Na realidade, no livro de óbitos da Santa Casa consta como causa a enfermidade que incentivou a realização do procedimento operatório malconduzido, que por fim ocasionou a morte de Massa. Desse modo, não entrando no mérito da questão sobre quem foi o verdadeiro culpado pelo possível erro no processo operatório que gerou a complicação decisiva para o óbito, novamente, sob forma diversa, a real causa de morte fica encoberta nas breves e superficiais descrições contidas nos registros de óbitos, demonstrando-se como um dado sociológico extremamente frágil para a análise sobre as reais condições de morte e, além disso, sociais de vida, de uma dada população ou indivíduo.

Encerrando a análise sobre os exames *post mortem* e objetivando maior aprofundamento no sentido acima analisado, voltemos ao ano de 1886, visitando auto de exame de autópsia, realizado sobre “Virginia”. Resgatando o registro do óbito de Virginia, verificamos os seguintes dados: Virginia Ignacia, preta, 16 anos de idade, natural da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, solteira, óbito sem assistência médica, recebida no cemitério aos 17 dias de junho de 1886, inumada na sepultura 745 do Campo Santo do Cemitério da Santa Casa, sob o registro 30539⁴⁷⁴.

A autópsia ocorreu em 21 de junho de 1886, ou seja, quatro dias após o enterramento oficial de Ignacia. Neste processo, podemos observar e analisar mais detidamente alguns dos aspectos que envolvem a complexidade sociológica inerente aos processos relacionados à morte. De início foi trazida a motivação inicial para a criação do processo:

⁴⁷⁴ LIVRO DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1886). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Secretaria da Polícia em Porto Alegre. 21 de junho de 1886. Tendo de proceder hoje às 2 horas da tarde no Cemitério à exumação e autópsia no cadáver da parda Virgínia, escrava do Dr. Pedro Primavera que a “Reforma” diz ter sido vítima de sevícias, o secretário desta repartição, que designo para servir de escrivão atuando esta notifique os Drs. Oscar de Noronha e Carlos Frederico Nabuco para servirem de peritos e o administrador do cemitério para indicar a sepultura em que foi enterrada aquela parda [...]”⁴⁷⁵

Não identificamos se Pedro Primavera, tendo em vista a menção ao título de “Dr.” ao seu nome, teria sido médico ou não, no entanto, independentemente da profissão exercida, sabemos que designava sinal distintivo, demonstrando posição social elevada. Tratando-se de um período em que Porto Alegre gabava-se de ser uma das cidades brasileiras a já ter extinguido a escravidão (desde 1884), o Jornal *A Reforma*, órgão do Partido Liberal que tinha a denúncia de violência aos escravos como uma das suas principais características nas décadas de 1870 e 1880⁴⁷⁶, impulsionava a investigação a ser conduzida sobre o corpo de Virginia Ignacia, ora trazida como preta, ora identificada como parda.

Dessa maneira, de forma muito relacionada ao contexto da investigação, as perguntas dirigidas aos médicos peritos Noronha e Nabuco solicitavam:

1º Se houve com efeito a morte? 2º Qual a sua causa imediata? 3º Qual o meio empregado que a produziu? 4º Se existem lesões, ferimentos ou contusões, e, no caso afirmativo, se podiam causar a morte? 5º Se produzira, no caso afirmativo, a morte imediatamente ou houve alguma causa intermedia? 6º No caso de existência de lesões, ferimentos ou contusões, qual o instrumento que as produziu? 7º Se a morte foi causada por veneno e, no caso afirmativo, qual a espécie destes?⁴⁷⁷

Conforme se demonstra, os questionamentos buscavam, gradativamente, verificar a possível existência de maus-tratos a Ignacia.

⁴⁷⁵ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1886. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

⁴⁷⁶ Ver: RAMOS, Gislaine Borba. *É a causa dos oprimidos a que abraçamos*”: considerações sobre escravidão e liberdade nas páginas do jornal *A Reforma* (Porto Alegre/1870-1888). Porto Alegre, RS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014. _____. *Anda que ninguém te valerá*: violência contra escravos nas páginas do jornal *A Reforma* (Porto Alegre, 1870-1888). Porto Alegre, RS. Memória de Bacharelado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010. 55 p.

⁴⁷⁷ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1886. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

A precariedade material que envolvia a realização das autópsias no período é denunciada pelo auto do exame ao trazer parte do contexto e o local da sua realização. Primeiramente, demonstra que os instrumentos a serem utilizados pelos peritos somente foram obtidos após emissão de ofício de solicitação, dirigido ao Comando das Armas, de concessão da “caixa de ferros da enfermaria militar”. Em segundo lugar, descreve que o exame foi realizado ao ar livre (por volta das 14h da tarde), com o corpo de Virginia Ignacia alocado sobre “dois bancos na parte extramuros do cemitério”, ou seja, muito provavelmente no Campo Santo, região do cemitério em que estava sepultada.

A declaração emitida pelos médicos peritos Noronha e Nabuco é descrita do seguinte modo:

[...] examinando o cadáver da parda Virginia que vestia uma saia de chita amarela com ramos encarnados e pretos e um cadarço encarnado em roda, fingido barra, camisa e bata branca, meias brancas, e não descobrindo vestígios de crime nas vestes, passaram em primeiro lugar a fazer um exame minucioso exteriormente, começando pelo crâneo e depois face, pescoço, farynge, thorax, abdômen e enfim até o último dos membros inferiores e em todo o habito externo não encontraram um só sinal de feridas, contusões, impressões, pancadas, et coetera, fazendo metodicamente os seus exames de cima para baixo, nas faces anteriores, posteriores e laterais do cadáver. As diversas regiões foram apalpadas e percutidas. Terminada esta primeira parte da autópsia ou do exame exterior passaram à segunda que vem a ser a autópsia propriamente dita ou abertura do corpo, e seguindo o mesmo processo, começaram pelos membros superiores e foram terminar nos inferiores, examinando a princípio os órgãos em seus lugares e em suas relações e ao depois foram terminando os seus trabalhos pelo exame detido dos membros e órgãos sobre os quais tinham praticado incisões, procurando ver se notavam echymoses e outras lesões. No habito externo só notaram a coloração esverdeada dos tegumentos com amolecimento dos tecidos, sinais de putrefação e mais nada. Quanto aos órgão internos, encontraram doas as vísceras sem alteração alguma, devendo-se, porém, notar que o estômago achava-se repleto de alimentos que não tinha sito atacados pelo suco gástrico, o que prova que a autopsiada foi vítima de uma congestão antes de começar o trabalho digestivo, e que afirmam, ainda em virtude da hyperhemia cerebral e aumento da consistência da massa encefálica: e em consequência respondem ao 1º quesito, Sim; ao 2º, Congestão cerebral; ao 3º prejudicado; ao 4º., não; ao 5.º, 6.º e 7.º prejudicados⁴⁷⁸.

O exame realizado pelos peritos demonstra a complexidade exigida para a verificação e descoberta da causa da morte que, em determinados casos, somente seria possível após a

⁴⁷⁸ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1886. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

dissecação do cadáver. Realizemos esta observação tendo em vista que, mesmo havendo médico à disposição para verificar o óbito do Virginia Ignacia, talvez este o fosse definido como “de repente” ou qualquer outra causa similar, tais como as do grupo definido como *Causas de morte mal definidas*, conforme visto.

Entretanto, mesmo cientes de que o conhecimento médico já se demonstrasse bem desenvolvido em relação aos exames de autópsia, questionamos: os vestígios de uma “congestão cerebral” poderiam ser detectados em grau tão pormenorizado, após mais de dois dias decorridos o sepultamento do corpo? Estes sinais seriam inequívocos para o diagnóstico de uma congestão cerebral?

De todo modo, de forma interligada, mas avançando para além desta parte operacional e técnica que envolvia a verificação dos óbitos, outros aspectos se demonstram importantes quando nos detemos sobre os aspectos sociais do núcleo da investigação a que se referia o exame realizado por Noronha e Nabuco, conforme já descrito. Tendo em vista a ausência de processo criminal ou de outras fontes ainda mais qualitativas para além do auto de autópsia - a conclusão do auto indica que o processo foi arquivado no dia 22 de junho, diante do parecer dos médicos peritos⁴⁷⁹ -, estamos limitados a *acreditar* no parecer dos médicos, mesmo para um caso em que estejam vinculados interesses políticos junto à possibilidade de um crime.

Notemos ainda que, na ausência do exame de autópsia e sem as informações trazidas no processo, a informação da causa de morte contida no registro de óbito, “sem assistência médica”, mostra-se como um dado extremamente superficial e que quase nada nos diz sobre a realidade de vida de Virginia Ignacia. No entanto, dedicando olhar diferenciado à tal informação, considerando a complexidade social e política que envolve os registros de óbitos poderíamos cogitar, ainda que sem fontes mais seguras, sobre os motivos de não se ter chamado médico para examinar a causa de morte, após o óbito.

De outra maneira, enfocando o exame de autópsia, impõem-se outras perguntas que necessitam ser ponderadas e que se juntam às anteriores, relacionadas à complexidade sociológica da definição da causa de morte: estariam os médicos alheios à tal contexto de embates, prendendo-se, exclusivamente, às prerrogativas científicas (e por sua vez, também

⁴⁷⁹ Conforme segue: “Conclusão. Aos vinte e dois dias do mês de junho de mil oitocentos oitenta e seis, nesta cidade de Porto Alegre, na Secretaria da Polícia, faço estes autos conclusos ao Doutor Chefe de Polícia interino, do que lavro o presente termo. Eu, João Pereira Machado Filho escrivão que a escrevi. Julgo por sentença o presente auto de exumação e autópsia para que perdera todos os efeitos de direito. Outrossim, mando que se arquite estes autos, visto nenhuma prova existir de crime ou indício para o prosseguimento de diligências policiais. Porto Alegre, 22 de junho de 1886. Antonio de Olinda Almeida Cavalcanti [assinatura]”. AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1886. Op. cit.

técnicas) que envolviam o exame? Devemos ter em mente, conforme visto, que o grupo de médicos que residia em Porto Alegre era limitado e que o aparecimento dos seus nomes foi uma constante dentre a gama diversificada de documentos analisados, demonstrando trânsito que aliava trajetórias política e profissional.

Ou seja, a partir destas considerações, dada as posições assumidas pelos médicos, com a maior parte (senão a totalidade) desses homens estando vinculada à elite socioeconômica daquela sociedade, podemos interpretá-los como agentes sociais e políticos que não estavam alheios às discussões e disputas pertinentes àquele contexto, que imbricavam aspectos em torno da escravidão dos negros, liberdade, imigração, interesses econômicos entre outros, os quais também poderíamos vincular o pensamento racial, que permeava tais questões.

E, considerando estes aspectos, talvez seja pertinente voltarmos ao diagnóstico realizado por Nabuco e Noronha e questioná-lo, perguntando se de fato foi um parecer, na sua essência, técnico. Em tempo, consideramos que tal interrogação – a interferência de aspectos sociais e políticos na verificação dos óbitos - pode ser expandida para os registros das causas de um modo geral, principalmente para os assentamentos contidos nos livros de óbitos, ou seja, não se resumindo ao caso de Virginia Ignacia e, tampouco, ao auto do exame de autópsia.

Aliás, em tempo, destaquemos que o registro de óbito de Virginia Ignacia, indicado como “sem assistência médica”, não foi alterado no livro do Cemitério, mesmo após o exame de autópsia. Devemos, assim, não sem considerar essa ausência de menção sobre os resultados do exame, também refletir sobre outros possíveis motivos, para além da simples não presença dos facultativos, pelos quais algumas pessoas tinham os seus óbitos descritos como *sem assistência médica*, no atestado do óbito. Neste ponto, entre essas motivações, é preciso considerarmos seriamente as diferentes condições sociais de vida e liberdade, as relações de poder (entre os diferentes grupos sociais), assim como, o pensamento racial a elas pertencente.

Entretanto, as dificuldades intrínsecas a esses últimos questionamentos são imensas e impõem barreira quase intransponível de ser ultrapassada, ao menos, a partir dos documentos disponíveis e consultados, o que é potencializado ao trabalharmos somente com os registros de óbitos ou, até mesmo, quando em conjunto dos exames de corpo de delito e autópsia, conforme visto. Para o próximo capítulo procuraremos, senão derrubar, ao menos analisar parte desta barreira a partir do enfoque racial que, como veremos, fazia parte da formação acadêmico-profissional dos médicos brasileiros, na segunda metade do século XIX.

5 MEDICINA, ENSINO, RAÇA, DOENÇAS E CAUSAS DE MORTE

*Nimium ne crede colori*⁴⁸⁰.

Dentre os aspectos problemáticos que cercam os registros de causa de morte realizados pelos médicos, talvez o mais complexo de ser identificado e analisado pelos pesquisadores seja a relação entre a medicina, a sua compreensão sobre as doenças/causas de morte e o pensamento racial. Dentro disso, no contexto brasileiro da segunda metade do século XIX, devemos considerar que as concepções raciais se relacionam com a organização da vida social, com as relações de trabalho, ambas atravessadas pela escravidão de pessoas negras. Destaquemos, em tempo, que estes aspectos e estas marcas não desapareceriam com o gradativo recrudescimento do trabalho escravo: sofreriam transformações, mas ainda se fariam presentes na passagem do século XIX para o século XX.

São muitas as dificuldades em identificar interferências raciais nos diagnósticos dos óbitos, ao menos, de forma direta, isto por que, como vimos, os registros de óbitos são pouco qualitativos nas suas informações. Nesta fonte, dentre as informações relacionadas à raça, destaquemos a indicação da cor, concebida como um dado racial que remete à posição social de um indivíduo ou grupo. E, considerando ser um documento de característica serial, esta informação pode ser trabalhada e analisada como um sistema racial classificatório, referente a uma sociedade específica: como escreveu Steve Fenton: “As raças são o que é culturalmente construído como raças nos discursos locais”⁴⁸¹.

Lembremos que o registro da cor, assim como a causa do óbito, era definido e informado pelo médico. Desse modo, para além de viabilizar a observação sobre as concepções raciais sobre uma população específica, os registros de óbitos possibilitam a análise relacional entre os diversos dados referentes a um mesmo óbito, incluindo, a causa da morte. Porém, dois alertas: o alcance da relação causal entre cor e raça é frágil e muito limitado e, nesta esteira, também o é identificar se o diagnóstico informado pelo médico está mais ligado a uma concepção racializada e/ou racista do que a uma visão físico-biológica sobre a causa de morte. De forma ligada, a junção de ambos os alertas se demonstra como uma possibilidade muito verossímil,

⁴⁸⁰ Trecho da tese de Christiano Henrique Braune, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A frase citada por Braune pertence ao poeta grego Públio Virgílio Maro. BRAUNE, Christiano Henrique. Sem título. Dissertação. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1885

⁴⁸¹ FENTON, Steve. *Etnicidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p. 46.

ao compreendermos o funcionamento da ciência médica e antropológica, do século XIX, como veremos a seguir.

Com este horizonte, no sentido de buscarmos maior densidade para a análise dos aspectos raciais em torno dos diagnósticos, trabalharemos os registros de forma aliada a outras fontes de caráter mais qualitativo, tais como produções acadêmicas e científicas da medicina, entre elas teses de medicina, artigos científicos entre outros. Buscaremos enfatizar, dentro das possibilidades oferecidas pelos poucos documentos disponíveis (e existentes), produções de médicos que atuavam em Porto Alegre, no período examinado.

Visamos assim, neste capítulo, desvelar os mecanismos raciais incutidos na medicina brasileira e nos seus agentes no que toca à compreensão das doenças e grupos sociais, examinando as possíveis interferências do pensamento racial na produção dos registros de óbitos e, principalmente, as suas consequências para a pesquisa sobre mortalidade, referente àquele contexto específico.

5.1 ENSINO MÉDICO, CIÊNCIA E RAÇA

Para o tratamento dos objetivos deste capítulo e das fontes que serão trabalhadas é preciso, de antemão, delinear o panorama contextual em que se inseria o ensino acadêmico da medicina no Brasil, bem como, as ligações que se estabeleciam entre ciência, medicina e raça, na segunda metade do século XIX. Iniciemos pelo ensino médico, para após aprofundarmos os aspectos raciais que se integravam às concepções médico-científicas.

5.1.1 Ensino médico no Brasil

No século XIX, o campo científico e acadêmico da medicina no Brasil contava com poucas instituições de pesquisa e ensino: a Academia Imperial de Medicina (1835)⁴⁸², a Faculdade de Medicina da Bahia e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A vinda da

⁴⁸² Anteriormente chamava-se Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829). Ver: DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>].

família real para o Brasil, decorrente das guerras napoleônicas, foi aspecto fundamental para a criação dessas instituições. As duas faculdades tiveram origem nas escolas cirúrgicas fundadas logo após a chegada da família real ao Brasil, em 1808. A conjuntura de afastamento da metrópole e da existência de poucos médicos (e até mesmo de cirurgiões no Brasil), fez com que, poucos anos depois, as escolas fossem transformadas em duas academias: a da Bahia, em 1813 e a do Rio de Janeiro, em 1815⁴⁸³. Tal modificação fez com que ocorresse maior institucionalização dos cursos médicos, com os seus programas reformulados e ampliados. Ainda naqueles anos iniciais, os títulos fornecidos pelas academias não implicavam em proibição do exercício das práticas cirúrgicas por não diplomados, cabendo à Fiscatura-mor a autorização e fiscalização do exercício da medicina no Brasil⁴⁸⁴.

As primeiras décadas das academias foram marcadas pela falta de recursos e por formação um tanto precária, resultando em descontentamentos e clamor por reformas, por parte dos seus administradores. Tal processo culminou na fundação da Sociedade de Medicina, que por sua vez, incentivou e promoveu reformas no ensino médico brasileiro, tendo buscado inspiração no modelo francês.

A partir dessas modificações se originou projeto que, aprovado em lei em 1832, transformaria as academias médico-cirúrgicas em faculdades de medicina. Novas regras passaram a vigorar naquelas instituições, ocorrendo também mudança curricular e alongamento do curso, que passou a exigir seis anos para a formação. Dentro disso, o perfil socioeconômico dos alunos nos cursos oferecidos pelas faculdades *da terra* cada vez mais se elevava na medida em que a profissão se valorizava, tornando-se, gradativamente, um espaço privilegiado de formação acadêmica da elite brasileira⁴⁸⁵.

⁴⁸³ SCHWARCZ, Lília Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. P. 254.

⁴⁸⁴ Conforme segue: “O físico-mor e seus delegados eram responsáveis, no Brasil, pelo controle da medicina exercida por diferentes curadores, como físicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores e parteiras. Cabia-lhes ainda fiscalizar as boticas e o comércio de drogas, devendo inspecionar periodicamente o estado de conservação dos estabelecimentos e dos medicamentos vendidos, bem como os preços praticados. Os comissários do físico-mor também constituíam juntas perante as quais prestavam exames os candidatos à carta de habilitação para o exercício da medicina e, em sua ausência, as câmaras municipais nomeavam seus integrantes. Feito o exame prático e de conhecimentos sobre medicina, os resultados eram enviados ao físico-mor em Lisboa para concessão ou não da carta de habilitação. Apesar disso, a vigilância foi bastante precária nas primeiras décadas da colonização. Às enormes distâncias entre as cidades e vilas somava-se à escassez de profissionais, o que muitas vezes forçava as Câmaras do Senado, os corregedores e capitães-generais das capitanias a exercerem eles mesmos a fiscalização do exercício das artes médicas e cirúrgicas”. MAPA: Memória da Administração Pública Brasileira. Físico-mor/Fiscatura-mor do Reino, Estado e Domínios Ultramarinos. Dilma Cabral. Disponível em: [<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2662>]. Acesso em jan. 2013.

⁴⁸⁵ Destacando que, anteriormente, os brasileiros buscavam a formação em medicina, principalmente, na Faculdade de Coimbra. *Ibid.*, p. 257.

O papel das faculdades ganharia maior protagonismo a partir da década de 1850, principalmente, após a reforma de 1854. Conforme Ana Martins, apesar das dificuldades enfrentadas, o nível dos conhecimentos não seria tão defasado em relação aos estudos produzidos pelas faculdades estrangeiras. Inclusive, os acervos das bibliotecas de ambas as instituições cresceriam, contando com os títulos mais importantes produzidos para aquela área, no século XIX⁴⁸⁶.

Cabe ressaltar que até 1850, a Academia Imperial de Medicina exerceu papel preponderante no campo científico, conforme Edler:

[...] ao mesmo tempo que se impusera como instrumento da política imperial da saúde pública, tornara-se o principal árbitro das inovações médico-científicas, contribuindo para sancionar tanto novas tecnologias em diagnóstico e terapêutica, quanto novos conceitos e teorias estritamente voltados para o conhecimento da patologia brasileira⁴⁸⁷.

Com a criação da Junta Central de Higiene Pública em 1850 (entre outros motivos, pela ocorrência de graves epidemias naqueles anos), o papel preponderante que a Academia exercia seria deslocado. Sociedades de medicina seriam criadas e o periodismo científico cresceria, principalmente no Rio de Janeiro e na Bahia, abrigando as duas únicas faculdades do país⁴⁸⁸. Na segunda metade do século XIX, para além de formarem a maior parte dos médicos que atuariam no Brasil, também passaram a impulsionar os estudos científicos da área. Como consequência desse processo, foram criados novos cursos e áreas específicas de estudo.

Tal contexto foi também marcado e impulsionado pela participação ativa de médicos na Guerra do Paraguai, nas epidemias de cólera, febre amarela, varíola etc., gerando a figura do *médico missionário*, proponente de cura e intervenção sobre os problemas de saúde, que almejava para a medicina o papel de “tutora da sociedade”⁴⁸⁹. Os periódicos médicos, tendo em vista a participação de muitos dos seus professores nas suas produções, para além de refletirem o cenário acadêmico de ambas as faculdades, também se transformaram em veículo importante para a discussão dos interesses científicos, profissionais e políticos da classe médica.

⁴⁸⁶ MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 288 pp. P. 151.

⁴⁸⁷ EDLER, Flavio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.2, pp. 357-385. P. 365.

⁴⁸⁸ *Ibid.*, p. 375.

⁴⁸⁹ SCHWARCZ, op. cit., p. 259.

De forma geral, as pesquisas realizadas, expostas por meio de artigos em revistas médicas ou ainda, teses médicas, eram construídas e conduzidas de forma articulada com o que se produzia internacionalmente, inspirando-se em ideias estrangeiras, muitas vezes absorvendo-as e/ou remodelando-as, ou ainda, constituindo conhecimentos próprios sobre a fisiologia humana, doenças e questões relacionadas⁴⁹⁰. Suas teorias, métodos, práticas e discursos, como era de se esperar para um campo científico, eram expressos sob forma racional e objetiva, de acordo com as regras de validação e natureza daquele meio científico⁴⁹¹, o que já pudemos observar por meio da análise dos exames de corpo de delito e autópsia.

Principalmente a partir da metade da década de 1860, é demonstrada pluralidade de ideias e entendimentos sobre os temas tratados nas pesquisas. Havia espaço para estudos que tinham como embasamento a determinação climática (ou climatologia médica, que seguia o modelo etiológico hipocrático), que atribuía a produção de doenças a fatores ambientais locais, interligadas com indivíduos específicos, observados como tipos humanos⁴⁹² e; contrastando com essa teoria, uma nova concepção sobre as doenças, a etiologia parasitária⁴⁹³, que se estabeleceria como nova ortodoxia médica, já na última década do século XIX, mediante construção coletiva de práticas e conceitos entre ambas as teorias⁴⁹⁴. Destacamos, daquele contexto, a influência de ideias deterministas e raciais⁴⁹⁵ dentro da medicina, tais como as teorias monogenista e poligenistas, ou ainda, as áreas de estudo conhecidas como frenologia e antropologia criminal.

Buscando verificar quantitativamente a força destas ideias na medicina brasileira, Schwarcz identificou que a Revista Gazeta Médica da Bahia, entre os anos de 1870 e 1930, teve a maior parte das suas publicações relacionadas à higiene pública (617 publicações, conformando 33% do total de publicações). Esta área compreendia temas como a epidemiologia, saneamento, higienização, demografia e meteorologia, assuntos em que, muitas vezes, o tema raça era trabalhado. No periódico *Brazil Médico*, iniciado em 1887, destacava-se

⁴⁹⁰ Tal como a “Medicina Tropical”. Sobre o caráter científico da medicina brasileira e mundial, imersa em seus contextos sociais específicos, ver: EDLER, Flavio Coelho. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. Tese de mestrado, FFLCH-USP, Departamento de Pós-graduação em História, São Paulo, 1992.

⁴⁹¹ EDLER, 2002, op. cit.,

⁴⁹² EDLER, Flavio Coelho. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. P. 16-21.

⁴⁹³ Que poderia ser, ou não, de vertente pastoriana.

⁴⁹⁴ EDLER, 2011. Op. cit., p. 16.

⁴⁹⁵ Ibid., p. 271.

a área de medicina pública (que pode ser considerada equivalente à higiene pública), com 5.178 publicações (39% do total) entre 1887 e 1930⁴⁹⁶.

Infelizmente, não temos indicações quantitativas sobre as teses que abordaram tais temáticas, mas tendo em vista a análise realizada por esta pesquisa é certo que, se não foram objetos centrais, permearam sob diferentes formas muitos dos estudos produzidos, por vezes, de modo um tanto sutil. De modo geral, das produções analisadas, percebemos que professores, médicos-cientistas, médicos e alunos de medicina, por meio das suas produções, procuravam demonstrar que a função da medicina ultrapassava o intuito de somente curar as doenças: a busca pela prevenção e intervenção se tornava elemento essencial, sendo o meio social e a sua complexidade o campo privilegiado de atuação da medicina. Observam-se tentativas de *sanear* o Brasil dos seus principais problemas (e *doenças*), incluindo-se aí o regime escravagista e os problemas de cunho racial por ele gerado, que por sua vez, eram também interligados às mais diversas enfermidades.

5.1.2 Raça e ciência

Busquemos entender os significados de raça dentro da medicina, mas sem perder de vista os seus aspectos mais gerais de compreensão. Segundo Michael Banton⁴⁹⁷, um dos principais limitadores para a compreensão de raça se deve ao entendimento ocidental, contemporâneo, de que as concepções atualmente existentes teriam surgido do início das relações entre brancos e negros no decorrer das viagens de europeus aos continentes americano, africano e asiático.

Este é um fator importante para compreendermos a base do pensamento racial que se vinculou ao cenário científico do século XIX. De acordo com Banton, tal visão subestima significados valiosos em torno do conceito, que estão ligados a mudanças sociais ocorridas dentro do continente europeu. Se considerados esses significados, a concepção de raça, ainda que compatível com noções de distinções “naturais”, não teria conotação biológica⁴⁹⁸. Porém,

⁴⁹⁶ SCHWARCZ, op. cit., p. 272.

⁴⁹⁷ BANTON, Michael. *A ideia de raça*. São Paulo: Martins Fontes, 1977. P. 24.

⁴⁹⁸ Para ilustrar esta ideia, Banton analisa a questão dos ingleses se pensarem como uma raça, sem estabelecer relações com povos não europeus. Karl Monsma, em análise recente, coloca em pauta o preconceito contra os judeus. BANTON, op. cit., p. 26-27. MONSMA, Karl. *Racialização, racismo e mudança: um ensaio teórico, com exemplos do Pós-abolição paulista*. XXVII Simpósio Nacional de História. Natal, RN. Jul. 2013.

Banton não nega o efeito causado do contato entre europeus e povos africanos, americanos e asiáticos, para o desenvolvimento das categorias raciais europeias que seriam ampla e profundamente utilizadas pela medicina científica da segunda metade do século XIX e início do XX, em países ocidentais. Conforme Banton:

No século XVIII, a palavra “raça” era primeiramente usada para a descendência comum de um conjunto de pessoas; as suas características distintivas eram dadas por assentes e a categoria “raça” usava-se para explicar como as conseguiram. No século XIX, “raça” tornou-se um meio de classificar as pessoas por essas características⁴⁹⁹.

Diferenças essenciais, construídas sobre determinados povos, ligadas a aspectos étnicos, culturais, anteriormente também definidas como raça, passariam a ser vinculadas a dispositivos de classe social, nação e nível desenvolvimento (de acordo com os parâmetros europeus), tendo como chave explicativa, principalmente, o fenótipo. No século XIX, raça também significaria uma qualidade física inerente⁵⁰⁰, biologicamente diferente, utilizada para definir outros povos e, ainda, para se auto definir.

Neste sentido: “[...] os europeus desenvolveram primeiramente o conceito de raça como uma interpretação da sua própria história. Tendo racializado o Ocidente, os seus sucessores trataram de racializar o resto do mundo”⁵⁰¹. A humanidade, neste discurso, estaria dividida em raças e, paralelamente, dava-se a necessidade de se explicar as diferenças raciais, momento em que a ciência se demonstrou como ferramenta muito útil.

As doutrinas raciais do século XIX foram influenciadas profundamente pelas ideias de biólogos do século XVII e XVIII. De um lado, com menos seguidores, haviam os que defendiam a poligenia⁵⁰², prescindindo das explicações bíblicas, entendendo que as diferentes raças já existiam desde o princípio. De outro, a teoria da monogenia, demonstrando que todos os homens descendiam de Adão e que o mundo teria seis mil anos de idade⁵⁰³.

⁴⁹⁹ BANTON, op. cit., p. 39.

⁵⁰⁰ Ibid., p. 30.

⁵⁰¹ Ibid., p. 66.

⁵⁰² Ibid., p. 26. A poligenia atingiu maior expressão nos Estados Unidos da América, com os estudos de Samuel George Morton.

⁵⁰³ BANTON, op. cit., p. 26. GOULD, op. cit., p.26. Os monogenistas ganhavam legitimação por meio das escrituras bíblicas, com mito dos irmãos Jafé, Sem e Cam, filhos de Noé. Os três irmãos, se tornariam patriarcas de diversas nações do mundo. A Europa para os filhos de Jafé, a Ásia para os de Sem e a África para os de Cam. Deve-se mencionar, ainda, a maldição que envolve o mito: Cam e os seus descendentes (os Cananeus) haveriam de server como escravos aos demais povos.

O problema residiria na seguinte questão: como explicar as diferenças de *desenvolvimento* entre europeus e demais povos existentes, tendo como parâmetro ideal e ótica de princípio de análise, os europeus? Para os primeiros (poligenistas), os negros (e outros povos não europeus) constituiriam outra forma de vida, não participando da igualdade plena do (verdadeiro) homem⁵⁰⁴. Para os segundos (monogenistas), as raças humanas e as diferenças raciais seriam produto da degeneração humana a partir da perfeição do paraíso. Para os mais *brancos*, a degeneração seria menor, para os mais *negros*, maior. Aspectos climáticos também se ligariam a esta explicação⁵⁰⁵.

Para além da necessidade de abordar e buscar esclarecer essas distinções, também havia, de forma conjunta, o imperativo de classificar os *diferentes*, de acordo com parâmetros avaliativos que eram cada vez mais delimitados e complexos. Destacamos, neste ponto, a distinção teórica entre racialização e racismo. O primeiro, consiste em classificar pessoas de acordo com características (culturais, sociais, físicas etc.) consideradas próprias ou não de uma “raça”; o segundo se demonstra na tentativa de dominação de um grupo sobre outro, tendo como base uma ideologia que naturaliza negativamente o indivíduo ou grupo que se quer subordinar, fazendo uso da racialização⁵⁰⁶. Desse modo, o racismo depende da racialização, conformando-se como classificação hierárquica entre grupos humanos, sob as mais diversas formas e meios, dos quais a ciência e a medicina fizeram parte na criação dos seus conceitos, parâmetros e delimitações.

Mesmo que no século XVIII já existissem sistemas de classificação de agrupamentos de seres humanos por características físicas e regionais (tal como os criados por Carlos Lineu e, mais tarde, Blumenbach)⁵⁰⁷, tal conhecimento seria aprofundado no século XIX. Neste ínterim se desenvolvia a doutrina tipologista⁵⁰⁸, que se utilizou do conceito de tipo⁵⁰⁹, criado no

⁵⁰⁴ GOULD, op. cit., p.26. A denominação “homem” aqui utilizada se articula com a visão da medicina científica que tinha como padrão de perfeição o homem (em relação à mulher, que também seria um ser inacabado), branco, europeu.

⁵⁰⁵ E ainda: “O degeneracionismo foi provavelmente o argumento mais popular, se não por outro motivo, porque as Sagradas Escrituras não podiam ser rejeitas levemente”. GOULD, op. cit., p.26.

⁵⁰⁶ BANTON, op. cit., p. 30. Ver também: MONSMA, op. cit.,

⁵⁰⁷ No sistema de Lineu, haveria os seguintes tipos: “Americanus”, “Asiaticus”, “Africanus” e “Europeanus”, “Homo ferus” e “Homo monstruosus”. Blumenbach adotou o seguinte esquema: caucasóide, mongolóide, etiópica, americana e malaia. Para maior aprofundamento, ver: BANTON, op. cit., p. 39-75.

⁵⁰⁸ Segundo Banton, a teoria tipologista foi absorvida mais rapidamente nos Estados Unidos do que na Europa.

⁵⁰⁹ Conforme Banton: “O tipo era uma noção muito conveniente por não estar ligada a qualquer nível classificatório peculiar na Zoologia, tornando assim fácil referir tipos físicos característicos de determinadas nações, “tipos de conformação craniana” ou dizer que um crânio “se aproximava do tipo Negro”, sem ter de estabelecer em que consistia exatamente este tipo. Este paradoxo foi notado naquele tempo [...]”. BANTON, op. cit., p. 40.

início do século XIX a partir dos trabalhos de Georges Cuvier⁵¹⁰, pesquisador continuador do trabalho de Lineu e seguido por James Cawles Prichard⁵¹¹.

No pensamento de Cuvier haviam duas características fundamentais para a classificação das raças humanas: a primeira, a hierarquia estabelecida tendo os brancos no topo e os negros na base da pirâmide cultural, social e econômica; a segunda, a influência exercida pelo físico (heranças físicas permanentes) nas diferenças de cultura e qualidade mental⁵¹². Destaquemos que entre os tipologistas, incluíam-se poligenistas e monogenistas⁵¹³.

De forma comum, os tipologistas (biólogos e antropólogos como Gobineau, Morton, Knox, Nott, Vogt, Broca, Agassiz entre outros) conduziram seus estudos por meio de classificações que tinham como base medições de partes do corpo humano. Estas mensurações tinham os seus padrões previamente teorizados de acordo com as hierarquias já definidas de raça que (que levavam em conta aspectos em torno da capacidade mental e valoração de culturas), de forma mais objetiva, acabavam por refletir a organização social e econômica existente e as suas diferenças. Dessa maneira, sob as mais distintas e variadas metodologias e experimentos, avançaram a teoria da superioridade ariana sobre as demais *raças*.

O principal desafio imposto aos tipologistas foram os dados obtidos por Darwin (Teoria Evolucionista), que comprovaram a não permanência das espécies e a sobrevivência dos mais aptos. Ocorreram reações (tal como de Vogt), porém, foram readequadas na medida em que as ideias de Darwin ganhavam força e se comprovavam no meio científico⁵¹⁴. Assim ilustra Jay Stephen Gould, sobre esta contenda:

A teoria evolucionista eliminou a base criacionista que sustentava o intenso debate entre os monogenistas e os poligenistas, mas satisfaz ambas as partes proporcionando-lhes uma justificação ainda melhor para o racismo de que ambas compartilhavam. Os monogenistas continuaram a estabelecer hierarquias lineares das raças segundo seus respectivos valores mentais e

⁵¹⁰ Cuvier adotaria a seguinte classificação racial: caucasiana, mongólica e etiópica.

⁵¹¹ Ambos adeptos da explicação bíblica, mas, acreditavam que ela deveria ser complexificada, de acordo com os novos dados que aquela ciência obtia ou construía.

⁵¹² BANTON, op. cit., p. 45. Avançando os estudos de Cuvier, Robert Knox, em 1850, tornaria compreensível a teoria da tipologia racial, sendo exposta sob a forma de quatro características: “[...] as variações na constituição e no comportamento dos indivíduos devem ser explicadas como a expressão de diferentes tipos biológicos subjacentes de natureza relativamente permanente [...] as diferenças entre estes tipos explicam as variações nas culturas das populações humanas [...] a natureza distinta dos tipos explica a superioridade dos europeus em geral e dos arianos em particular [...] a fricção entre as nações e os indivíduos de diferente tipo tem a sua origem em caracteres inatos”. Ibid., p. 60.

⁵¹³ Por exemplo, Samuel Geroge Morton, poligenista, adotou o sistema de classificação de Blumenbach, monogenista.

⁵¹⁴ BANTON, op. cit., p. 65-66.

morais; os poligenistas tiveram então de admitir a existência de um ancestral comum perdido nas brumas da pré-história, mas afirmavam que as raças haviam estado separadas durante um tempo suficientemente prolongado para desenvolver diferenças hereditárias significativas quanto ao talento e à inteligência⁵¹⁵.

De acordo com Gould, os teóricos monogenistas e poligenistas, mesmo com o advento da teoria de Darwin, não perderam o seu prestígio. A segunda metade do século XIX ficaria marcada pela evolução da antropologia em pesquisas do gênero e, dentro disso, pela criação de inúmeros métodos de classificação, medição e quantificação do corpo humano, das suas partes e órgãos, sob ponto de vista racial⁵¹⁶.

O darwinismo social (ou racial), de acordo com Schwarcz, fez “dos atributos externos e fenotípicos elementos essenciais, definidores de moralidades e do devir dos povos”⁵¹⁷. Tais ideias e estudos também foram utilizados para explicar e/ou justificar a escravidão sobre povos africanos e seus descendentes, assim como, a posição socioeconômica fragilizada desses e de outros povos não europeus em estados estrangeiros comandados por brancos (inclusive no continente africano), como se fosse uma consequência dos *estatutos naturais* de dominação. Estas teorias eram utilizadas, inclusive, para explicar o *atraso* das regiões de procedência desses povos (tendo como parâmetro a Europa industrializada e capitalista).

Os estudos tipologistas do contexto não europeu se concentraram nos Estados Unidos, em período muito próximo à Guerra Civil, imersos a opiniões diferenciadas sobre os benefícios ou malefícios da escravidão e, por isso, entendemos que a sua visão seria diversificada e, talvez, ainda mais complexa. Boa parte dos cientistas americanos da tipologia viviam no Norte e, mesmo que a maioria fosse contrária à escravidão, não podemos associá-los a uma visão valorativa dos negros no meio social, aliás, muitas vezes poderia ocorrer o oposto⁵¹⁸. Sob outro ponto de vista, a identificação dos negros como espécie inferior também poderia ser usada para justificar a escravidão, seja antes, seja após o surgimento da teoria evolucionista⁵¹⁹.

Conforme trazido, dentro desse campo científico se incluía a medicina que, na segunda metade do século XIX, aliou-se à antropologia ao tratar das relações entre raças e doenças. Seus

⁵¹⁵ GOULD, op. cit., p. 65.

⁵¹⁶ Ibid., p. 65.

⁵¹⁷ SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira*. São Paulo: Claro Enigma, 2012. p. 20.

⁵¹⁸ GOULD, op. cit., p. 59.

⁵¹⁹ Argumento utilizado também por escravagistas sulistas, homenageando Morton. Esta visão era fortificada com argumentos monogenistas (Morton e Agassiz o eram), aliando-se à narrativa bíblica da maldição sobre Cam. Ibid., 60.

estudos estariam baseados em uma diferenciação essencialista que considerava aspectos culturais, traços fenotípicos e anatômicos, que se vinculavam a um aparato teórico hierarquizado previamente definido (ou socialmente construído) que iria *enquadrar*, dentro das regras do campo científico, as distinções encontradas⁵²⁰. Em suma, ‘raça’ se mostrava como uma ferramenta de produção e operação de sentidos organizadores e justificadores - os sistemas classificatórios - de uma ordem social, tendo como princípio e fim a dominação dos *outros*, os não europeus, principalmente, os povos nascidos em África e seus descendentes.

Essas ideias, como veremos, ganharam eco no contexto brasileiro. Conforme ilustra a historiografia brasileira, o seu maior expoente dentro do campo antropológico e médico na virada do século XIX para o século XX, talvez tenha sido o médico e antropólogo maranhense Nina Rodrigues, isso devido à profundidade das suas pesquisas e amplitude de divulgação e seguimento dos seus estudos. Rodrigues esteve vinculado às duas faculdades de medicina brasileiras existentes no século XIX, foi adepto de ideias poligenistas e defendia que a mistura de espécies (ou raças) sempre levaria à degeneração⁵²¹. Rodrigues, nas suas pesquisas, esmerou-se em aprofundar as classificações raciais, tomando como laboratório a profunda e complexa miscigenação étnica (‘racial’, na linguagem do médico-antropólogo maranhense) da sociedade brasileira.

Entretanto, mesmo registrando a sua devida importância para aquele contexto de ideias e ações, entendemos que Nina Rodrigues não foi o único, nem mesmo o primeiro, a fazer uso do pensamento racial na medicina científica brasileira. De acordo com o ponto de vista adotado para esta tese, a *mecânica racial* da medicina brasileira, para muito além de estar ligada a um ou outro nome de grande expressão, fazia-se presente tanto em macros como em micros contextos, atravessados pela produção de trabalhos científicos, teses de conclusão de curso e, ainda, por meio de sistemas de classificação raciais mais ou menos diretos, tal como o encontrado nos registros de óbitos – a informação cor - que, como vimos, também era produzida pelos médicos estabelecidos em Porto Alegre, ao atestarem os óbitos.

⁵²⁰ Stephen Jay Gould demonstra de forma perspicaz como os tipologistas esforçavam-se neste sentido, sempre buscando a segurança oferecida pelos métodos validados por aquela ciência.

⁵²¹ Rodrigues conduzia as suas pesquisas por meio da Faculdade de Medicina da Bahia, com grande número de publicações na Revista Gazeta Médica da Bahia, da qual foi editor-chefe, na década de 1890. SCHWARCZ, op. cit., p. 21. Ver também: CORRÊA, M. *As ilusões da Liberdade: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: EDUSF, 1998. EDLER, Flavio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.2, pp. 357-385.

5.2 PRODUÇÕES DA MEDICINA E PENSAMENTO RACIAL

Os registros de óbitos e as produções textuais científicas da medicina, no conjunto das suas informações, se demonstram como reflexos do pensamento racial e dos *sistemas classificatórios raciais* utilizados pela medicina: os textos médicos nos possibilitam informações mais qualitativas e ao mesmo tempo mais universais sobre o pensamento racial; já os registros de óbitos, no ponto de vista aqui direcionado, demonstra-nos a expressão da prática cotidiana de classificar racial e socialmente. Dessa maneira, tais produções intelectuais, técnicas e burocráticas contêm o plano conceitual, teórico e prático do pensamento racial na medicina, o *hábito* de racializar, por estes meios consolidando o reconhecimento das raças e dos seus elementos definidores, dos seus sentidos, das suas consequências, na prática social⁵²².

Ressaltamos que a informação da cor, entendida como uma classificação racial (e fonte de *informações sociais*⁵²³), internaliza símbolos raciais (ligados ao contexto social) valorativos e depreciativos relacionados a grupos sociais, gerando efeito de *estigma*⁵²⁴. E, ao analisarmos produções médico-científicas da segunda metade do século XIX, veremos que as doenças também foram *incorporadas* ao aparato de ideias raciais e, conseqüentemente, às concepções de cor, que se ligavam a aspectos culturais e sociais (organização do trabalho, locais de moradia etc.) de vida. Nesta ótica, a raça, a cor e a doença, interligadas, potencializariam o efeito de estigma e o entendimento sobre o lugar social de pertencimento (classificação) de determinado indivíduo.

Buscando melhor compreensão sobre tais mecanismos, é interessante pensarmos no conceito de corpo e doença e na ligação entre ambos. Podemos entender a doença (e poderemos estender para a causa de morte), ao menos, sob três perspectivas: a macrossocial, a do médico sobre a patologia e a do enfermo.

⁵²² Ideia concebida a partir de Fenton, ao analisar procedimentos administrativos atuais nos Estados Unidos, relacionados à raça. FENTON, Steve. *Etnicidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p. 50.

⁵²³ Neste ponto, nos baseamos no conceito de estigma de Erving Goffman. De acordo com este autor: “No estudo do estigma, a informação mais relevante tem determinadas propriedades. É uma informação sobre um indivíduo, sobre suas características mais ou menos permanentes, em oposição ao estado de espírito, sentimentos ou intenções que ele poderia ter num certo momento. Essa informação, assim como o signo que a transmite, é reflexiva e corporificada, ou seja, é transmitida pela própria pessoa a quem se refere, através da expressão corporal na presença imediata daqueles que a recebem. Aqui chamarei de “social” à informação que possui todas essas propriedades. Alguns signos que transmitem informação social podem ser acessíveis de forma frequente e regular, e buscados e recebidos habitualmente; esses signos podem ser chamados de símbolos”. GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. p. 52-53. Grifos nossos.

⁵²⁴ BANTON, Michael. *A ideia de raça*. São Paulo: Martins Fontes, 1977. P. 24.

Detemo-nos sobre as duas primeiras, trazendo as ideias de Arthur Kleinman⁵²⁵ e Ronald Frankenberg⁵²⁶: a perspectiva macrosocial da doença, trazida por aqueles autores como *Sickness*⁵²⁷, nos leva ao entendimento mais contextual sobre ela, ligada aos fatores sociais, econômicos, políticos em que o *adoentado* está inserido; já a perspectiva do médico sobre a patologia (“*Disease*”), é a concepção sobre a doença realizada sob olhar treinado a partir das teorias científicas da medicina, dotada de um linguajar profundamente técnico e abstrato baseado na racionalidade científica. Tem a sua ênfase na evidência física, visão esta que, como vimos, fica muito explícita nos exames de corpo de delito e autópsia e que, podemos também estendê-la para a verificação dos óbitos e diagnóstico das causas de morte. Desse modo, conforme já delineado, constatamos a junção de ambas as perspectivas: o olhar científico se demonstra imerso e não alheio ao contexto macrosocial.

Assim, se a concepção sobre a doença se liga ao contexto social também quando pensamos no aferimento sobre a causa de morte, devemos considerar que esta ligação se materializa através da análise de um corpo, que por sua vez, também pode ser compreendido conceitualmente sob três formas, de acordo com Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock⁵²⁸: corpo individual, social e político. Detemos o nosso olhar sobre o *corpo social*, que é compreendido como o mundo incorporado, como um reflexo ou representação da sociedade na qual ele está inserido⁵²⁹. Entretanto, o corpo social é sempre representado, materialmente, pelo corpo biológico.

Interligando tais conceitos, a perspectiva da doença sob olhar médico se dá sobre um corpo individual e social, ambos (olhar médico e corpo analisado) inevitavelmente conectados com ideias sociais, morais, culturais, políticas e raciais, também ligadas a formas de poder e controle. E, neste caldeirão, corpo, raça (através dos seus elementos classificatórios, entre eles a cor e aspectos culturais, sociais e econômicos) e doença conformam as estruturas que indivíduos e grupos poderão ser classificados e, ainda, sofrer o efeito de estigma (também pela cor e doença).

⁵²⁵ KLEINMAN, A. *The Illness Narrative. Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books. 1988.

⁵²⁶ FRANKENBERG, R. *Your Time or Mine: temporal Contradictions of Biomedical Practice*. FRANKENBERG, R. *Time, health & Medicine*. Londres, Sage Publications Ltd, 1992.

⁵²⁷ Por não poder ser dado, na tradução para o português, o sentido correto a cada um dos conceitos, optou-se por deixá-los na língua original.

⁵²⁸ SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret M. *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar. 1987), pp. 6-41.

⁵²⁹ SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret M. *op. cit.*

De acordo com Goffman, no que toca ao conceito de estigma: “A informação social transmitida por qualquer símbolo particular pode simplesmente confirmar aquilo que outros signos nos dizem sobre o indivíduo, completando a imagem que temos dele de forma redundante e segura”⁵³⁰. Entendemos, ainda, que os “outros signos” trazidos por Goffman podem não estar sendo demonstrados de forma aparente e direta pelo corpo, talvez as mais importantes para a classificação racial no Brasil, tal como a informação da condição de escravo⁵³¹. No entanto, esta informação acarretaria impacto significativo na observação do indivíduo e construção das percepções raciais, da consequente definição da cor e das doenças.

Ligado a tais aspectos, de acordo com a historiografia pertinente, bem como, conforme constatado na pesquisa aqui empreendida, da primeira metade do século XIX até o início da década de 1880, dentre as produções médico-científicas brasileiras, são raras as abordagens raciais baseadas mais diretamente em caracteres físicos, relacionados às doenças⁵³². Aliado ao entendimento sobre o conceito raça aqui pensado, seria simplista e limitador pensarmos que os aspectos raciais estariam limitados a caracteres físicos e biológicos: estes se configurariam como apenas um de tantos atributos que podem ser remetidos aos construtos raciais.

Desse modo, para aquele período (até o final da década de 1870), constatamos que os estudos médicos brasileiros, em grande parte, enfocavam aspectos raciais menos diretos (ou seja, não especificando tipos raciais) e mais ligados às diferentes condições de liberdade, de trabalho, à moralidade e à cultura, ainda que pesquisadores estejam descobrindo exceções neste sentido, tal como identificado por Regina Xavier⁵³³. Destaquemos que, com o crescimento do enfoque sobre os aspectos físicos e biológicos a partir dos anos oitenta, tais características ainda exerceriam o seu peso analítico, porém, a sua importância se demonstraria de forma mais secundária.

⁵³⁰ GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. p. 52-53.

⁵³¹ Porém, nas fontes que serão utilizadas nesta pesquisa, entendemos que esta informação era obtida, no momento do registro, antes da atribuição e definição da cor.

⁵³² Vide: KODAMA, Kaori. “Os debates pelo fim do tráfico do periódico O Philantropo (1849-1852) e a formação do povo: doenças, raça e escravidão”, *Revista Brasileira de História*, n.56, dez/2008.

⁵³³ A partir da análise sobre a tese do médico José Rodrigues Lima Duarte, Xavier examinou como as doenças e condições de vida dos africanos e crioulos eram percebidas e quais eram as proposições sobre diagnósticos e tratamentos de doenças por parte dos médicos no Brasil (Colônia e Império) para aquele contingente populacional. Xavier situa a tese de Lima Duarte como próxima dos debates políticos que discutiam o tráfico atlântico de escravos para o Brasil, isso devido a Duarte denunciar o tráfico e os senhores pela alta mortalidade e precariedade das condições de vida dos escravos, entretanto, não defendia o fim da escravidão. XAVIER, Regina Célia Lima. *As enfermidades de africanos e escravos: a perspectiva de Oliveira Mendes e Lima Duarte (em preparação)*. Porto Alegre, 2017.

Ressaltando tais aspectos, nesta parte do capítulo nos deteremos sobre como a ciência médica brasileira e porto-alegrense, através dos seus agentes, das suas produções científicas e técnicas, pensava os aspectos raciais de forma interligada às doenças e, dentro disso, elaborava critérios de racialização, os seus elementos classificatórios, que por sua vez serviam para estabelecer as diferenças raciais relacionadas a grupos sociais e doenças.

5.2.1 Produções acadêmico-científicas, raça e classificações raciais

Iniciemos pelas produções científicas, enfocando a tese de Manoel Velloso Paranhos Pederneiras, natural da Província de São Pedro, cidade de Rio Pardo, de 1855. Conforme observado em capítulo anterior, Pederneiras atuou como médico em Porto Alegre, ao menos durante a década de 50 e 60⁵³⁴. Devido ao estado precário de conservação da tese defendida por Pederneiras, não conseguimos identificar o seu título.

O estudo se concentra sobre a Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o seu papel naquela sociedade. Sob ótica da medicina, identificou os seus problemas e, por fim, realizou proposições para as melhorias que se faziam necessárias, naquele olhar. O autor observava as rodas como um *mal necessário* para países pobres, porém, a existência das rodas no Brasil não se daria por essa característica, mas sim, pela existência demasiada da prostituição e falta de instrução por parte dos pobres⁵³⁵. Escreveu Paranhos, sobre o abandono dos filhos:

Para se desembaraçarem de seus filhos, a fim de se entregarem livremente a qualquer modo de vida; quantas não são obrigadas a fazê-lo nessa classe desgraçada que infelizmente existe entre nós, a dos escravos? [...] Sabe-se que três são as classes donde partem as exposições, como já dissemos a das escravas que seus senhores obrigam para elas servirem como amas; das prostitutas, para se poderem entregar à vida desregrada que lhes é própria; e das moças que por um erro, por um momento de alucinação cedem a um

⁵³⁴ Em paralelo, foi professor de francês na mesma cidade, redator do jornal *A Ordem* e deputado provincial pelo partido conservador e, posteriormente, mudando-se de província, redator do *Jornal do Comércio* do Rio de Janeiro. Também teria participado da Guerra do Paraguai e exercido a medicina na capital do Império. PORTO ALEGRE, Achylles. *Homens Ilustres do Rio Grande do Sul*. Livraria Selbach, Porto Alegre, 1926. P. 152.

⁵³⁵ PEDERNEIRAS, Manoel Velloso Paranhos. [Sem título/Roda dos expostos]. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855. P. 18.

astuciosos sedutor, e depois procuram esconder nas rodas os frutos desse erro, na opinião de muitos indesculpável⁵³⁶.

Notemos que o autor cria uma separação tênue entre as escravas e as prostitutas: a referência a “se entregarem livremente a qualquer modo de vida” recai somente às escravas, associando assim, de forma naturalizada, as mulheres escravas à prostituição, naquele olhar, atividade intrinsecamente ligada à *imoralidade*. Para além disso, como também demonstra, posicionava as prostitutas e as escravas como personagens protagonistas para a existência (do *mal necessário*) das rodas de expostos no Brasil, excluindo qualquer possibilidade de que crianças geradas e rejeitadas por membros da elite, também pudessem ser deixadas na conhecida e *mal afamada* roda.

Com este entendimento prévio sobre o problema, Paranhos enfocou a mortalidade infantil - realizando levantamento do quadro da mortalidade dos expostos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e de outras Santas Casas do Brasil - e o aleitamento fornecido às crianças, no interior das Rodas. Atribuía ao aleitamento fornecido pelas amas de leite a maior razão pela alta mortalidade nas rodas⁵³⁷.

Consequentemente, mostrava-se contrário à atuação das amas de leite e “julgava superior a amamentação artificial”⁵³⁸, porém, atentava para o fato de que a prática da contratação ou uso de escravas para amas de leite estava enraizada na sociedade, o que dificilmente poderia ser modificado, mesmo com o empenho dos médicos no seu combate. Ressaltamos que Pederneiras receitava o leite materno como o mais adequado para a saúde dos recém-nascidos.

Infelizmente, não existem fontes que nos permitam mensurar o número de amas de leite existentes em Porto Alegre, mas considerando a preocupação dos médicos daquele período e as conjecturas aventadas por Paranhos, observamos que parecia se tratar de atividade ordinária, exercida por mulheres pertencentes às classes econômicas mais baixas daquela sociedade⁵³⁹. Neste sentido, cenário próximo foi observado para a cidade do Rio de Janeiro no mesmo

⁵³⁶ PEDERNEIRAS, op. cit., p. 28.

⁵³⁷ Ibid., p. 28.

⁵³⁸ Ibid., p. 31.

⁵³⁹ Os registros de óbitos, apesar de conterem a informação sobre a profissão, não foram encontradas referências a essa atividade de ganho.

período, por Bárbara Canedo Ruiz Martins, ao se deter sobre a prática do aleitamento mercenário⁵⁴⁰.

Considerando que grande parte do contingente de amas de leite era formado por escravas ou libertas, surge outra associação que podemos inferir a partir desse olhar médico: as escravas também seriam culpadas pela mortalidade das crianças, dada a qualidade do leite que forneciam. Entendido desse modo, é ilustrativo que, dentre as seis proposições realizadas por Pederneiras para diminuir a mortalidade nas rodas, constam:

4º Criar os lugares que forem necessários de regentes de amas, entregando-se porém estes lugares somente a pessoas cuja humanidade, instrução e moralidade sejam plenamente comprovada. 5º Cuidado na admissão das amas, com as seguintes condições: 18 a 30 anos, decorrido o mais breve tempo após o parto, glândulas mamárias bem desenvolvidas, mamelões salientes, duros, leite sem cheiro, doce ligeiramente bem açucarado e bem consistente, isenta de moléstia transmissível (sífilis, escrófulas etc.), bons dentes, inteligente, dócil e meiga⁵⁴¹.

Notemos que as qualidades “humanidade, instrução e moralidade”, seriam requisitos somente para as regentes de amas, não sendo mencionadas para as amas. Para essas últimas, além das características mais ligadas ao estado físico das mulheres, ressaltava a necessidade de ser “inteligente, dócil e meiga”, predicados que poderiam ser utilizados para definir um animal domesticado e ensinado. A boa moralidade, definitivamente, não seria qualidade que pudesse ser encontrada em uma mulher que venderia o seu leite para outro que não fosse o seu filho, e ainda, que também fosse escrava ou pertencente aos estratos mais pobres da sociedade porto-alegrense⁵⁴².

Pensamos ser dispensável nos determos de forma mais aprofundada sobre a ligação existente entre sífilis, prostituição e imoralidade pela medicina, tão trabalhada pela historiografia brasileira⁵⁴³. Munidos das informações levantadas por estas pesquisas,

⁵⁴⁰ MARTINS, Bárbara Canedo Ruiz. O aleitamento mercenário: os saberes médicos e o mercado de trabalho das amas de leite (Rio de Janeiro, 1850-1884). In PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES, Flávio (Org.). *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

⁵⁴¹ PEDERNEIRAS, op. cit, p. 28.

⁵⁴² Aliás, o aleitamento, mesmo que para o próprio filho, não era visto como atribuição das mulheres de alta posição social.

⁵⁴³ CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. Alguns estudos que tiveram Porto Alegre como locus de abordagem sobre a Sífilis: ROSA, Bruno Chepp. *Redefinindo um conceito: a sífilis sob o olhar do médico oitocentista e sob a pele do povo da capital da província de São Pedro do Rio Grande do Sul (1843-1853)*. 2016. 95f. Monografia (Graduação em História - Licenciatura) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do

destaquemos que a noção de ligação entre sífilis, escrófulas e amas de leite mencionada por Pederneiras em 1855 (e da forma como o autor a mencionou, não parecia ser uma novidade) não se dava de forma isolada, sendo reiterada em 1890 pelo dicionário de medicina popular mais conhecido do século XIX⁵⁴⁴. Dentre as causas, tendo em vista que a transmissibilidade foi destacada por Paranhos, há menção específica para as *habitações insalubres*, que incluíam as senzalas, cortiços, ou ainda, as casas de prostituição.

Na compreensão de Pederneiras, para prestar os seus serviços, a ama de leite deveria, para além de apresentar exames que atestassem o seu *bom estado* de saúde (o que poderia também considerar uma educação e moralidade minimamente correspondente com os parâmetros previstos por aquela ciência), ficar recolhida em local adequado, com alguém que à regesse moralmente. Não é sem propósito que Pederneiras também propunha, afora a necessidade da existência da figura da regente de ama, a mudança “do estabelecimento” (a parte da criação dos expostos da Roda) para um arrabalde da cidade com casa espaçosa e, ainda, impor o imperativo de um médico residir naquele estabelecimento⁵⁴⁵. Talvez, uma das ideias por trás dessa indicação fosse a de afastar as amas dos ambientes imorais do meio urbano, propiciando, assim, uma espécie de educação moral.

Resgatando a ideia de Paranhos de que as características das amas de leite estariam mais associadas ao mundo animal, indicamos que não identificamos, por parte do autor, qualquer preocupação de caráter humanístico em relação ao bem-estar das amas de leite e dos seus filhos. As amas são observadas, ao longo de toda a tese, como animais que fornecem determinado produto, e somente por isso, deveriam seguir os preceitos da medicina relacionados aos modos corretos de vivência e local adequado de moradia. Mais que isso, seriam seres desprovidos de moralidade que, em seus modos de vida e moradia habitual, teriam ligações com doenças extremamente prejudiciais àquele mister e à (*boa*) sociedade.

Sob este ponto de vista, a prostituição se associava ao trabalho feminino, principalmente como ama de leite, que por sua vez se ligava às mulheres escravas e mais pobres da população. Como problema para a medicina e elo entre estas esferas, encontravam-se as diferenças

Sul. OLIVEIRA, Daniel. Entre prazeres e doenças: enfermos venéreos na sociedade porto-alegrense de fins do século XIX. In: *AEDOS* - Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), v.3, p.47 - 71, 2010.

⁵⁴⁴ Não sabemos se estas informações já se encontravam nas edições anteriores do Dicionário (a primeira foi lançada na década de 1850), porém, tendo em vista a menção realizada por Paranhos em sua tese, pensamos que sim. Devemos considerar que Chernoviz foi médico bem-conceituado no meio acadêmico e científico brasileiro daquele período, ao menos, conforme passagens e artigos encontrados na Revista Gazeta Médica da Bahia.

⁵⁴⁵ E aí podemos pensar sobre como se dava a verificação da ausência de moléstias contagiosas entre outras questões. PARANHOS, op. cit., p. 28.

socioeconômicas, a escravidão, os modos de vida considerados imorais, pertencentes àquele estrato populacional, que por fim oportunizavam o contágio de doenças como a sífilis.

Em um plano secundário dentre os objetivos desta pesquisa, por meio da tese de Paranhos é possível também identificar algumas das suas intenções e, por consequência, da ciência que representava: sanar alguns dos problemas que envolviam a escravidão e os modos de vida de escravos e grupos sociais mais pobres, buscando torná-los civilizados (ou domesticados), de acordo com os interesses de quem utilizava os *tão precisos serviços* daquela parte da população. Dentro disso, ressaltamos que Pederneiras não se demonstrou contrário à escravidão, resumindo-se a indicar que se tratava de uma “classe desgraçada”, não explicitando diretamente o sentido do termo⁵⁴⁶.

Décadas mais tarde, em 1885, problema similar foi trabalhado por Luiz Nicoláo Masson em tese apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, intitulada *Da alimentação nas primeiras idades: estudo crítico sobre os diferentes methods de aleitamento*⁵⁴⁷. Masson, após formado, atuou como médico em Porto Alegre, também prestando serviços à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

O estudo não refere lócus específico de abordagem, porém, nas suas proposições demonstra que na “Cadeira de Higiene e História da Medicina” se deteve sobre o “Estudo das causas da mortalidade das crianças na cidade do Rio de Janeiro”:

I - Estudos demonstram que a mortalidade dos filhos ilegítimos é muito maior em relação a dos filhos legítimos. II – Os filhos legítimos são geralmente abandonados depois do nascimento, portanto, expostos às variações bruscas da temperatura e privados dos cuidados necessários a sua idade. III – A alimentação inconveniente e mal dirigida prepara terreno para muitas moléstias que terminam quase sempre em morte⁵⁴⁸.

Na Cadeira de Clínica Médica e Cirúrgica de Crianças, abordou: “Rodas e creches. Estado crítico e comparativo destas instituições. Papel que representam nas sociedades

⁵⁴⁶ A palavra “desgraçada”, conforme também indicado em dicionário do século XIX, adquire na exposição do autor o sentido de infortúnio, infelicidade. Podemos então pensar que, naquele sentido, a condição de escravo seria muito mais uma espécie de infelicidade do destino do que resultado de um sistema econômico de exploração de determinados grupos de seres humanos, definidos para essa posição por critérios nada aleatórios. PINTO, Luís Maria da Silva. *Dicionário da Língua Brasileira*, Ouro Preto. Tipografia de Silva, 1832. Verbetes: desgraçadamente; desgraçado.

⁵⁴⁷ MASSON, Luiz Nicoláo. *Da alimentação nas primeiras idades - Estudo crítico sobre os diferentes methods de aleitamento*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1885.

⁵⁴⁸ MASSON, op. cit., Proposições.

modernas”. É notável que, mesmo após 30 anos da apresentação da tese de Paranhos Pederneiras, as ideias e os argumentos utilizados por Masson continuavam muito similares ao primeiro, aliás, tornavam-se mais densos e ricos em dados.

Masson, assim como Pederneiras, mostrava-se contrário à existência das rodas, concebendo-as como locais que ocasionavam grande mortalidade infantil. Porém, argumentava que sem as rodas o número de recém-nascidos jogados em via pública aumentaria, elevando o número de infanticídios. Assim, não visava somente a melhoria das rodas, mas também a criação de creches, inclusive, dentro das fábricas, pois “o recém-nascido tem em horas apropriadas o aleitamento materno”⁵⁴⁹. Mais uma vez, a roda é vista como local de depósito dos filhos enjeitados das classes mais pobres e, somente delas.

Ao encontro da tese de Pederneiras, Masson considerava o aleitamento materno o mais favorável para evitar a mortalidade infantil, porém, tal recomendação se daria somente para as mulheres mais pobres. Ou seja, verifica-se outro aspecto que denota o pensamento médico extremamente voltado para as diferenças socioeconômicas. Tendo em vista essa relação, é ilustrativa passagem em que Masson destacou aspectos morais intercruzados com a posição social, em torno da amamentação:

Em uma de suas lições magistrais sobre a alimentação na primeira infância, consiste no grau de excitabilidade nervosa a que estão sujeitas algumas mulheres pelo simples fato de sucção do seio, colocando-as em estado constante de erotismo, não podendo furtar-se às coabitações repetidas. Este estado traz o depauperamento de forças da mulher e desarranjos na saúde da criança⁵⁵⁰.

Notemos que o trecho citado se refere à aula do Prof. Dr. Nuno de Andrade⁵⁵¹, responsável pela cadeira de Higiene e História da Medicina.

A partir do pensamento demonstrado na citação acima, é difícil imaginarmos que a prática do aleitamento materno pudesse ser indicada, por aqueles médicos, para mulheres de *boa moral*, ou seja, para as que faziam parte dos níveis socioeconômicos mais abastados. De toda monta, Masson era taxativo ao apontar que “cabe ao médico definir se a mulher deve

⁵⁴⁹ Ibid.

⁵⁵⁰ Ibid., p. 13.

⁵⁵¹ Dr. Nuno de Andrade foi também diretor do Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, no início da década de 1880. Ver: ENGEL, M. G. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

amamentar ou não”, no entanto, não demonstra os parâmetros que seriam utilizados para essa definição. É claro que, as amas de leite, assim como no pensamento de Pederneiras, também exerceriam papel fundamental na análise de Masson. Nesse ínterim, a definição dos requisitos necessários para se obter uma boa ama de leite também deveria ser dada por um médico⁵⁵².

Inclusive, as condições para a prática do serviço de aleitamento mercenário seriam muito próximas das recomendadas por Paranhos, porém, Masson aprofunda a análise detendo-se sobre a qualidade do leite⁵⁵³. Para isso, ressaltava: “Deve-se procurar o [leite] de uma ama cujo parto teve lugar em época recente, por ser necessário o leite novo, pela propriedade purgativa que tem o colostrum [sic] e aproximar-se por isso ao da mãe”⁵⁵⁴. Deste trecho, observamos parte do desenvolvimento do conhecimento médico em relação a aspectos mais técnicos e em torno da composição das substâncias corporais e os seus potenciais.

Não obstante a isso, diante da verificação da alta mortalidade de crianças amamentadas por amas de leite e da baixa mortalidade ocasionada pela alimentação do leite materno (Masson apresentou o alto porcentual de 75 mortes por 100, em comparação com mortalidade entre 8 e 9% para as crianças alimentadas pelo leite materno, porém, não indicou o recorte geográfico pertinente a esse dado), o médico alertava que essa realidade se devia ao zelo das mães naturais. Em contrapartida, para as mercenárias, o mais importante era o dinheiro⁵⁵⁵.

Se para Masson (e para Paranhos) as amas de leite se demonstravam como corpos produtores de leite, pode parecer um tanto irônica a crítica realizada por Masson sobre a visão monetária daquelas mulheres. No que se refere às doenças relacionadas ao aleitamento, a atrepsia e a diarreia seriam as principais causas de morte infantis, motivadas, principalmente, pela qualidade do leite fornecido pelas amas.

Abrindo parêntese e trazendo este ponto de vista para os registros de óbitos, alertamos para os problemas de se realizar uma simples relação causal entre causa de morte e grupo social ou, até mesmo, *racial*. Isto pois, mesmo que fossem enfermidades pensadas pelos médicos como vinculadas às amas de leite (e conseqüentemente aos estratos mais pobres da população, incluindo escravas e libertas), os principais atingidos seriam as crianças alimentadas por estas mulheres, muitas delas, de outros estratos sociais.

⁵⁵² MASSON, op. cit., p. 10.

⁵⁵³ Por exemplo, aborda a suposta mais alta quantidade de água, quando a ama de leite ultrapassa os 35 anos de idade).

⁵⁵⁴ Ibid., p. 10.

⁵⁵⁵ Ibid., p. 15.

Fechado o parêntese, Masson acentuaria o seu entendimento sobre aquela prática mercenária e as estratégias reprováveis tomadas pelas amas: “empregam desde muito cedo uma alimentação imprópria, guardando o seio para seu verdadeiro filho. É uma indústria perigosa, porém, entre nós, ainda não existe remédio”⁵⁵⁶. Então afirmava: “Se a mãe ou ama de leite não é educada para este fim desde o primeiro filho, cria maus hábitos e nunca se tornará boa ama de leite”⁵⁵⁷. Uma má ama de leite representava perigo para a saúde da população.

Passaram-se décadas do estudo de Paranhos e o comércio do aleitamento por amas, tão reprovado pela medicina brasileira e tão comum naquela sociedade, continuava sendo identificado como um *mal necessário*. A solução, mais uma vez, se mostrava por meio da educação das mulheres que prestavam aquele trabalho, retirando-as do seu meio de procedência e vivência, reeducando-as visando, unicamente, para aquela finalidade.

Notemos que Pederneiras (1855) e Masson (1885) não se referem diretamente a elementos raciais voltados para caracteres físicos, mas, ambos demonstram aspectos que vinculam mulheres escravas, negras e pobres à atuação como amas de leite⁵⁵⁸. Nesta ligação, os modos de vida e a moralidade, ligadas às condições socioeconômicas de trabalho e liberdade, exerciam papéis preponderantes no estabelecimento das suas hierarquias e na relação entre grupos sociais e difusão das doenças.

Neste sentido, mesmo com a ausência da menção direta a caracteres físicos ligados a distinções raciais, compreendemos que a racialização e o racismo se faziam presentes e se demonstravam por meio de simbologias que se vinculavam a diferenças socioeconômicas, pertinentes à escravidão negra e à organização do trabalho. Evidencia-se, assim, a relação estabelecida pela medicina entre atividade de ganho, papéis sociais, moralidade e doenças, espelhando parte do construto racial que vinculava determinados grupos sociais e raciais às doenças.

No entanto, na visão daqueles médicos, as doenças que as mulheres escravas, negras e pobres carregavam nos seus corpos, seios e leite, os seus *modos de vida*, não teriam relação direta com as posições socioeconômicas fragilizadas que ocupavam: se dariam, principalmente, pela ausência da boa educação e moral e (em decorrência) pela postura meramente mercenária

⁵⁵⁶ MASSON, op. cit., p. 15.

⁵⁵⁷ Ibid., p. 15.

⁵⁵⁸ Ainda que Masson, diferentemente de Pederneiras, não tenha expremido relação direta entre escravas e amas de leite, possivelmente porque o a escravidão chegava aos seus anos finais e o enfoque se voltasse para aquela população, no contexto da liberdade do trabalho.

que adotavam em relação ao seu corpo (talvez, naquele olhar, aproximando-as ainda mais das prostitutas) e ao seu leite.

E mais que isso, é importante considerarmos que, da forma como eram expostas pelos médicos, estas características eram entendidas como traços naturais, de forma muito semelhante dos critérios físicos que se estabeleciam para a distinção das raças. E, esta diferenciação racial mais voltada para os aspectos sociais, poderia ser potencializada com a utilização de critérios baseados em atributos físicos mais facilmente identificáveis, mais diretos, especialmente, os que pudessem distinguir os europeus dos outros povos, como veremos a partir de outras produções médicas, das quais trataremos logo adiante⁵⁵⁹.

Dada às poucas teses encontradas produzidas por médicos que atuaram em Porto Alegre sobre a temática racial, trataremos agora de trabalhos realizados por outros médicos também formados na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que por sua vez, tiveram a sua formação com basicamente os mesmos professores e referenciais teóricos de quando Masson e tantos outros médicos porto-alegrenses foram alunos.

Christiano Henrique Braune, natural de Nova Friburgo, Rio de Janeiro, colega de Masson, apresentou em 1885 tese que tratou sobre a influência das raças humanas sobre a sífilis⁵⁶⁰. Daremos especial atenção a esta tese, tendo em vista que foi o mais aprofundado estudo encontrado sobre raça, dentro do corpo de teses finais de curso levantadas por esta pesquisa.

Por meio do estudo de Braune, é possível verificarmos a junção dos aspectos sociais, culturais e morais pertinentes à raça, voltados para caracteres físicos e biológicos. Destaquemos, em tempo, que a escolha de tal tema e as teorias expressas no texto de Braune deveriam estar ligadas ao contexto formativo daquela instituição que, por sua vez, ao menos parte do seu colegiado, incentivava a pesquisa sobre tais temas. Desse modo, a tese de Braune demonstra aprofundamento teórico e muito da base de influências, internacional e nacional (principalmente dos professores da Faculdade do Rio de Janeiro), sobre como aquelas ideias eram absorvidas e processadas pelo meio acadêmico e científico brasileiro da medicina. Neste sentido, outro elemento importante é o de que a tese foi aprovada com distinção, ou seja, tinha

⁵⁵⁹ MONSMA, Karl. Como pensar o racismo: o paradigma colonial e a abordagem da sociologia histórica. *Revista de Ciências Sociais*. Fortaleza, v. 48, n. 2, p. 53-82, jul./dez., 2017.

⁵⁶⁰ A página referente ao título foi retirada da tese. BRAUNE, Christiano Henrique. Sem título. Dissertação. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1885.

ideias alinhadas com as dos seus professores. Além disso, Braune era filho de um médico (Dr. João Henrique Braune) e já Bacharel em Letras, quando se formou em medicina⁵⁶¹.

Braune tinha como principal perspectiva teórica a ideia de que as raças humanas influenciavam as mais diversas “entidades mórbidas”. Com este horizonte, dialogou com diversos autores referências internacionais sobre o tema raça, entre eles Blumenbach, Cuvier, Quatrefages, Morton, Humboldt, Claude Bernard, Maurel, Paul Broca, Livingstone, além de outros médicos e antropólogos que se detiveram sobre a sífilis (Hunter, Ricord, por exemplo), incluindo médicos professores brasileiros: Manoel Gama Lobo, Miranda Pinto e João Pizarro Gabizo, esse último, professor responsável pela cadeira de Clínica de moléstias cutâneas e sifilíticas, na qual se inseria o tema da tese de Braune. A consulta sobre essa vasta gama de autores não resultava somente em aceitações, mas também em discordâncias de ideias, mais especificamente, a determinados autores estrangeiros.

Chamam a atenção outras características da tese de Braune: a sua extensão em páginas (119, sem contar o espaço dedicado às “Proposições”) e o “caráter experimental” da pesquisa realizada pelo médico, no hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro⁵⁶². Também é peculiar o modo como aborda a questão racial no Brasil, aprofundando-a e estabelecendo relação entre raças e o sistema de classificação de “cor” por meio de documentos, entre eles, registros de óbitos. Ou seja, temos aqui, a percepção teórica analisada sob forma vinculada ao sistema de classificação racial utilizado nos registros de óbitos. Ainda que o estudo se detenha sobre a cidade do Rio de Janeiro, tais percepções são úteis para pensarmos a realidade de Porto Alegre, como ainda veremos.

Já no início da tese, Braune demonstra a tônica do seu estudo:

A influência que as raças humanas exercem sobre as entidades mórbidas, é um dos mais importantes problemas de etnologia patológica. Sem prejudicar em nada da unidade ou pluralidade das raças humanas, podemos dizer como Quatrefages, que a natureza fundamental é a mesma para todas; existindo porém para cada raça uma segunda natureza, derivada das condições

⁵⁶¹ Com estas observações, poderíamos pensar que Braune, pelo *gosto*, conhecimento e profundidade demonstrada ao abordar o tema, se tornaria grande expoente de ideias racialistas no campo da medicina, porém, as fontes encontradas não demonstram essa realidade: não foram identificadas outras publicações do médico fluminense, porém, verificamos que Braune ficaria estabelecido na cidade do Rio de Janeiro, exercendo a medicina em um consultório próprio.

⁵⁶² Estes elementos fogem do padrão observado para as demais produções acadêmicas de fim de curso, em que a maior parte das teses se resumiam a pesquisas bibliográficas, assim como, ficavam entre 40 e 50 páginas.

mesológicas em que se colocam. Este modo de ser peculiar a cada grupo da espécie humana, origina a diferença de resistência às entidades mórbidas⁵⁶³.

Além das raças, o clima também exerceria modificações na marcha das doenças. Indicaria, ainda, que a classificação das raças humanas se demonstrava como questão de fundamental atenção para os antropologistas “em todos os tempos”⁵⁶⁴, por isso, fazia-se necessária essa discussão introdutória.

Notemos que o interesse inicial de Braune é o de se inserir no debate entre monogenistas e poligenistas, no que toca à existência das raças. Porém, se poderíamos pensar que Braune se posicionaria junto aos monogenistas, tendo em vista que acreditava em uma natureza fundamental inerente a todas as raças, o próprio autor desmentiu esta suposição⁵⁶⁵. Ao procurar classificar as raças existentes, não aceitou a disposição proposta pelo monogenista Blumenbach que, muito acolhida naquela ciência (conforme o próprio Braune), era pródiga na divisão das raças: caucásica, etiópica, mongólica (já demonstradas por Cuvier), acrescentando a malaia e a americana.

Segundo Braune, essas últimas seriam “raças artificiais”, apresentando modificações resultantes de fatores diversos. A raça malaia seria decorrente da fusão de elementos brancos, negros e mongólicos e, esta mistura, poderia ser identificada por meio de provas “anatômicas, etnológicas, linguísticas e patológicas”⁵⁶⁶. Notemos aqui, de forma direta, que as diferenças raciais, para o entendimento da medicina, ultrapassavam os caracteres físicos, conforme anteriormente percebido.

Em relação às diferenças corporais, indicou que da raça amarela os malaios obtiveram a cor amarela; da raça negra o platirrinismo e o prognatismo; da raça branca, a estatura elevada e a histologia dos cabelos. Em relação à suposta raça americana pensada por Blumenbach, esta também não poderia ser considerada pura, dada a imigração dos povos da Ásia para a América,

⁵⁶³ BRAUNE, op. cit., p. 9.

⁵⁶⁴ Ibid., p. 9.

⁵⁶⁵ Conforme segue: “Admitir o casal consagrado pela Bíblia como origem do gênero humano; supor que os homens foram sempre o que hoje são, e que Adão nasceu como no mito nasce Minerva da cabeça de Júpiter, seria pueril, mas traria facilidade para nosso trabalho, desobrigando-nos de procurar para as raças humanas uma classificação, que à simplicidade necessária, reunisse o predicado de fundar-se em modificações profundas da anatomia e fisiologia antropológicas”. BRAUNE, Ibid., p. 11.

⁵⁶⁶ Ibid., p. 11.

principalmente dos mongólicos, via estreito de Behring. Assim, os *nativos* americanos também seriam pertencentes à mesma raça amarela asiática, segundo Braune⁵⁶⁷.

A partir dessas considerações, Braune adota o sistema racial de Georges Cuvier, um dos primeiros tipologistas, continuador da obra de Lineu⁵⁶⁸. As raças humanas estariam assim divididas do seguinte modo: raça branca (que poderia ser tomada como caucásica); raça amarela (também chamada de mongólica) e; por fim, a raça negra (também tratada como etíope). Esta classificação das raças seria vantajosa, conforme o autor, porque: “[...] traça limites claros entre elas, limites estes baseados na fisiologia e anatomia antropológicas, fato de valor inconcusso para o estudo da patologia comparada”⁵⁶⁹. Trazido desse modo por Braune, entendemos que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ou, ao menos alguns dos seus professores, adotava este sistema de divisão racial⁵⁷⁰.

Seguindo esta linha teórica, Braune trabalhou as diferenças raciais de forma ligada à aptidão ou imunidade às *entidades mórbidas*. Buscando maior embasamento para o sistema adotado, identificou as doenças *fundamentais* de cada raça: pertenceriam à raça branca o reumatismo e as doenças cardíacas; à amarela as oftalmias e as escrofuloses (globo dos olhos); à negra o tétano, a sífilis, a framboesia, assim como, a imunidade para as febres intermitentes. Esses dados, sem terem sido discutidos ou relativizados pelo autor, comprovariam, de antemão, a influência das raças sobre as doenças.

Conforme esperado diante do arrolado, as distinções entre as raças, no que toca à predisposição ou ação das doenças, não se davam somente em um plano aparente direto. Reside aí aspecto fundamental na compreensão de Braune sobre as diferenças das raças: elas deveriam também ser consideradas (e comprovadas) internamente, por meio da anatomia e da fisiologia.

A pigmentação da pele e os traços fisionômicos não se demonstravam como fatores principais para a aptidão ou imunidade às doenças: “As condições próprias a cada raça dependem da estrutura e número dos elementos que compõem cada tecido, da diferença de essência, composição e quantidade do meio interno que banha estes elementos, como diz Claude Bernard”⁵⁷¹. Assim, também consultando autores como Maurel e Hayem, Braune

⁵⁶⁷ É um tanto curioso o fato de Braune associar a semelhança de traços dos povos indígenas com os asiáticos como consequência, também, de forte emigração japonesa para a América após 1782.

⁵⁶⁸ A teoria sobre a composição das raças de Lineu também foi refutada por Braune.

⁵⁶⁹ BRAUNE, op. cit., p. 13.

⁵⁷⁰ Destacamos, aqui, o Prof. Érico Coelho, muito citado pelos alunos que trabalhavam questões raciais nas suas teses. Coelho atuava como lente da cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica, junto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1890.

⁵⁷¹ BRAUNE, op. cit., p. 13. É interessante que, a sua maneira e paradoxalmente, Braune se aproxima de teoria contemporânea baseada em estudos do genoma humano que, em contraposição, nega a existência das raças,

analisou a composição do sangue das três raças. Encontrou diferenças em relação à quantidade de sal, de glóbulos brancos e de glóbulos vermelhos e concluiu que o “Serum sanguíneo não é de composição idêntica nas raças diferentes”⁵⁷². Apesar da pesquisa de Maurel estar baseada em amostragens não muito bem delimitadas, Braune não fez qualquer menção neste sentido, limitando-se a considerar como reais os resultados obtidos por aquele autor. E, ao constatar que os glóbulos brancos da raça negra eram mais pigmentados do que na raça branca, indicou que as diferentes gradações de cor da pele não seriam resultado dessa peculiaridade⁵⁷³.

Seguindo Maurel e Bernard, Braune expôs pensamento interessante sobre as diferenças das raças: “As conclusões resultantes dos importantes estudos do Dr. Maurel vieram confirmar que as aptidões e influências das raças humanas são devidas, como o afirma Claude Bernard, à modificação dos elementos dos tecidos, quer em seu número, quer em sua composição”⁵⁷⁴. Exposto desse modo, podemos compreender que a fisiologia do corpo humano se comportaria diferentemente para cada uma das raças, não se resumindo à aparência física.

Neste ponto lembremos que a principal hipótese do estudo de Braune era a de que a vinculação das raças às diferenças fisiológicas implicaria em distinções sobre a marcha e forma de manifestação de uma moléstia. Neste sentido, demonstraria aspectos mais profundos sobre a sua perspectiva teórica, por meio de exemplos que nos auxiliam a compreender como as diferenças raciais eram pensadas pela medicina.

Segundo Braune, o mormo era doença grave para “a raça” cavalariça e mular, porém, no cão, produziria somente alguns problemas pontuais e menores. Este exemplo foi aprofundado: “Em uma mesma raça existem, segundo as espécies, resistências especiais; assim Grehant afirma que o oxido de carbono é tóxico em proporções muito diferentes, segundo as variedades da raça canina. Nos vegetais vemos que o mesmo *Cynips*⁵⁷⁵ produz sobre plantas de espécies diferentes galhas de aspecto diverso [...]”⁵⁷⁶.

considerando que as diferenças fisionômicas e fenotípicas representam parcela ínfima da estrutura do genoma humano. Porém, diferentemente do que acreditava Braune, essa mesma descoberta acaba por negar diferenças internas relevantes. Ver: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. Qual “retrato do Brasil”? Raça, biologia, identidades e política na era da genômica. In: PINHO, Osmundo Araújo; SANSONE, Livio (organizadores). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2. ed. rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008. 447 p.

⁵⁷² Ibid., p. 15.

⁵⁷³ Ibid., p. 16.

⁵⁷⁴ Ibid., p. 16.

⁵⁷⁵ Nota nossa: inseto da família das vespas.

⁵⁷⁶ BRAUNE, op. cit., p. 17.

Examinando este trecho de forma distraída, poderíamos pensar em uma certa confusão no tratamento de *raça* e *espécie*: na tentativa de ilustrar as diferenças de raças, são trazidas distinções entre a *raça* cavalari e muar e os cães. Cavalos e mulas pertenceriam a uma mesma raça, e não a uma mesma espécie, sendo comparada à raça dos cães. Porém, entre os cães, como membros de uma espécie, o autor identifica a existência de variedades da raça – e não de diferentes raças -, mas, ao tratar das plantas, divide-as em “espécies” distintas, não em raças ou em variedades.

Aprofundando o olhar sobre essas considerações e tendo em vista a orientação poligenista tomada por Braune, poderíamos avaliar que as raças se demonstrariam através de distinções significativas entre os seres, vinculando elementos étnicos, linguísticos, aparência física externa e, como aspecto mais importante em relação à marcha das doenças, a composição e os elementos dos tecidos internos corporais, que por sua vez, permitiam perceber cavalos e cachorros como raças distintas. Além disso, no início da tese Braune utiliza o termo “espécie humana” ao trabalhar a importância da classificação das raças humanas, considerando que todas possuem uma única “natureza fundamental”.

Sob esse ponto de vista, do qual o próprio autor evita vinculá-lo ao monogenismo, as raças humanas se situariam dentro de uma mesma espécie, entretanto, Braune indica que entre as plantas coexistem espécies diferentes. Seria um erro de Braune ou um uso descuidado de ambos os termos, principalmente, de *espécie*?

Conforme dicionários brasileiros do século XIX, em 1832: “Espécie, s. f. Entre os Phiilosephos, he a classe que participa immediatamente do gênero de que se compõe”⁵⁷⁷. Em 1890: “Espécie: s. f. Apparencia. Qualidade. Ordem. Divisão do genero n’uma classificação. T. pharm. Mistura de diversas substancias vegetaes, de propriedades julgadas analogas. (Lat. Species)”⁵⁷⁸. Para Chernoviz, em edição do dicionário de 1890:

Especies. (*Pharmacia*.) Chamam-se *especies*, vegetaes ou partes de vegetaes que tem propriedades physicas e medicinaes análogas, que se misturam, depois de seccas, e que se conservam para uso. Fazem-se com ellas infusões

⁵⁷⁷ PINTO, Luís Maria da Silva. *Dicionário da Língua Brasileira*, Ouro Preto. Tipografia de Silva, 1832.

⁵⁷⁸ COELHO, F. Adolpho. *Diccionario Manual Etymologico da Lingua Portuguesa*, contendo a significacao e pronuncia, parte I, letras a- e, paginas 1- 645. Lisboa, Plantier Editor, 1890.

e decocções, para bebidas, banhos, lavatorios, gargarejos, collyrios, injeções, etc. Devem estar bem seccas e ser conservadas ao abrigo da humidade⁵⁷⁹.

Afora quando se refere ao sentido farmacêutico, trata-se de um termo ambíguo, que alude a distinções não objetivas entre seres vivos ou coisas: *classe de um gênero, divisão de um gênero em uma classificação, qualidade e ordem*. Curiosamente, verificamos que na atualidade o termo “espécie” continua com significado semelhante e também impreciso.

Retornando ao século XIX, observamos que o termo “gênero” ganha destaque, tanto para a definição de 1832 quanto para a de 1890, tendo como significado: “Reunião de espécies semelhantes nos caracteres essenciaes. Conjunto de indivíduos com caracteres communs. Qualidade. Classe. Espécie. Flexões com que os substantivos, adjetivos e pronomes indicam o sexo”⁵⁸⁰. Podemos presumir, pelos significados encontrados no mesmo dicionário, que espécie e gênero são termos quase que equivalentes, sinônimos, naquele contexto.

Detemo-nos, agora, sobre o verbete raça e o seu o significado, que é trazido somente no dicionário de 1890: “Raça, [...] Conjunto de indivíduos que conservam entre si relações próximas de semelhança e se reproduzem por geração. O conjunto de indivíduos que forma um povo, uma família. Categoria. Variedade. Especie. Estirpe, geração”⁵⁸¹. O significado de raça se situa muito próximo ao de espécie, podendo, inclusive, ser tratado como sinônimo.

Estes elementos, no seu conjunto, poderiam nos fazer pensar que Braune adota uso indiscriminado dos termos, sob um mesmo sentido. Mas, detalhando a definição de raça trazida, o seu sentido se diferencia de espécie ao indicar a conservação de relações próximas de semelhança, formando famílias ou povos. Pesa assim, sobre esta palavra, a hereditariedade e elementos étnicos culturais, o que não ocorre para os significados de espécie.

Retornando às ideias de Braune, talvez possamos melhor entender por que o médico situa cavalos e mulas como uma mesma raça, ou os cães: a hereditariedade de caracteres, pela reprodução. O mesmo não se dá para as plantas, talvez, pelos sentidos mais bem construídos e especificados já existentes dentro do campo científico da farmácia e da botânica, naquele período. Além disso, conforme identificado, raça carregava outros sentidos afora aspectos fisionômicos e fisiológicos.

⁵⁷⁹ CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. 6. ed., Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

⁵⁸⁰ COELHO, op. cit., Verbetes: “espécie”.

⁵⁸¹ Ibid., Verbetes: “raça”.

Detalhando um pouco mais este olhar, a título de exemplo, examinemos o significado do adjetivo *generoso*, contido no mesmo dicionário de 1890: “Generoso [...] Que é de boa raça, nobre, franco, liberal, valente, fiel”⁵⁸². Notemos que raça, aqui, adquire um sentido de qualidade: uma “boa raça” seria generosa, nobre, franca etc., atributos também ligados a uma *boa moral*.

Juntando estas definições, as qualidades de comportamento humano também fariam parte das raças e, além disso, também seriam transmitidas hereditariamente, conformando o *ethos* de uma família, uma etnia, um povo: as diferenças étnico-culturais seriam naturalizadas. Lembremos aqui que Stephen Gould, ao se debruçar sobre as diferenças de ideias entre monogenistas e poligenistas, verificou que os poligenistas alegavam que as raças, separadas por tempo prolongado, desenvolveriam diferenças hereditárias também em relação ao talento e à inteligência⁵⁸³.

Este sentido torna inteligível a estrutura de pensamento racial observada nas teses até então visitadas. Disso, podemos entender que o uso supostamente indiscriminado dos termos espécie e raça por Henrique Braune, na realidade, continha intenções e dialogava com o conhecimento que se produzia sobre raça, e ainda, alinhava-se de forma cada vez mais afinada com os poligenistas, em um sentido que cada vez mais se direcionava para as teorias tipologistas sobre as raças.

Além disso, Braune também chamou a atenção para variações dentro de uma raça ao tratar sobre os efeitos tóxicos do óxido de carbono sobre os cães, que se dariam de formas distintas, de acordo com as “variedades da raça”, o que poderia ser estendido às doenças. Disso, questionamos: o mesmo ocorreria na espécie humana? Eis que a questão da classificação da cor, para além das outras características raciais, ganha peso na tese de Braune. Notemos, em tempo, que esse ponto de vista será adotado, poucos anos depois à tese de Braune, por Nina Rodrigues.

Examinando a marcha da sífilis nas raças humanas, Braune dividiu o texto entre a raça negra ou etíope, a raça branca ou caucásica e a raça amarela ou malaia. É notável que à raça branca são dedicadas 22 páginas, à raça amarela 14 e, à raça negra, 34 páginas, demonstrando o direcionamento do olhar de Braune. Além disso, mesmo no capítulo em que discorreu sobre a raça branca, são várias as passagens comparativas com as demais, principalmente com a

⁵⁸² COELHO, op. cit., Verbete: “generoso”.

⁵⁸³ GOULD, op. cit., p. 65.

negra. Disso, do todo da tese, percebe-se a raça branca como parâmetro avaliativo – de perfeição – em relação às demais que, por sua vez, eram patologizadas.

Abordando a raça negra, Braune advertiu que a raça etiópica não é constituída, em seu conjunto, por “indivíduos de pele fortemente corada em negro”, havendo variabilidade considerável de pigmentação cutânea: “Broca já havia afirmado que na raça etiópica os grupos de indivíduos mais diferiam entre si do que os da raça caucásica”⁵⁸⁴. A raça negra seria autóctone da África e teria se espalhado por diversas partes do mundo, dividida em três famílias principais, duas habitando a África e a outra, a Oceania:

A primeira é chamada – família etiópica e habita na Africa o Sahara, a Abyssinia, o Darfour, etc.; a segunda ocupa a Nigritia, Cafraria, Congo, etc., e é chamada família negra; a última não é africana, habita a Oceania e ali ocupa a Austrália, Nova Guiné, Nova Caledônia, etc. A reunião destas três famílias em uma só raça chamada negra por Cuvier é baseada em dados de estabilidade muito maior do que os tirados da pigmentação cutânea, que muita diferença apresenta conforme a consideramos em um habitante da Nigritia ou em um Hotentote⁵⁸⁵.

Certamente, Braune se referia ao trabalho *Observations sur le cadavre d'une femme connue à Paris et à Londres sous le nom de Vénus hottentote*, de Georges Cuvier⁵⁸⁶, assim como, às ideias do naturalista francês, tão seguidas por ele, que associava outros aspectos fisionômicos e anatômicos às diferenças entre raças.

Em contrapartida à observação de que a raça negra poderia ter cor de pele variada, é interessante verificar que Cuvier teria mencionado que a clareza da pele (“whiteness”) não era prerrogativa direta para identificar um caucásico: hindus e abssínios, mesmo que quase negros em cor, eram considerados caucásicos por Cuvier⁵⁸⁷. As características da raça caucásica iam muito além da cor de pele variável, de acordo com os apontamentos de Cuvier, o que incluía: determinado formato da cabeça, testa, maçãs do rosto, do nariz, queixo, proximidade dos dentes, tipo de cabelo, além de tantas outras⁵⁸⁸.

⁵⁸⁴ BRAUNE, op. cit., p. 69.

⁵⁸⁵ Ibid., p. 70.

⁵⁸⁶ CUVIER, George. «*Extraits d'observations faites sur le cadavre d'une femme connue à Paris et à Londres sous le nom de Vénus hottentote*», dans *Mémoires du Muséum d'Histoire naturelle*, 3, 1817.

⁵⁸⁷ THE ILLUSTRATED MAGAZINE OF ART. "The Caucasian Race.". N. 15 (1854): 157. Disponível em: [http://www.jstor.org/stable/20538246].

⁵⁸⁸ Conforme segue: “In point of fact, the characteristics of the Caucasian race may be summed up as follows: - Head oval, forehead open, nose prominent, cheek-bones either not projecting, or but slightly so, the zygomatic

Dada essa multiplicidade imensa de características (que inclui a variabilidade de cor em uma mesma raça), verificamos o quanto era maleável enquadrar indivíduos em raças pré-determinadas, pautando-se em diferenças físicas aparentes que, amplificadas, não seriam peculiaridades a um ou outro grupo humano específico. Isto ainda considerando que, conforme a própria teoria de Cuvier, uma das características que poderia ser considerada como mais objetiva visualmente, a coloração da pele, nem sempre poderia ser vinculada à uma só raça.

Desse ponto de vista, as possibilidades de enquadramento seriam tão dúbias a ponto de haver opiniões diversas entre as ideias de Cuvier e do seu seguidor brasileiro. É notável que Cuvier indicasse os abissínios como caucásicos, enquanto que, para Braune, aliado a Paul Broca, ligava-os à “primeira família” da raça negra. Não podemos excluir a possibilidade de que esse entendimento de Cuvier não fosse compartilhado por Braune, ou ainda, que tenha se alterado no intervalo de tempo existente entre os estudos de Cuvier, Broca e Braune⁵⁸⁹.

Visto isso, no texto de Braune não observamos esforço e demarcação acurada para a delimitação da raça branca ao abordá-la ou, não tanto, como demonstrado para a raça negra. Braune discorreu sobre o curso da sífilis na raça branca em diversos países europeus, realizando demarcação muito superficial entre os caucasianos europeus e os caucasianos asiáticos. Estes últimos: “[...] em virtude de **hábitos especiais, religião e costumes muito diversos**, acham-se completamente sequestrados dos outros indivíduos de raça caucásica”⁵⁹⁰ e, desse modo, a marcha da sífilis ocorreria de forma muito peculiar em relação aos brancos europeus:

A Ásia foi o berço da voluptuosidade: que o atestem Babilônia, Palmira, Sidonia e Menphis; a sífilis, porém, em virtude dos **próprios hábitos dos muçulmanos**, achava-se circunscrita no alto Egito até que Mehemet-Ali-Pachá, autorizando o divórcio, abriu campo para uma desmoralização

arches being moderately compressed; ears small, and close teeth, vertical in their direction; jaws moderate, with a well-formed chin; hair long, flowing, sometimes crisp, but never woolly; beard mostly full; colour variable. Such, then, are the general characteristics of the caucasian stock, which is also the japetic or iranian section of different authors, and which involves the Celto-Scyth Arabs of Desmoulins”. THE ILLUSTRATED MAGAZINE OF ART. "The Caucasian Race." *The Illustrated Magazine of Art* 3, no. 15 (1854): 157. Disponível em: [http://www.jstor.org/stable/20538246].

⁵⁸⁹ No entanto, não podemos esquecer que os abissínios têm, nas suas origens, a mistura de árabes, negros, hamitas e judeus, o que poderia dificultar o enquadramento dentro das raças que os autores consultados tentavam estabelecer. Ver: CARNEIRO, Maria Luiza Tucci. *O Anti-semitismo nas Américas: memória e história*. São Paulo: Edusp; Fapesp, 2007.

⁵⁹⁰ Grifos nossos. BRAUNE, op. cit., p. 53.

desenfreada. A prostituição estabeleceu-se em grande escala e levou a sífilis aos três Egitos e às três Arábias⁵⁹¹.

Fica evidente, na ótica de Braune, que elementos intrinsecamente ligados à cultura, hábitos e moralidade influenciavam na definição do que seria a essência de uma raça, e mais que isso, se vinculariam à fisiologia, caracteres hereditários e ao curso de uma doença no corpo.

Como não deve parecer estranho, esses elementos são condutores de algumas das mais importantes reflexões do médico fluminense: a higiene não bastaria para proteger da sífilis, porém, a falta dela seria um decisivo agravante⁵⁹². Fazendo uso de uma das suas referências (Dr. Codolinski⁵⁹³), afirmou que em várias cidades da Rússia toda a população seria sífilítica e que os homens que coabitavam com uma mulher teriam 30% de probabilidade de adquirir sífilis. Conforme já identificado nas teses dos médicos gaúchos, a prostituição e as próprias mulheres eram tidas como potenciais agentes transmissivos da doença. Na Inglaterra, país em que os sífilíticos comporiam 30% da população, a alta soma de infectados também se deveria à prostituição e à miséria.

Partindo para os Estados Unidos da América, Braune aborda a Guerra Civil, sinalizando que os exércitos seriam o “sifilômetro das nações”⁵⁹⁴. No exército nortista, a proporção de sífilíticos se daria na relação de 6,7/100 indivíduos, já na armada sulista, 36/100. A alta proporção de sífilíticos se daria por esse último exército vivenciar situações desfavoráveis, executando longas marchas, estabelecidos em acampamentos em que a higiene era inexistente e, ainda, talvez o maior agravante naquela ótica, composto também por negros e indígenas⁵⁹⁵.

Em sentido próximo, trazia que o estado da Califórnia oferecia “condições muito especiais” e, por isso, tornava-se um local tomado pela sífilis⁵⁹⁶. Nos demais estados hispano-americanos a sífilis também seria muito comum. No México, a gravidade seria “insólita, principalmente entre os indígenas e negros”⁵⁹⁷. No entanto, ponderou esta afirmação indicando

⁵⁹¹ Ibid., p. 53.

⁵⁹² Indicou que nos “eslavos, russos e polacos a sífilis é frequente e de uma gravidade insólita, não sendo para admirar semelhante fato em uma população tão considerável e que tanto desprezo mostra pelos cuidados higiênicos”. Ibid., p. 47.

⁵⁹³ Não conseguimos obter informações sobre esse médico. Ressaltamos que as teses médicas do século XIX não continham uma lista de referências.

⁵⁹⁴ Ibid., p. 58.

⁵⁹⁵ BRAUNE, op. cit., p. 58.

⁵⁹⁶ Segundo Braune: “A raça branca norte-americana não é aí a mais comum, predominando entre os indivíduos de todas as nacionalidades que para este lugar afluem o elemento chinês, composto de indivíduos de classe ínfima [...] e em que condições se colocam geralmente os chineses quer em relação à alimentação, que é deficiente e má, quer em relação ao asseio e higiene geral”. Ibid., p. 59.

⁵⁹⁷ Ibid., p. 59.

que a presença da sífilis em localidades de clima temperado (partes mais elevadas do México) não era tão grave como em regiões de clima tropical. Pesa neste posicionamento, ainda que de forma secundária, a consideração da teoria climática sobre o comportamento das doenças.

Ao tratar sobre o Brasil, Braune avaliou que as “coisas não se apresentam de um modo muito lisonjeiro”⁵⁹⁸. Dentre as principais causas do mal venéreo se destacava a prostituição. Ligada à prostituição, como vimos através dos trabalhos já analisados, estaria a escravidão, ainda que nos seus anos finais de existência:

Entre nós, forçoso é confessar, estamos atrasadíssimos quanto a medidas higiênicas contra a propagação da sífilis [...] em ruas centrais da capital do império vemos mulheres ofendendo com a nudez de seu corpo a decência e a moral pública, e patenteando nele sinais inequívocos de sífilis. Uma outra causa, mas que felizmente vai desaparecendo ou antes transformando-se, vem ser a prostituição de escravas que viam-se obrigadas a mercadejar com o seu corpo até que as últimas manifestações da infecção as fossem lançar no catre de um hospital [...] São as escravas de nossa casa, que convivem conosco quase que em comum, servindo-se de nossos utensílios e que são fonte de propagação de uma verdadeira *sífilis insontium*⁵⁹⁹.

Ao examinar dados da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e, através deles, denotar alta incidência de sífilis, Braune levantou os principais problemas relacionados à presença da doença na raça branca. Dentro da descrição desse diagnóstico, as palavras prostitutas e prostituição, em conjunto, foram trazidas por 10 vezes em duas páginas, intercaladas com as palavras “moral” e “moralidade”, e ainda, “escravas”.

Braune solicitava, com gravidade, que as autoridades responsáveis tomassem medidas repressivas drásticas contra a prostituição: o combate direto à atividade, fechamento de prostíbulos e, caso estas ações não fossem possíveis de serem executadas, que se sobrecarregassem os proprietários das casas de prostituição com altos impostos por um lado e, de outro, que se fizessem “visitas domiciliárias” não somente aos recintos, mas também às prostitutas. Tais ideias seriam repetidas com maior seriedade por médicos brasileiros na última década do século XIX e no auge da atuação dos sifilógrafos, isto é, já nas primeiras décadas do século XX, com os seus projetos eugênicos⁶⁰⁰.

⁵⁹⁸ Ibid., p. 61.

⁵⁹⁹ Ibid., p. 61.

⁶⁰⁰ CARRARA, op. cit.,

Outro ponto importante que devemos considerar a partir das ideias de Braune: se na tese central são as raças que influenciavam a marcha da doença (ou das doenças), podemos entender que para a raça branca, no caso da sífilis, a influência social e cultural das raças negra e amarela seriam o principal agravante, senão para a marcha da doença, certamente para o contágio. Em suma, para a raça branca o contágio da sífilis seria extrínseco a ela e a doença pertencia aos modos de vida das demais raças: estaria vinculado à prostituição, à falta de higiene, aos costumes, hábitos e religião (o que também valia para os caucasianos asiáticos) e, principalmente, às mulheres (principalmente as escravas e prostitutas).

Ao se deter sobre a marcha da sífilis na raça negra, assim como para a raça branca, Braune examina a presença da sífilis em vários sítios mundiais ocupados por pessoas daquela raça. De início, Braune intrigou-se com os apontamentos de Livingstone⁶⁰¹ que, em viagem ao centro do continente Africano em 1857, afirmou a ausência da sífilis e, até mesmo, refratibilidade à doença pelos povos habitantes daquela região. Situação similar também teria sido identificada em Madagascar.

Observemos que esta ausência da sífilis naquelas *regiões negras* se transforma em um complexo problema para Braune: como uma raça associada à devassidão, à falta de higiene e a modos de vida impróprios poderia estar imune ao mal venéreo? Dedicou várias páginas para a resolução desse *terrível* dilema e, dentro disso, rejeitou duramente a tese da pureza da raça (negra) de Livingstone, como principal fator explicativo para a imunidade. Para a África Central, optou pela solução mais simples: o isolamento daqueles povos seria a explicação principal para a não detecção da doença. Em relação à possível imunidade, Braune afirmou que Livingstone não teria a capacidade científica necessária para essa verificação (por ser geógrafo e não médico). Além disso, a pureza da raça negra como princípio de imunidade também não faria sentido, visto que a população que habitava o centro da África seria a mesma que vivia em outras partes do continente, em que a sífilis era endêmica⁶⁰².

Mas, paradoxalmente, a tese do isolamento não serviria como explicação para o caso de Madagascar, visto que o próprio autor, complexificando o debate, indicou que os seus habitantes viviam em conexão com Moçambique, mesmo com a barreira marítima. De forma um tanto original a explicação se daria, precisamente, por meio da tese central por ele defendida: a influência das raças no curso das moléstias.

⁶⁰¹ David Livingstone (1813-1873) foi um missionário e explorador britânico que ficou conhecido por explorar o continente africano.

⁶⁰² BRAUNE, op. cit., p. 77.

Naqueles locais isolados, os poucos e *incapacitados* observadores como Livingstone não identificariam o caráter específico de manifestação e ação da sífilis na raça negra: “Os fatos que observamos tendem a demonstrar que a sífilis existe na raça negra, mas afasta-se bastante do tipo normal, acentuando-se as diferenças, desde a manifestação inicial da moléstia”⁶⁰³. Descartando a existência de povos da raça negra imunes à sífilis, Braune explorou as peculiaridades da marcha da sífilis naquela raça.

Afastando-se de explicações concretas para as diferenças, concentrou-se mais em comparar as distinções. Um dos grandes problemas para a identificação e diagnóstico da sífilis na raça negra seria, principalmente, o *fato* dessa raça ser formada por: “[...] indivíduos geralmente boçais, mal compreendendo a utilidade dos comemorativos, não se esforçam em procurar nas suas reminiscências as relações entre a época do aparecimento do cancro, caracterizado pela cicatriz, e a do bubão supurado”⁶⁰⁴. Ou seja, a sífilis seria presença tão comum que, aliada à *estupidez* dos seus portadores, dificilmente poderia ser considerada uma anormalidade, o que tornaria ainda mais complexa a identificação do diagnóstico correto. Para essas afirmações, indo além dos autores consultados, Braune fazia uso das observações *in loco*, realizadas na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Conformando as diferenças do curso da doença em relação às raças dentro das regras do campo científico⁶⁰⁵, Braune sugeriu a benignidade da manifestação da sífilis nos negros, principalmente entre os períodos secundário e terciário de ação da enfermidade. Porém, a manifestação primária seria mais grave, deixando cicatrizes muito visíveis no corpo.

Como um todo, para além de se manifestar de forma diversa, algumas das etapas pertencentes ao curso normal de ação da moléstia não seriam observadas na raça negra, o que causaria dificuldades de diagnóstico para um observador inexperiente e não atento à importância do componente racial à ação das doenças⁶⁰⁶. Braune também se interrogou sobre se as boubas seriam moléstia distinta da sífilis ou parte do período inicial de manifestação da doença. Concluiu que as boubas seriam a forma primária de manifestação, mais comum em locais quentes, muito contagiosa e mais frequentes nos negros por viverem de forma promíscua⁶⁰⁷.

⁶⁰³ Ibid., p. 78.

⁶⁰⁴ Ibid., p. 81.

⁶⁰⁵ Sendo que muitas dessas diferenças somente eram detectadas ao forçar os dados e observações de acordo com os objetivos de validação da tese. Conforme vimos em: EDLER, 2011. Op. cit., GOULD, Op. cit.

⁶⁰⁶ BRAUNE, op. cit., p. 81.

⁶⁰⁷ Ibid., p. 92.

Verificamos na tese de Braune, juntamente com a importância do componente racial e fisiológico, a influência do clima sobre a marcha da doença⁶⁰⁸. De maneira mais específica, a influência do clima sobre a raça negra se daria pelo “modo exagerado por que neles se executam as funções da pele, predispondo-os às papulas mucosas, mesmo nos casos em que uma sífilis inquestionável foi a eles transmitida por inoculação”⁶⁰⁹. Para a raça branca ocorreria o inverso. Estas influências também se vinculariam os modos de vida adotados pela raça negra, assim como, a sua *inerente boçalidade*.

É notável que, para validar o argumento da *preferência* das boubas pela raça negra, Braune indicaria que a manifestação inicial da sífilis atingia quase a totalidade das crianças africanas⁶¹⁰. Disso, a suposta ausência da manifestação da sífilis em algumas localidades da África não deveria ser, de fato, considerada. Seria assim devida a erros de leitura por parte dos seus observadores, alheios à ciência médica e aos seus *progressos*, entre eles, o da constatação da importância das peculiaridades das raças em relação ao curso das doenças.

Dessas verificações, invocando tese do seu colega de curso Eusebio Martins Costa (que também se deteve sobre a sífilis), Braune realizou o seguinte questionamento: “A verdadeira, a genuína sífilis modifica-se no organismo só por ser a pele dotada de maior pigmentação?”⁶¹¹. Eis a resposta, muito interessante e importante para o nosso olhar e que retoma a epígrafe deste capítulo dentro do seu contexto:

Responderemos a uma parte da pergunta, e somente a uma parte, pois, quanto à outra, aos antropologistas compete responder, no sentido de demonstrar que para a diferenciação das raças, menos do que pensa o Dr. Eusebio, é atendida a pigmentação da pele, e que já Lineu havia dito: *nimum ne crede colori*. Quanto à parte que nos cabe da pergunta, responderemos que a sífilis, a única e genuína como a apelida o Dr. Eusebio, é sempre a mesma em qualquer indivíduo, em qualquer raça e em qualquer clima, mas as manifestações sífilíticas, as reações do organismo à diátese acham-se dependentes de causas tão numerosas que não podiam, pela sua própria evidência, ter escapado à extrema lucidez do autor da dissertação sobre as boubas. A idade dos estados caquéticos, o alcoolismo, os climas e as raças e outras influências, atuando tão poderosamente sobre todas as entidades mórbidas, não deixariam de o fazer

⁶⁰⁸ Ibid., p. 95.

⁶⁰⁹ Ibid., p. 95.

⁶¹⁰ Ibid., p. 101.

⁶¹¹ Ibid., p. 102.

relativamente à sífilis, que não se esquivava, ao que nos parece em ser compreendida no quadro das moléstias⁶¹².

Trata-se de trecho um tanto explicativo sobre os sentidos da relação cor e raça. Demonstrando erudição e o seu apurado conhecimento sobre os debates contemporâneos que cercavam o tema (incluindo o papel assumido pelos antropologistas naquele período), citando Lineu⁶¹³, Braune concluiu que a cor não seria característica suficiente para definir uma raça e, ainda menos, para influenciar o curso de uma doença: seria uma dentre várias características pertencentes a uma determinada raça.

Neste sentido, para melhor compreensão sobre o significado das cores em relação às raças para a medicina daquele contexto, e conseqüentemente, para buscarmos interpretar as classificações raciais através da informação da cor contidas nos registros de óbitos, é muito ilustrativo quadro produzido por Braune, em que arrola dados identificatórios sobre os indivíduos da raça negra, por ele examinados na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Quadro similar foi realizado para a raça branca, faltando somente para a raça amarela⁶¹⁴.

No “*Quadro dos indivíduos de raça negra tratados na enfermaria de clínica de moléstias cutâneas e sífilíticas de 1883 a 1885*”, são trazidas as seguintes informações: nome, cor, idade, nação, estado, profissão, data de entrada, leito, manifestações anteriores, manifestação atual e data da saída. Para a raça negra são arrolados, ao total, 22 indivíduos. Dentre as cores, encontraremos a “parda” (14 indivíduos) e a “preta” (8 indivíduos). No quadro pertencente aos enfermos da raça branca, todos são identificados como “brancos”.

Desses dados, incluindo as demais considerações realizadas por Braune ao longo da tese, podemos deduzir que a multiplicidade de cores dentro de uma raça seria reflexo das variedades daquela raça. Nesse sentido, acreditamos que se a amostragem de Braune fosse maior, a gradação de cores também o seria. Isso, tendo como parâmetro as observações realizadas nos livros de internos do Hospital da Santa Casa de Porto Alegre⁶¹⁵, que possuem informações quase que idênticas às compiladas por Braune, referentes ao Hospital da Santa Casa do Rio de Janeiro.

⁶¹² BRAUNE, op. cit., p. 102.

⁶¹³ Na realidade, a frase citada pertence ao poeta grego Públio Virgílio Maro.

⁶¹⁴ Essa ausência era devida, conforme Braune, à inexistência de pessoas daquela raça como enfermos naquele hospital.

⁶¹⁵ Observamos uma certa padronização de rótulos de cores entre os hospitais, principalmente, as Santas Casas, naquele período. Ver: OLIVEIRA, Daniel. 2012. Op. cit..

Há, ainda, outros dois pontos importantes a serem analisados, a partir da conclusão de Braune. O primeiro é o de que, para além da sífilis, toda e qualquer doença parecia se enquadrar na sua tese: todas seriam, de alguma forma, influenciadas pela raça, pelo clima e por “outras influências”. Essa observação possibilita a abertura do leque de doenças que podem ser pensadas sob forma racializada, de acordo com o problema aqui investigado.

O segundo ponto a ser destacado, não perdendo de vista a construção dos argumentos de Braune ao longo do texto, é o de que outros elementos menos objetivos ligados às doenças (ou outras influências) estariam alinhados a uma ou a outra raça: aqueles ligados à moralidade, aos costumes, à religião, ao nível de inteligência, ao local de procedência. Porém, destaquemos que essas conclusões faziam parte do capítulo em que o médico fluminense examinou a raça negra. Analisando o capítulo *Marcha e forma da sífilis na raça amarela*, a relação entre raça, doença e modos de vida ficou mais evidente.

Novamente ancorando-se nas ideias de Cuvier, Braune descreveu a raça amarela dividida em dois ramos: o mongólico, que habita grande parte da Ásia e se espalha pela Oceania, constituindo os habitantes da China, Japão, Indochina e diversas ilhas da Nova Zelândia; o outro ramo, o americano, estaria disseminado nas Américas Septentrional e Meridional (sem especificar países).

Retomando dados e argumentos anteriores, Braune reforçou que a imoralidade, expressa pela voluptuosidade e devassidão nos modos de vida, era decisiva para o alto número de sífilíticos entre a raça amarela, incluindo asiáticos e indígenas das Américas. A prostituição que, segundo o autor, se dava de forma intensa na raça amarela, recebia o seu importante quinhão de culpa, mas não sem excluir a raça negra: “Na América Central a sífilis é muito comum entre as índias e as mulatas que exercem quase que exclusivamente a prostituição”⁶¹⁶. Nenhuma menção a aspectos socioeconômicos é realizada pelo autor.

Ao discorrer sobre a marcha da sífilis na raça amarela, ficam ainda mais aparentes as medidas utilizadas para identificar o que seria uma marcha “perfeita” ou “anormal” da manifestação daquela doença no corpo humano, tornando subentendidos os motivos das duas possibilidades desses cursos. Assim como ocorria para a raça negra, a continuidade da manifestação da doença na raça amarela se daria de modo potencialmente diverso, em relação aos indivíduos de raça caucásica.

⁶¹⁶ BRAUNE, op. cit., p. 117.

Principalmente nesse trecho da tese, Braune deixou ainda mais aparente que a comparação das análises realizadas tinha como parâmetro ideal a raça branca: “[...] a pedra de toque é o europeu, que apenas afetado da moléstia oferece o quadro perfeito da sífilis [...]”⁶¹⁷. Na raça branca o período secundário de curso da enfermidade se manifestava visualmente de forma incontestável, o que não ocorria para as demais raças. É ilustrativo que Braune, que tanto se esforçou para comprovar alguns dos elementos da sua tese, tenha demonstrado tão pouca preocupação em fundamentar ou problematizar os motivos da suposta perfeição da doença na raça branca. Podemos pensar que essa constatação seja um, dentre vários indícios, de que o pensamento da superioridade da raça branca estava estabelecido como uma verdade indubitável para aquela ciência, como identificou Gould⁶¹⁸.

Mas qual seria o intuito de Braune ao procurar definir um quadro perfeito e outro anormal de ação da sífilis em relação às raças, para além de demonstrar a sua tese central? Ou, por que o quadro perfeito se daria na raça branca, tendo em vista que a sífilis se mostrava como enfermidade ligada a hábitos de vida reprováveis? Antes de propormos uma resposta, conforme identificado, lembremos que a sífilis atingia mais indivíduos das raças negra e amarela, em grande parte devido a modos de vida moralmente reprováveis e associados à falta de higiene e à miséria; nas raças amarela e negra a doença se manifestava de modo anormal em relação à raça branca; havia regiões no mundo em que grupos da raça negra supostamente gozariam de imunidade pela pureza de raça, porém, tal hipótese foi rejeitada por Braune; por fim, na raça branca a sífilis se demonstraria na sua forma perfeita. Braune não nos responde diretamente às questões trazidas, mas fornece indícios sobre as suas preocupações e estrutura de pensamento.

Abrimos um parêntese: conforme demonstrado por Flávio Edler ao analisar a medicina científica no século XIX, observamos que Braune movia-se seguindo as regras, a *doxa* daquele meio científico. Não poderia negar ou ocultar a existência de determinadas provas, mesmo que remetessem a dados que confrontariam a sua tese. Deveria, caso isso ocorresse, dar nova visão aos fatos, articulando-os com outros dados e estudos que pudessem validar as suas hipóteses.

No caso dos problemas tratados por Braune, para chegar aos resultados pretendidos, sem mais poder apoiar-se em *provas científicas* mais evidentes, a questão foi solucionada acusando a falta de conhecimento ou de orientação científica por parte dos autores com opiniões diversas às suas. Demonstrando perspicácia nesse sentido, indicou que um argumento contrário às suas

⁶¹⁷ Ibid., p. 106.

⁶¹⁸ GOULD, op. cit.

verificações se dava unicamente da “cegueira originada pela defesa das opiniões”⁶¹⁹. Ironicamente, mais parece ter sido esse o posicionamento de Braune em alguns trechos da tese⁶²⁰. Assim, não podemos pensar que os argumentos de Braune eram construídos de modo acientífico. Por outro lado, vários fatores indicam que a argumentação do médico fluminense, até mesmo pela aprovação da tese com distinção, certamente era apoiada por parte do colegiado da Faculdade do Rio de Janeiro e, em extensão, pelo campo científico do qual fazia parte, leia-se, a medicina acadêmica e científica brasileira, daquele período⁶²¹.

Fechando o parêntese, tentemos dar sentido às ideias de Braune. O argumento da pureza da raça de Livingstone como justificativa para a imunidade de povos africanos, muito provavelmente se mostrou atraente para Braune. Mas, como explicar que um ou dois povos considerados *puros* da raça negra poderiam ser imunes a uma enfermidade intrinsecamente associada a modos de vida reprováveis, *comprovadamente* não só ligados, mas também definidores das raças negra e amarela? Não seria uma explicação plausível, pois a raça branca, *a medida perfeita do homem*, somente ficaria exposta à sífilis devido ao contato com indivíduos da raça negra e amarela e, no caso do Brasil, conforme observado nas teses anteriormente analisadas, por meio de prostitutas e escravas.

A solução para esse problema, ironicamente, se encontraria na tese da pureza da raça, utilizada por Braune de forma diversa e um tanto sutil à pensada por Livingstone: no europeu/raça branca, por não estar habituada à doença e graças a sua *elevada boa moral* e aos seus *bons modos de vida*, a sífilis se manifestaria em seu modo perfeito e grave. Notemos que, para as outras raças, em muitos países a sífilis se fazia presente em quase toda a população, inclusive, nas crianças. Nesse sentido, os corpos pertencentes às raças amarela e negra estariam aculturados em relação à doença, resultando em uma manifestação diferenciada, menos nociva,

⁶¹⁹ Braune se referia a Gintrac, que afirmava a não contagiosidade das boubas. BRAUNE, *Ibid.*, p. 98.

⁶²⁰ Tal quando indicou que a formação das roséolas (dadas como comuns no período inicial da sífilis) dificilmente ocorriam na raça negra. Porém, de forma muito breve, admitiu que a identificação da roséola na pele negra era procedimento de difícil realização, devido à sua tonalidade escura. Acrescentamos, em tempo, que Braune verificou, entre os enfermos da Santa Casa do Rio de Janeiro, indivíduo da raça negra com a presença da roséola sífilítica. BRAUNE, *op. cit.*, p. 82.

⁶²¹ Tratam-se assim, estas verificações, de um exemplo ilustrativo sobre o quanto uma ciência, seguindo os seus protocolos científicos de validação sob *provas concretas*, pode ser atravessada por concepções ideológicas dos seus agentes, que passam a fazer parte da sua *doxa*. Quando essas ideias são aceitas, reiteradas e ganham eco, decorrerá a intensificação e enraizamento da ideologia dentro do campo, tornando-se parte dele e, em decorrência, uma orientação para futuros membros do campo. Conforme demonstrado por Bourdieu, o *habitus*, a *doxa*, e o *campo* interagem de forma fluída e transversal, sendo ligados e conformados, como no caso da medicina, por argumentos que podem estar muito distantes do *mundo natural* e muito mais próximos do mundo social e cultural, porém, sempre destacando o primeiro como elemento central e objetivo.

um tanto afastada do seu curso natural de manifestação, como quando em uma raça a ela *estranha*, como a branca⁶²².

Infelizmente, conforme observado nas teses analisadas, a ligação entre os aspectos raciais e enfermidades se deu enfocando, principalmente ou tão somente, a sífilis, muito possivelmente devido ao peso de estigma social e moral que essa doença e os seus enfermos carregavam. No entanto, devemos frisar que, para os objetivos deste capítulo, tendo em vista a forma como a sífilis foi observada e trabalhada naquele contexto pelos médicos (principalmente por Braune), podemos transportar aquele entendimento para as mais variadas doenças, ainda que não tratadas diretamente.

Desse modo, avançando sobre estas ideias e buscando uma síntese sobre o pensamento de Braune (também estendendo a Masson e Pederneiras) como reflexo daquela ciência na exploração da relação entre raças e doenças, entendemos que raça na medicina se demonstraria sob duas formas de compreensão interligadas, a física e a social, tendo o corpo como o nexo. O físico se demonstraria sob dois modos: o externo, por meio de caracteres reconhecíveis diretamente, tais como aspectos fisionômicos, incluindo a cor da pele e; o interno, exemplificado pela importância dos “tecidos internos” para a identificação das raças. O social se demonstraria pelos modos de vida, pelas questões étnicas, pelas condições socioeconômicas e de trabalho (incluindo escravidão e liberdade), observadas pela ótica daquela ciência e sociedade.

Em decorrência disso, trazendo tais percepções para o seio do problema analisado por esta pesquisa, se pensarmos nos médicos (como representantes desta ciência), debruçando-se sobre cadáveres (o que pode ser estendido para corpos doentes), verificaremos que estas duas formas de entendimento da raça passavam a coexistir em um plano objetificado: em um corpo, que por sua vez será racializado em sentido interligado à estrutura social⁶²³, que por sua vez estará relacionado à identificação de determinada doença ou causa de morte. Em suma, a raça

⁶²² Coadunando com a visão da medicina, daquele período, sobre a relação de imunidade entre a febre amarela e os negros, trazidas anteriormente por meio dos estudos de Chalhoub e Carvalho. Sob esta percepção, de outra maneira, também poderíamos rotular a sífilis como uma doença de negros, mas que, porém, também atinge os brancos, mas de forma diferenciada.

⁶²³ Nesta análise, recorreremos ao conceito de corpo de Merleau-Ponty. O corpo, nesse modo de compreensão, se torna a chave para a unificação entre natureza e cultura, também podendo ser analisado como um corpo social, mediante a corporeidade da doença e do seu entendimento (natural e cultural). MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 273. RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 7. SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar. 1987), pp. 6-41.

se relacionaria intimamente com os modos de vida e ambos influenciariam, na ótica daquela ciência, drasticamente na incidência, manifestação e no curso das doenças.

Nestas ideias residem alguns dos embasamentos teóricos fundamentais que seriam utilizados pelos médicos seguidores da eugenia⁶²⁴ no Brasil, já no século XX. A hereditariedade (pertencer à determinada raça) e a miscigenação (também observada como convivência muito próxima e relacionada à transmissão das doenças) se demonstravam, mesmo que não especificamente nessas palavras, como um problema para a medicina: condições de vida e *modos de vida* se equivaliam a condições biológicas⁶²⁵. A estas ideias também se ligam os estudos sobre degeneração e hereditariedade mórbida⁶²⁶, que se detiveram, principalmente, na verificação e aferimento de aspectos físicos ligados a tipos raciais.

Dentre os nomes mais conhecidos dos impulsionadores desse campo, destacam-se Cesare Lombroso, Paul Broca e Morton, conhecidos por seus estudos antropométricos, que buscavam identificar os criminosos natos⁶²⁷. Neste sentido, com estrutura teórica muito próxima ao estudo de Braune, podemos incluir a tese de Justo Janse Ferreira, também realizada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, intitulada: *Do parto e suas consequências na especie negra*⁶²⁸.

⁶²⁴ O criador da eugenia teria sido Francis Galton, em obra datada de 1869. A eugenia pode ser definida como um conjunto de ideias e práticas que visariam o melhoramento da raça humana por meio da seleção dos genitores, tendo como base o estudo da hereditariedade, evitando a degeneração. MACIEL, Maria Eunice. A eugenia no Brasil. In. *Anos 90: Revista do Programa de Pós-Graduação em História – UFRGS*. Porto Alegre. N. 11, jul. 1999. P. 121.

⁶²⁵ MACIEL, Maria Eunice. A eugenia no Brasil. In. *Anos 90: Revista do Programa de Pós-Graduação em História – UFRGS*. Porto Alegre. N. 11, jul. 1999. p. 121.

⁶²⁶ Sérgio Carrara, ao analisar o combate contra a sífilis no Brasil e as ligações do pensamento médico brasileiro com as ideias de degeneração, aponta que um dos primeiros trabalhos do gênero data de 1880: *Syphilis et marriage*, de Alfred Fournier. Dentro desta perspectiva, as doenças venéreas eram vistas como um grave fator de degeneração social, que poderiam atrasar, ou acabar de vez, com o progresso de toda uma nação. CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

⁶²⁷ Para esses estudos, a hereditariedade tinha importância fundamental. Neste sentido, naquele mesmo período, inspiradas naqueles pesquisadores, foram realizadas as pesquisas do médico porto-alegrense Sebastião Leão, na Casa de Correção da cidade, por meio da análise antropométrica dos detentos. Importante salientar que, apesar de fazer uso das técnicas dos pesquisadores antropólogos europeus, Sebastião Leão chega a resultados diferentes, até mesmo, contestando as teses daqueles autores. Ver: FIGUEIRÓ, Raquel Braun. *O médico, a raça e o crime: a apropriação das teorias raciais pelo médico porto-alegrense, Sebastião Leão, no final do século XIX*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Niterói, 2014. 171p. LEÃO, Sebastião. *Os criminosos no Rio Grande do Sul: álbum photographico*. Porto Alegre, 1897. Arquivo da Academia de Polícia do Rio Grande do Sul.

⁶²⁸ FERREIRA, Justo Janse. *Do parto e suas consequências na especie negra*. Tese (cadeira de Clínica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras. Trata-se de tese que também foge dos parâmetros comuns no que se refere ao número de páginas, conformando o total de 90, contando com as proposições.

Ferreira destinou maior ênfase para a hereditariedade entre raça e doença e, assim como o fez Braune, trabalhou com classificações de cor, demonstrando-se conectado aos pesquisadores adeptos da teoria de degeneração hereditária. Também através do seu estudo, verificamos que esta doutrina gradativamente ganhava espaço na medicina brasileira já na década de 1880, que por sua vez seria aprofundada nas décadas posteriores, também por meio de Raymundo Nina Rodrigues.

Naquele cenário, a Escola Tropicalista Baiana, composta por influente grupo de médicos brasileiros da segunda metade do século XIX, assumia papel protagonista no meio científico brasileiro⁶²⁹. Ao ingressar na Escola (no início da década de 1890), Nina Rodrigues passaria a realizar, com maior profundidade, estudos voltados para o tema raça⁶³⁰. Os aspectos físicos e biológicos se tornavam, cada vez mais, compreendidos como determinante do social. Os estudos de Nina Rodrigues (inspirados em Cesare Lombroso sobre medicina legal e Wilhelm Wundt, sobre psicologia coletiva) aprofundavam cada vez mais os conceitos de raça e determinavam os tipos raciais, no cenário brasileiro.

Em artigo publicado na *Gazeta Médica da Bahia* de março de 1890 na seção de *Antropologia Patológica*, intitulado *Os mestiços brasileiros*, as ideias de Nina Rodrigues são expostas de forma muito elucidativa, no entanto, não menos complexa⁶³¹. Trata-se de um texto com entonação de protesto contra as classificações raciais utilizadas pelos seus colegas das Faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro.

Rodrigues, de início, informa que a motivação do seu artigo surgiu a partir dos apontamentos do Dr. Júlio de Moura sobre a “frequência relativa da lepra segundo as raças”, bem como, das lições acerca “da influência da raça negra sobre o puerperismo”, do Dr. Erico

⁶²⁹ ESCOLA TROPICALISTA BAIANA. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)* Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>]. Baseado no texto: BARROS, Pedro Motta de. Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. IV, n. 3 (nov. 1997- fev. 1998). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 1997-1998.

⁶³⁰ Ironicamente, antes do ingresso de Rodrigues, a Escola Tropicalista era conhecida, exatamente, por desenvolver (ao menos até o final da década de 1870) uma forma de conhecimento sobre as doenças que negava as teorias raciais, tal como o poligenismo, muito adotado nos Estados Unidos. Tais teorias teriam sido rejeitadas em uma sociedade miscigenada, como o Brasil, onde muitos médicos eram mulatos ou negros. Ver: EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh* L-2-1998. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011. p. 177.

⁶³¹ Em 1890 o médico legista baiano já ocupava o cargo de redator-chefe do periódico científico *Gazeta Médica da Bahia* e, possivelmente, foi o criador da referida seção. Raymundo Nina Rodrigues foi diretor da *Gazeta* entre os anos de 1890 e 1893. Nesse período, aumentaram substancialmente os artigos que tratavam sobre as diferenciações, na medicina e na sociedade, entre etnias e entre os sexos. Também em 1890, ocupava o cargo de Adjunto de clínica médica da Faculdade de Medicina da Bahia. Nina Rodrigues era também um assíduo colaborador da revista *O Brasil Médico*.

Coelho⁶³². Restringimos a nossa análise sobre trecho do artigo que traz a tônica do protesto de Rodrigues e que bem reflete a importância que as classificações raciais iam adquirindo, assim como, ganhando em complexidade, dentro dos estudos do campo, no Brasil:

Mais condenável ainda, reputamos entretanto a distribuição dos brasileiros em brancos, pardos e pretos, geralmente adotada nas nossas estatísticas médicas. Incluir, com efeito, num mesmo grupo de pardos ou mestiços não só os mulatos, mestiços do branco com o negro, como os mamelucos, mestiços do branco com o índio e ainda os mestiços dos mulatos com os mamelucos; ou então reunir o grupo dos pretos não só os indivíduos negros de raça pura, como os mestiços do negro com o índio e os mulatos que voltam ao negro, - não é somente fazer uma classificação de todo ponto artificial e arbitrária, é negar previamente, como fator etiológico, todo valor a semelhante discriminação das raças. Não obstante, é esta a divisão geralmente seguida, adotada em quase todas as nossas estatísticas hospitalares e ainda nas clínicas de ensino de ambas as faculdades de medicina⁶³³.

É notável o aprofundamento que Rodrigues objetivava e desenvolvia sobre raça e doença, dentro da medicina. As classificações até então aceitas, aprendidas e utilizadas dentro do campo – como o autor indica, nas estatísticas hospitalares e nas clínicas de ensino das faculdades - já não mais serviriam para dar conta da complexidade racial brasileira⁶³⁴.

E não nos deve parecer estranho que a tese de Ferreira, poucos anos após ter sido publicada, se transformaria em objeto de discussão do mesmo artigo. Rodrigues, advertia que a pesquisa de Ferreira, que condensou vários estudos sobre a influência da “raça negra” sobre o puerpério (conforme o próprio Rodrigues), despertou controvérsias de opiniões. Segundo Nina Rodrigues, uma das principais lacunas deixadas por Ferreira, o que poderia se estender ao estudo de Braune, foi o fato de:

[...] não ter determinado a que raça ou espécie negra se referia, o lamentável descuido de não discriminar as raças negras puras, das raças negras por cruzamento e nestas os produtos do cruzamento das raças negras com esta ou aquela outra raça, concluindo uniforme e indistintamente de umas para as

⁶³² Lembremos, em tempo, do posto de Coelho junto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro como lente da cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica, professor de Braune, Camillo, Ferreira, tendo influenciado, intimamente, na tese desse último. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1890, op. cit.

⁶³³ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1890, op. cit., p. 403.

⁶³⁴ A temática raça e doença passava a ganhar cada vez mais espaço nos fóruns de divulgação científica. As discussões teóricas também cresciam e conceitos anteriormente aceitos passavam a ser questionados, revisados, mediante provas produzidas dentro das regras (e expostas de acordo com a linguagem) daquele campo. Nina Rodrigues se demonstrou muito habilidoso na ao participar desse cenário.

outras, o que sobre ser uma contradição ao princípio mesmo que procurava estabelecer, da influência diferencial das raças, inquina as suas conclusões de pouca solidez. O autor tinha, de fato, feito servir a sua tese observações que mais se referiam a mestiços do negro do que a verdadeiros negros⁶³⁵.

Os equívocos de Ferreira, apontados por Rodrigues, não estão ligados às conclusões realizadas a partir dos casos analisados ou em relação à forma de entender as raças sob ponto de vista social, intelectual, cultural ou moral. Isso não estava em discussão e tudo indicava que Rodrigues, neste contexto, partilhava das ideias de Ferreira.

Na realidade, o olhar de Nina Rodrigues se voltou para questões de definições teóricas sobre raça e doença adotadas por Ferreira, que por demonstrarem fragilidade, resultavam em problema metodológico na condução da pesquisa, gerando resultados pouco confiáveis. Do modo como foi pensada, a pesquisa de Ferreira produziria conclusões errôneas sobre características que talvez fossem reais sobre alguns tipos de “mestiços”, mas não de negros de “raça pura”, conforme palavras do médico baiano. Assim, Nina Rodrigues aprofundava a divisão racial – sempre misturada à classificação da cor - adotada por Ferreira e, conseqüentemente, pelo campo médico-científico brasileiro.

Rodrigues trataria, ainda, da tese do Dr. Paula Rodrigues⁶³⁶ (*Glaucoma*, Rio de Janeiro, 1887), que demonstrou estatística sobre a frequência do glaucoma dividida entre os brancos, mestiços e pretos. Voltando-se mais uma vez para o sistema classificatório de raça (e cor) adotado, Nina Rodrigues denuncia que a estatística utilizada por Paula Rodrigues é enganadora ao não deduzir que a “frequência do glaucoma nos mestiços brasileiros depende e provavelmente será proporcional à quantidade de sangue africano que eles encerrarem”⁶³⁷.

E, dentro disso, destacou que: “Indiscutível seria essa conclusão se só houvesse no Brasil mestiços-mulatos, mas além desses temos, que com o branco, que com o negro, mestiços de uma terceira raça, a raça americana”⁶³⁸. Nina Rodrigues referia-se aos indígenas. Dentro disso, faz menção ao levantamento realizado na clínica do Dr. Moura Brazil, ressaltando: “Não é crível, de fato, que sobre 837 doentes classificados de mestiços que frequentaram a clínica

⁶³⁵ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1890. p. 403.

⁶³⁶ Não foi possível identificar se o Dr. Paula Rodrigues tinha algum grau de parentesco com Raymundo Nina Rodrigues.

⁶³⁷ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, mar. 1890. p. 404.

⁶³⁸ Ibid.

oftalmológica do Sr. Dr. Moura Brazil, de 1882 a 1887 não houvesse um mestiço da raça indígena”⁶³⁹.

5.2.2 Registros de óbitos e o sistema de classificação racial

E com inspiração direta em Nina Rodrigues surgiu, talvez, um dos mais interessantes estudos brasileiros sobre tipos raciais e crime, realizado por um médico porto-alegrense, Sebastião Leão, em 1897. Conforme visto, Leão, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, fez parte do grupo de médicos já analisado e participou dos principais processos de institucionalização da medicina em Porto Alegre.

O estudo de Leão entrecruzou as teorias de Rodrigues, Broca, Lombroso e outros autores ao exame dos presidiários da Casa de Correção, também por meio do uso de fotografias, que foi materializado por meio de um relatório⁶⁴⁰ e um álbum fotográfico⁶⁴¹. Estes materiais foram objetos de estudos aprofundados por outros historiadores⁶⁴², o que nos permite avançar para os aspectos de nosso maior interesse, ou seja, sobre as ideias de raça e a classificação de cor adotada por Leão.

Leão buscava compreender se o criminoso era constituído pelo meio social ou pela hereditariedade. Enfatizou aspectos antropométricos e fisionômicos dos presidiários. Deteve-se, assim, sobre as características raciais, fazendo uso, principalmente, das classificações de cor, pensadas por Nina Rodrigues. Disso, Raquel Figueiró concluiu que as ideias raciais de Leão tiveram inspiração na Escola Tropicalista Baiana, por sua vez mais ligada à Faculdade de Medicina da Bahia, e menos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ao considerar que o periódico *O Brazil-Médico* (ligado à Faculdade carioca) pouco tratou sobre o tema raça⁶⁴³. No entanto, de acordo com a análise aqui empreendida sobre as teses da Faculdade do Rio de

⁶³⁹ Ibid.

⁶⁴⁰ LEÃO, Sebastião. *Relatório do doutor Sebastião Leão, médico da polícia, anexo ao relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul*. (Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre). 1897.

⁶⁴¹ LEÃO, Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Leão, Diretor da Oficina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897.

⁶⁴² FIGUEIRÓ, 2014. Op. cit. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Recordação da Casa dos Mortos: Introdução ao relatório do Dr. Sebastião Leão. In: *1º Seminário de pesquisa do AHRs*, 2001, Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, 2001. 01 CD. PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Visões do cárcere*. Porto Alegre: Jeweb Editora Digital, 2003.

⁶⁴³ FIGUEIRÓ, op. cit., p. 114.

Janeiro que, como vimos, detiveram-se sobre questões raciais, também influenciadas por seus professores, consideramos este ponto de vista equivocado. Entendemos, assim, que o enfoque de Leão possui raízes dos estudos na referida Faculdade, que foram interligados à perspectiva de Rodrigues, que reconfigurava os tipos raciais brasileiros, na década de 1890.

Aspecto interessante do trabalho de Leão é a discordância com as ideias de Lombroso e de outros autores, que observavam a criminalidade como ligada aos aspectos hereditários. Leão, na sua célebre frase, foi pragmático: “Não é o atavismo, mas o meio social que faz o criminoso”⁶⁴⁴. No entanto, no que toca às questões raciais, entendia que a raça estava ligada à hereditariedade o que, por sua vez, gerava consequências para os indivíduos no meio social, de acordo com a raça a que pertencia. Concordando com Nina Rodrigues⁶⁴⁵, Leão considerava que seria preciso existir códigos penais diferenciados para as raças, tendo em vista que os membros da raça negra seriam “filhos das tribos selvagens” e teriam menos habilidade mental do que os brancos (descendentes de europeus), o que traria impactos para o bom trânsito na vida social⁶⁴⁶.

No que mais aproximava as questões raciais da medicina, Leão indicava que os brancos seriam menos resistentes à dor do que os negros⁶⁴⁷, ponto de vista também identificado na tese de Ferreira, o qual indicava que as mulheres negras sentiam menos dor do que as brancas, no momento do parto⁶⁴⁸. Este aspecto da obra de Leão corrobora com a hipótese acima indicada, sobre as ideias raciais de Leão terem a sua gênese conceitual muito mais ligadas à Faculdade carioca.

Na conclusão do seu *Relatório*, enfocando os aspectos raciais e a sua possível ligação com o crime⁶⁴⁹, Leão indicou que o material que tinha à disposição, ainda que original e único no Brasil, era deficiente, o que o impossibilitava de realizar qualquer conclusão neste sentido⁶⁵⁰.

⁶⁴⁴ LEÃO, Sebastião. *Relatório do doutor Sebastião Leão, médico da polícia, anexo ao relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul*. (Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre). 1897. P. 55.

⁶⁴⁵ Na realidade Leão teve como inspiração para o seu estudo o trabalho de Nina Rodrigues, intitulado: “Raças humanas e responsabilidade penal no Brasil”.

⁶⁴⁶ FIGUEIRÓ, op. cit., p. 114.

⁶⁴⁷ LEÃO, Sebastião. *Relatório*. Op. cit. p. 55.

⁶⁴⁸ FERREIRA, Justo Janse. *Do parto e suas consequências na espécie negra*. Tese (cadeira de Clínica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras. P. 33.

⁶⁴⁹ Perguntou-se: “I. Existe diferença no crime do branco e do preto, do mulato e do caboclo, do nacional e do estrangeiro, do rio-grandense e do nortista; os caracteres anatómicos, fisiológicos e psicológicos variam nas diversas raças?”. LEÃO, Sebastião. *Relatório*. Op. cit., p. 52.

⁶⁵⁰ Idem.

Visto isso, o sistema de classificação de cor adotado por Leão foi assim descrito, através do levantamento realizado entre os presos examinados:

Nos sentenciados recolhidos à Correção temos elementos que constituem ligeira nota para a discussão deste problema. Da estatística que organizei obtive o seguinte resultado:

Presos de cor branca	71
Presos de cor parda	38
Presos crioulos	34
Presos mulatos	30
Presos caboclos	24
Presos pretos	15
Presos indiáticos	14 ⁶⁵¹

Observemos que o vocábulo “cor” é utilizado somente para a “branca” e “parda”, e não trazidos como brancos e pardos. No entanto Leão, ao citar pesquisa de Nina Rodrigues sobre os presos da Bahia, demonstra que a expressão utilizada pode ter sido um descuido na escrita, visto que o substantivo “cor” é trazido somente para os pardos. Destaca-se que no arrolamento de Rodrigues é trazida outra denominação de cor, não constante na lista de Leão: a “cabra”⁶⁵².

Interessante constar que, nos registros de óbitos de Porto Alegre, a denominação “cabra” já aparecia no ano de 1875. Aliás, os poucos registros encontrados constando esta cor (cinco, ao total), situam-se entre os anos de 1875 e 1877. Desses, três naturais da província (os outros dois não trazem a naturalidade), uma liberta, dois escravos, um filho de escravo e outro livre.

Na realidade, se a classificação de Rodrigues acrescentava novos rótulos ao sistema de classificação utilizado pelo Prof. Érico Coelho, Prof. Paula Rodrigues, Moura Brazil, Braune, Ferreira (entre outros médicos), veremos que, para os registros de óbitos de Porto Alegre, tais denominações eram utilizadas há quase meio século, conforme segue:

⁶⁵¹ LEÃO, Sebastião. *Relatório*. Op. cit. p. 10.

⁶⁵² *Ibid.*, p. 11.

Tabela 6: Denominações de cores distribuídas por anos (1875-1895)

	Branca	Cabocla	Cabra	China	Crioulo	Fula	Indiática	Mista	Morena	NC ⁶⁵³	Parda	Preta	Total
1875	588	2	1	6	1		17		1	7	222	308	1153
1876	555	2	1	5		2	18		7	24	278	277	1169
1877	618	1	3				10		4	28	187	206	1057
1878	611			1			9		1	130	224	228	1204
1879	528			8			18		5	120	234	251	1164
1880	514			3		1	10		6	131	207	226	1098
1881	487			8			10		3	132	219	220	1079
1882	626			2			19		5	86	247	183	1168
1883	598			3			15		4	119	238	236	1213
1884	623			5			17		12	53	281	233	1224
1885	640						33		10	61	285	262	1291
1886	622			1			20		7	8	290	267	1215
1887	640						21		18	23	300	283	1285
1888	802			1			26		15	32	375	323	1574
1889	815						30	1	14	38	351	307	1556
1891	1222			1			52	16	19	9	466	463	2248
1892	1213						54	17	8	1	427	397	2117
1894	1041			1			49	2	4	9	534	353	1993
1895	1123						67	1	9	5	442	337	1984
Total	13866	5	5	45	1	3	495	37	152	1016	5807	5360	26792

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

A tabela, ainda que aparentemente poluída devido a quantidade de dados, nos oferece um excelente panorama sobre as denominações de cores utilizadas no último quarto do século XIX, bem como, os períodos da sua utilização, naquele espaço temporal e contextual, que não pode ser analisado sem termos em conta o trabalho escravo juntamente com o pensamento racial. Compõe-se assim, na ótica desta pesquisa, como um sistema racial utilizado para definir os lugares sociais dos diferentes grupos que conformavam a população porto-alegrense.

Visto isso, contrapondo tal sistema ao adotado por Rodrigues e Leão, notemos a falta da denominação “mulato” e a adição dos termos “morena”, “mista”, “fula” e “china”. Os dois primeiros, possivelmente, seriam equivalentes a “mulato”. Talvez, esta hipótese se direcione principalmente para “mista”, utilizada somente após a abolição da escravatura, como bem demonstra a tabela. Ou seja, para além de demonstrar aspectos relacionados à miscigenação, também se relaciona aos significados políticos e simbólicos em torno da emancipação dos negros, no Brasil.

⁶⁵³ NC: não consta a cor. Trata-se, quase na sua totalidade, de registros de óbitos de recém-nascidos.

No entanto, para outras denominações não conseguimos identificar os motivos da utilização ter sido reduzida a somente alguns dos espaços temporais trazidos, ou seja, não permanente ao longo dos anos, diferentemente do comportamento do uso dos rótulos “branca”, “indiática”, “parda” e “preta”. A cor “cabocla” foi utilizada somente entre os anos de 1875, 1876 e 1877, com o total de cinco registros; a cor “cabra”, idem (anos e total de registros); “crioulo”, aparecerá somente em 1875, com um registro; “fula”, somente em 1876 e 1880, com três registros ao total. A cor “china”, mesmo que espalhada ao longo do período de amostragem, se concentrará majoritariamente entre os anos de 1875 e 1884. Esta, por sua vez, parece estar intrinsecamente ligada à condição feminina, tendo em vista que dos 45 registros, 41 se referem ao sexo feminino e, desses, seis registros distribuídos na faixa etária até os 5 anos e o restante acima dos 15 anos de idade. Paulo Moreira indicou que, para muitos casos, denominações como “china” e “paraguaia” tinham conotações ocupacionais⁶⁵⁴.

Na busca de maior entendimento sobre os significados desse sistema classificatório, a segunda parte da obra de Leão, o *Álbum fotográfico*⁶⁵⁵, possibilita-nos análise no mínimo interessante relacionada aos aspectos que conformavam a atribuição da cor: a relação que este dado estabelece também com os caracteres fisionômicos, ainda que, conforme trazido, tenhamos consciência de que a sua pertença esteja vinculada mais ao mundo social e aos lugares de ação dos seus agentes. No entanto, não devemos perder de vista que neste período, através da antropologia e da medicina, as raças passavam a ser vinculadas, cada vez mais, ao mundo biológico.

O *Álbum fotográfico* de Leão é resultado de um dos primeiros esforços, no Brasil, da utilização da fotografia para identificar os criminosos, seguindo os preceitos de Alphonse Bertillon⁶⁵⁶. Na realidade, Sebastião Leão montou um laboratório fotográfico na Oficina de

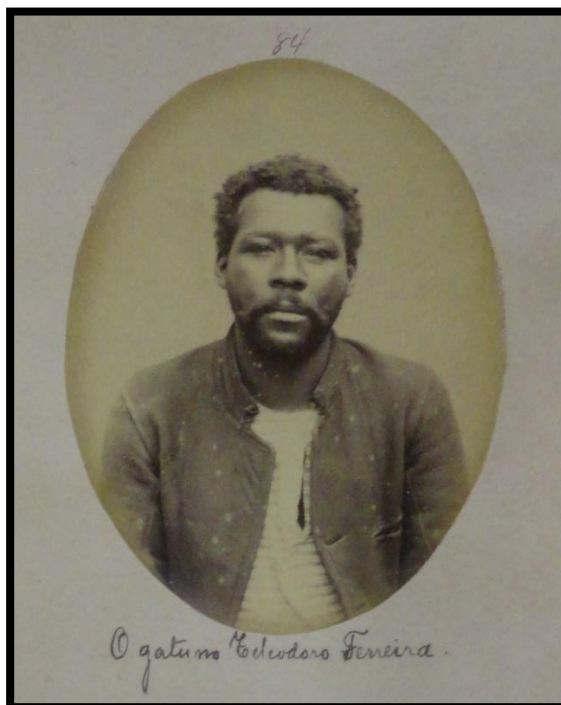
⁶⁵⁴ Conforme o autor: “Junto aos quartéis, principalmente no Beco do Oitavo, encontravam-se várias casas ocupadas por mulheres quase sempre trabalhando em serviços domésticos (cozinheiras, lavadeiras, criadas em geral), as quais mantinham relações de vários tipos com os efetivos do Exército. Eram classificadas ou se auto-definiam nos processos criminais como meretrizes, chinas ou paraguaias, adjetivação esta que não era necessariamente dirigida àquelas nascidas no país vizinho, mas tinha conotações ocupacionais - meretriz -, misturadas com questões de cor - china ou indiática. Ao que parece, após a Guerra do Paraguai, passamos a encontrar mencionadas como sinônimo as classificações paraguaia e china. No processo 1372 (APERS - Maço 51), a ré Angela Maria de Oliveira era acusada de ter ferido em 2 de janeiro de 1879 seu ex-amásio, o pardo Victor (escravo). Enquanto uma das testemunhas a chamava de paraguaia e outra a indicava como ‘mulher indiática’, o ofendido a descreve como de ‘cor china’. Ângela, em seu depoimento, declarava ter 31 anos, filha legítima de Manoel e Maria, solteira, doméstica e ter nascido em Porto Alegre. Antes de qualquer deliberação, Angela faleceu na enfermaria, vítima de varíola, descrita como: cor indiática, cabelos corredios, olhos pardos, nariz rombo, rosto redondo e reforçada de corpo”. Ibid. p. 61.

⁶⁵⁵ LEÃO. Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Oficina de Antropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre.

⁶⁵⁶ FIGUEIRÓ, op. cit. p. 132-135.

Identificação da Casa de Correção de Porto Alegre. Neste trabalho, Leão fotografou muitos dos detentos que lá estavam alocados, no ano de 1897.

Figura 15: Foto 84.



Fonte: LEÃO, Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Oficina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre⁶⁵⁷.

Conforme é possível verificar na foto acima, no dito álbum eram trazidas reduzidas informações sobre os detentos da Cadeia de Porto Alegre, resumindo-se ao nome e à uma breve menção ao crime cometido. Sandra Pesavento⁶⁵⁸, debruçando-se sobre as obras de Leão e buscando qualificar as informações do álbum, cruzou os nomes dos presidiários com o livro de registros da Cadeia e, ainda, com processos-crime⁶⁵⁹. O esforço e trabalho de Pesavento nos oportuniza relacionar a cor e a aparência dos detentos.

Ainda que este exercício possa parecer um tanto inútil e talvez até mesmo infantil, presumimos que pode nos auxiliar a, justamente, desmistificar a simples alusão entre as denominações de cor (trazidas nos documentos), à coloração da pele ou aos traços faciais,

⁶⁵⁷ As imagens do Álbum, trazidas nesta pesquisa, foram registradas pelo autor, a partir de consulta direta sobre a fonte.

⁶⁵⁸ PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Visões do cárcere*. Porto Alegre: Jeweb Editora Digital, 2003.

⁶⁵⁹ LIVRO dos sentenciados da Casa de Correção de Porto Alegre (1900). Arquivo da Academia de Polícia do Rio Grande do Sul.

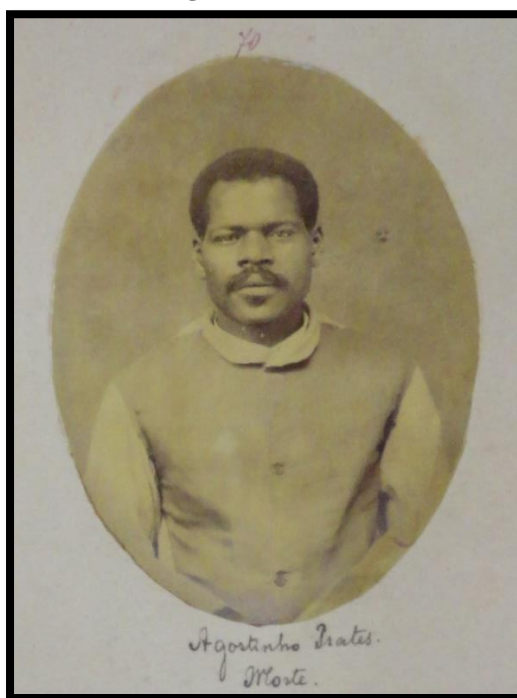
compreendidos, ainda hoje, como raciais⁶⁶⁰. Tal percepção, como constataremos, é ainda mais evidente para quando trabalhamos com imagens dos não brancos.

Antes que possamos nos interrogar sobre a cor de Eleodoro Ferreira, ilustrado na foto anterior, Pesavento verificou, como aspecto raro, que em nenhum dos documentos analisados foi trazida qualquer denominação de cor para Ferreira. De outra maneira, é importante termos em vista que a classificação da cor poderia variar entre diferentes documentos e, até mesmo, com o passar dos anos, principalmente, quando a condição de liberdade do indivíduo em questão se modificava⁶⁶¹. Lembremos, em tempo, do exame de autópsia realizado sobre Virginia Ignacia, que foi identificada como preta no registro de óbito e, como parda, no exame de corpo de delito.

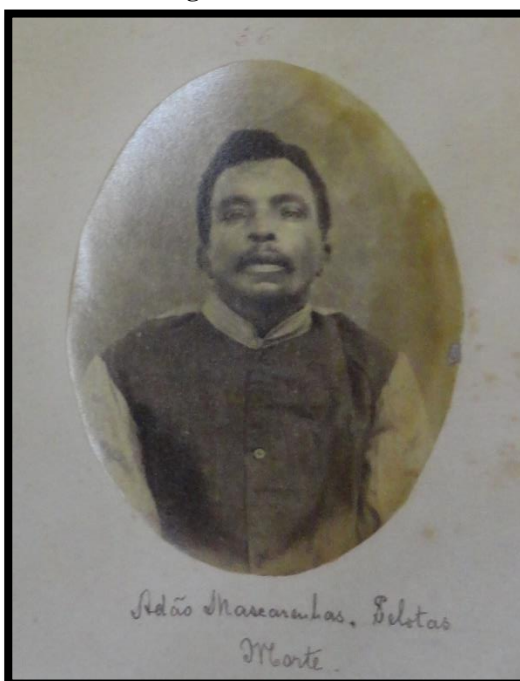
Tratemos agora sobre algumas das classificações e a aparência dos detentos, por meio de alguns dos casos mais ilustrativos sob o ponto de vista aqui empregado.

⁶⁶⁰ Através deste exercício visamos dialogar não somente com os historiadores ou, ainda, com os pesquisadores específicos do campo que trabalham raça ou escravidão. Queremos, também, conversar com um público mais abrangente, pluridisciplinar, tendo em vista que atualmente a cor de pele é ainda tomada como referência quase que única para o *enquadramento racial* dos indivíduos, tal como, para o destino das cotas raciais.

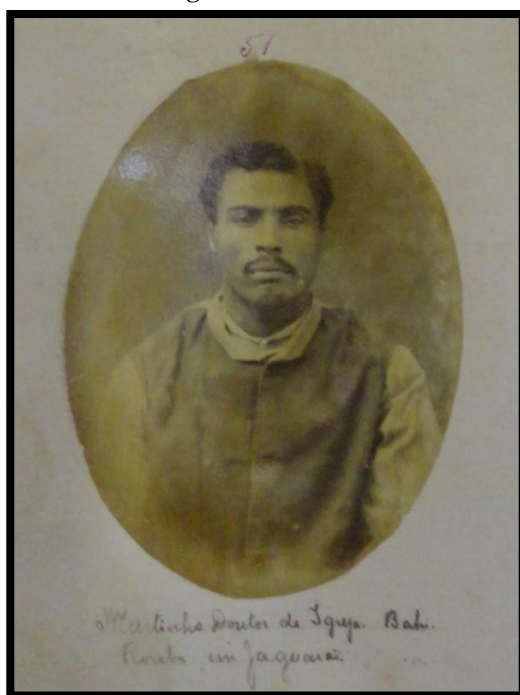
⁶⁶¹ MATTOS, Hebe. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista – Brasil século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1995. P. 109. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858). In: SIMERS/MUHM. *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: SIMERS/MUHM, 2009, p. 30-48.

Figura 16: Foto 70.

Fonte: LEÃO. Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Officina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre.

Figura 17: Foto 36.

Fonte: LEÃO. Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Officina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre.

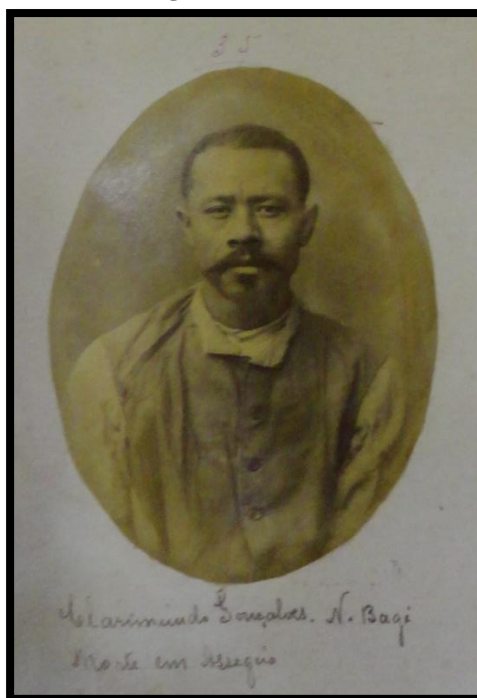
Figura 18: Foto 51.

Fonte: LEÃO. Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Oficina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre.

Figura 19: Foto 14.

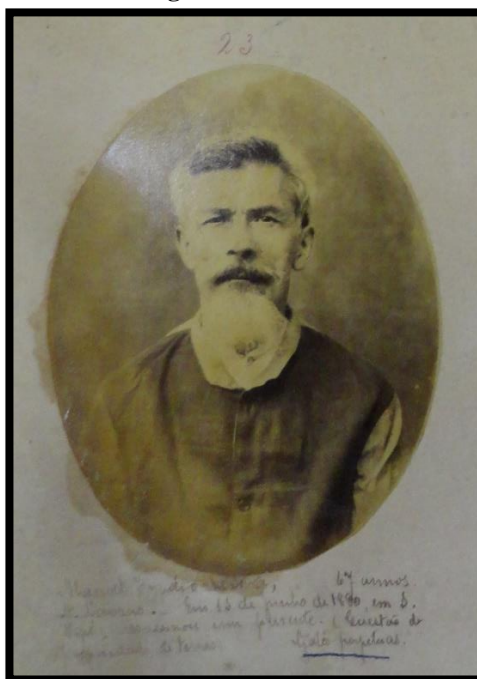
Fonte: LEÃO. Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Oficina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre.

Figura 20: Foto 35.



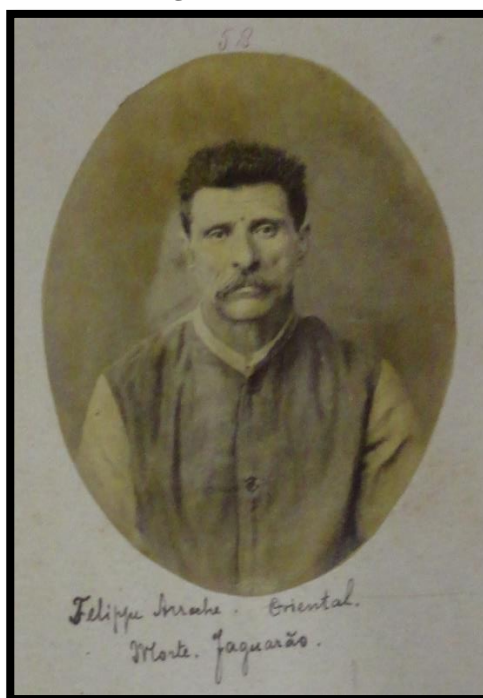
Fonte: LEÃO, Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Oficina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre.

Figura 21: Foto 23.



Fonte: LEÃO, Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Oficina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre.

Figura 22: Foto 58.



Fonte: LEÃO, Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Officina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897. Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre.

A ordem da disposição das fotografias não foi escolhida ao acaso, assim como, os indivíduos nelas registrados: destas imagens, que não constam a descrição da cor, podemos realizar o complexo exercício de procurar identificar os indivíduos que foram denominados como de cor branca, parda, preta e indiática, segundo o livro dos sentenciados.

As fotos 70 e 36 se referem à cor preta; 51 e 14, à parda; 35 e 23 à indiática e; por fim, a 58 à branca. Ainda que considerando as limitações oferecidas pelo estado de conservação das fotografias e a precariedade que encontramos para o registro das mesmas⁶⁶², notemos que características de fisionomia, cabelo, cor da pele, muito pouco nos dizem sobre a identificação da cor trazida no livro de registros da Casa de Correção, principalmente, se relacionarmos as denominações parda e preta. No entanto, se relacionarmos as fotos 23 e 58, também se torna muito difícil compreender quais atributos fazem Felipe Arroche ser identificado como de cor branca e Manoel Hipólito da Silva como de cor indiática. Vejamos algumas informações mais qualitativas sobre as condições sociais de alguns dos indivíduos acima trazidos.

Agostinho Prates (foto 70), para além de ter sido identificado como de cor preta no livro de sentenciados, é descrito como de cor fula no processo crime, conforme informado por

⁶⁶² O Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa não oferece luminosidade suficiente e adequada para a o registro fotográfico dos documentos.

Pesavento⁶⁶³. De acordo com a investigação desta autora, Prates cumpria pena por homicídio cometido na cidade de Rosário e não foi encontrada menção sobre Prates ter sido escravo, no entanto, também não podemos simplesmente desconsiderar esta hipótese.

Já Adão Mascarenhas (foto 36), é diretamente identificado como escravo no livro de sentenciados. Em relação aos pardos João dos Santos (foto 14) e Martinho Doutor da Igreja, não são trazidas quaisquer referências sobre passado escravo. Santos também foi identificado como mulato, em auto da Subdelegacia de Polícia de Porto Alegre⁶⁶⁴. Ambos possuíam profissão: Santos era carpinteiro e, Martinho Doutor da Igreja, militar.

De Clarimundo Gonçalves (foto 35), indicado no livro de sentenciados como de cor indiática, natural de Bagé, preso em 1888, não encontramos maiores informações sobre a sua condição social antes de entrar na cadeia. Seu aspecto fisionômico parece demonstrar ascendência africana. Já Manoel Hypólito (foto 23), também identificado como de cor indiática, aparentemente natural de São Sepé (local onde cometeu o crime que o levou à prisão), também teve passagem por Montevideu, em momento que esteve foragido da polícia⁶⁶⁵. Se analisássemos Hypólito somente pela aparência de pele, cabelos e barba, poderíamos facilmente rotulá-lo como de cor branca. Talvez, pelas regiões das quais eram naturais - locais de forte presença indígena -, reside o motivo da identificação da cor. Por último, Felipe Arroche (foto 58), foi identificado no livro de sentenciados como de cor branca, natural do Uruguai, casado e campeiro (profissão). Observemos que, aparentemente, pela cor e pelos traços, eram poucas as diferenças entre Arroche e Hypólito.

Visto isso, antes de tirarmos qualquer conclusão sobre os dados acima, busquemos maior aprofundamento de análise, retornando aos registros de óbitos e explorando a relação entre cor e aspectos sociais, mais precisamente, sobre as diferentes condições de liberdade. Do total dos anos examinados, verificamos a seguinte distribuição e relação entre a condição de liberdade e a denominação de cor, enfocando as cores branca, parda e preta⁶⁶⁶:

⁶⁶³ PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Visões do cárcere*. Porto Alegre: Jeweb Editora Digital, 2003. P. 317.

⁶⁶⁴ *Ibid.*, p. 172.

⁶⁶⁵ *Ibid.*, p. 199.

⁶⁶⁶ Optamos por trabalhar com somente estes três rótulos por sua representatividade estatística. A denominação de cor branca correspondeu a 54,32% do total, a cor parda 22,75% e a cor preta 21%. A quarta cor mais significativa entre o total foi a indiática, que atingiu somente 1,94%.

Quadro 5: Condição de liberdade x denominação de cor (1875-1895)

	Escrava	Liberta	Livre
Branca	0,00%	3,16%	59,73%
Parda	14,81%	10,19%	22,48%
Preta	85,19%	86,65%	17,79%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Quadro 6: Denominação de cor x condição de liberdade (1875-1895)

	Escrava	Filhos de escravos	Liberta	Livre	Total
Branca	0,00%	0,39%	0,09%	99,52%	100,00%
Parda	1,79%	7,97%	0,69%	89,55%	100,00%
Preta	11,17%	5,38%	6,67%	76,78%	100,00%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

De acordo com a disposição dos dados, denotamos relação direta entre a denominação de cor e a condição de liberdade. Realizando cruzamento entre os dois quadros acima, observaremos que entre a cor preta 11,17% do total da população analisada é escrava e, entre os escravos (quadro 5), 85,19% dos indivíduos são designados como pretos. A cor branca, como esperado, pode ser compreendida como sinônimo de liberdade.

Ao observarmos a constituição do grupo indicado como livre (quadro 5), observaremos escala ilustrativa sobre a representação de cada cor no sentido dos níveis de liberdade. Situação semelhante (mas de forma inversa) é identificada entre os escravos (cores parda e preta), e ainda, entre os libertos, corroborando com as teses de Hebe Mattos e Ivana Lima, anteriormente citadas: se a cor branca está associada a liberdade, a menção à cor preta, de modo mais direto e, à parda de forma mais indireta, ligam-se à experiência do cativo, ou ainda, à ascendência africana, conforme demonstram os quadros 7 e 8, em seguida, que corroboram com a análise realizada por Paulo Moreira para a mesma cidade, entre os anos de 1820 a 1858⁶⁶⁷.

⁶⁶⁷ MOREIRA, Paulo Roberto S. “Portanto, os senhores exigindo dos escravos mais do que podem, cometem homicídio”: vida e morte de indivíduos cativos nos oitocentos através dos registros de óbito (Porto Alegre/RS). *Espaço Plural*, n° 22, 2010. P. 83.

Quadro 7: Nacionalidade x denominação de cor (1875-1895)

Nacionalidade	Branca	Parda	Preta	Total
Países Africanos	1,02%	0,17%	98,81%	100,00%
Estrangeiros (não africanos)	95,71%	3,53%	0,76%	100,00%
Sem indicação	24,24%	21,70%	54,06%	100,00%
Outro Estado Brasil	38,82%	36,20%	24,98%	100,00%
Porto Alegre	60,57%	28,11%	11,32%	100,00%
Rio Grande do Sul	56,54%	25,70%	17,77%	100,00%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Quadro 8: Denominação de cor x nacionalidade (1875-1895)

Nacionalidade	Branca	Parda	Preta
Países Africanos	0,09%	0,03%	21,68%
Estrangeiros (não africanos)	15,46%	1,36%	0,32%
Sem indicação	2,41%	5,15%	13,90%
Outro Estado Brasil	3,52%	7,84%	5,86%
Porto Alegre	16,98%	18,82%	8,21%
Rio Grande do Sul	61,55%	66,80%	50,04%
Total Geral	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

No entanto, é preciso ter o cuidado de não subvertermos os dados trazidos para a cor preta no quadro 6, pois nele estão inseridos registros referentes aos anos pós-abolição. Além disso, conforme observado anteriormente, o número de escravos em Porto Alegre, conforme verificado (capítulo 3) por meio de dados oficiais, não passava de 23% do total populacional.

Nos quadros dispostos abaixo, construímos cenário com as mesmas variáveis, porém, enfocando o ano de 1875 e distribuindo a denominação de cor por condição de liberdade:

Quadro 9: Denominação de cor x condição de liberdade (1875)

	Escrava	Liberta	Livre	Total Geral
Branca	0,00%	0,17%	99,83%	100,00%
Parda	8,47%	0,56%	90,96%	100,00%
Preta	37,91%	9,75%	52,35%	100,00%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Quadro 10: Condição de liberdade x denominação de cor (1875)

	Escrava	Liberta	Livre
Branca	0,00%	3,45%	65,31%
Parda	12,50%	3,45%	18,25%
Preta	87,50%	93,10%	16,44%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

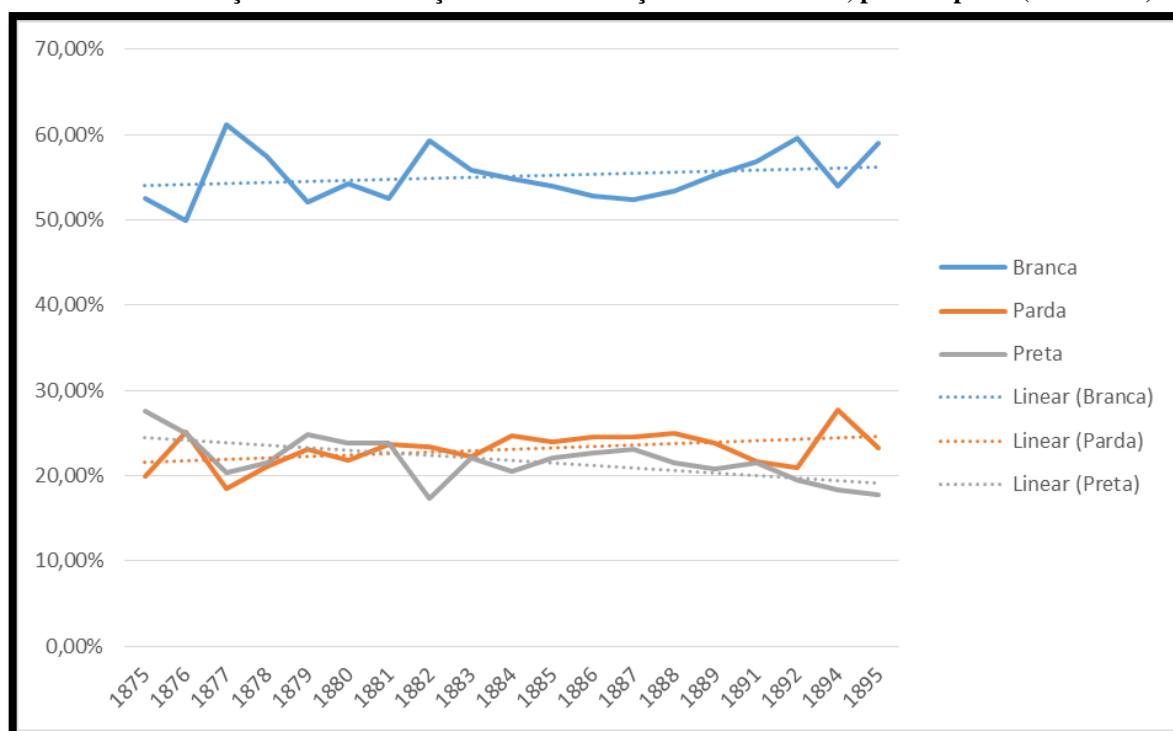
Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Nestes dados, enfocando o quadro 9 e comparando-o ao quadro 6 (análise horizontal estatística dos dados), verificamos dentro da cor preta aumento dos identificados como escravos (de 11,17% para 37,91%) e, ainda, dentro da cor parda significativa elevação dos escravos e diminuição de libertos. Ou seja, analisando de forma inversa, verificamos que o final da escravidão pode ter possibilitado, junto com a transição da condição de liberdade, a mudança da cor preta para a parda. Para a cor branca os dados sofrem poucas alterações.

Relacionando os quadros 5 e 10 (análise vertical dos dados), identificamos que para o ano de 1875, entre os escravos, houve aumento da cor preta a partir da proporcional diminuição dos identificados com a cor parda, ou seja, refletindo o que foi verificado para os quadros 6 e 7. Aliado a isto, no quadro 8 também observamos um recrudescimento dos libertos trazidos como de cor parda e aumento dos de cor preta para esta mesma condição. Carecendo de fontes mais qualitativas, poderíamos pensar que, para o ano de 1875, talvez a conquista da liberdade não significasse mudança da percepção sobre a cor. Entre os livres, observa-se uma pequena diminuição dos pardos e pretos.

Visto isso, buscando visão mais ampla sobre o uso das cores ao longo daqueles anos, no gráfico a seguir ilustraremos o comportamento geral da classificação de cada cor sob perspectiva relacional:

Gráfico 5: Relação entre a utilização das denominações de cor branca, parda e preta (1875-1895)



Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Para melhor compreensão sobre o gráfico, frisamos que a simples soma de registros de cada denominação de cor, observadas de forma comparativa, produziria percepção equívoca sobre os dados, isso tendo em vista que poderiam refletir apenas o crescimento do número de mortes, decorrente da ocorrência de epidemias (tal como a de varíola, nos anos de 1891 e 1892) ou simplesmente devido ao aumento populacional ocorrido naqueles anos, entre os indivíduos identificados com determinada cor. Por isso, no gráfico acima, cada linha se refere a uma cor e ao percentual relacional do seu uso entre as demais, ao longo do período focado.

Utilizando-nos do recurso de linhas de tendência, expressas no gráfico sob a forma de pontilhados, verificaremos gradativa queda da utilização da cor preta dentre os anos finais da escravidão. Já o uso da cor parda demonstra crescimento, ainda que passando por uma breve queda entre 1891 e 1892, elevando-se abruptamente em 1894. A utilização da cor branca manteve-se dentro de um mesmo padrão, com a linha de tendência indicando gradativo crescimento do seu uso.

Desses apontamentos verificamos que as informações refletidas no gráfico dialogam com as informações trazidas nos quadros anteriores, demonstrando que a classificação da cor, nos registros de óbitos, estava intrinsecamente relacionada com as diferentes condições de liberdade e com os seus espaços de transitoriedade, relacionados à escravidão e ao racismo pertencente a este sistema.

Das informações e dos argumentos trabalhados até então neste capítulo, concluímos que o racialismo e o racismo se faziam presente na medicina acadêmica, científica e, inclusive, na prática da medicina, junto aos enfermos e, igualmente, no exame dos cadáveres, momento em que era redigido o registro de óbito. O racialismo pode ser facilmente identificado em ambas as esferas através das classificações raciais diretas e indiretas, no entanto, o racismo, na sua forma mais explícita parece limitar-se às produções acadêmicas e científicas, sendo muito difícil, ou quase impossível, ser identificado a partir dos registros de óbitos (assim como, conforme visto, pelos exames de corpo de delito e autópsia⁶⁶⁸). No entanto, a classificação por cor se torna um indicador valioso e sensível para a busca da sua identificação.

Neste sentido, o estudo de Sebastião Leão, através do seu Relatório e Álbum fotográfico e do exercício que realizamos sobre as fotos, oportuniza-nos importante compreensão sobre as práticas das classificações raciais e a definição da cor, o que vem ao encontro das percepções

⁶⁶⁸ Para estas fontes, acreditamos que a escrita protocolar e formal dos documentos esconde muitos aspectos racistas que poderiam fazer parte daqueles exames.

de Karl Monsma, pertinentes às formas complexas e diversas em que o racismo existe e se demonstra:

Podemos evitar vários problemas conceituais se adotarmos uma definição de racismo que não está necessariamente ligada ao colonialismo, considerando o racismo simplesmente a dominação sistemática de um grupo étnico por outro, acompanhada por representações e ideologias que essencializam e depreciam o povo subordinado, servindo para justificar a exploração ou exclusão material. A diferença física muitas vezes facilita a identificação dos povos racializados, mas não integra a definição do racismo porque existem outras maneiras de identificar os povos dominados, mesmo na ausência de diferenças fenotípicas⁶⁶⁹.

Por meio da observação sobre as informações de cor e aparência dos apenados fotografados por Leão, verificamos que a diferença dos traços faciais e da cor da pele eram elementos importantes e facilitadores para a definição da “cor”, porém, não eram dados *prontos*, inconfundíveis e, quiçá, essenciais para tal identificação, principalmente para os considerados *não brancos*. Conforme percebido, esta identificação poderia se demonstrar confusa, inclusive, para os brancos.

Disso, os dados analisados a partir dos registros de óbitos nos demonstram que características sociais pertinentes à condição de liberdade e local de ascendência eram tão ou mais importantes para a definição da “cor” dos indivíduos, ou ainda, dos grupos sociais. Ressaltemos que a atribuição da cor, na fonte aqui trabalhada, era produzida por um médico. Este agente, conforme verificado e argumentado, aprendia, interagia, pensava, replicava e até mesmo modificava o racismo dentro dos chamados cinco níveis da vida social em que o racismo se reproduz, de acordo com Monsma: “as instituições, as redes sociais, as ideologias e representações, as rotinas de interação e o habitus dos indivíduos”⁶⁷⁰. Todos estes níveis, como vimos, faziam parte da vida dos médicos aqui analisados.

Este conjunto de argumentos provocam percepção importante sobre dois aspectos que se encontram dentro da complexa rede que conforma os cinco níveis da vida social trazidos, que devem ser considerados ao pensarmos a prática da realização do registro de óbito, mais detidamente, à produção do dado cor: a agência humana e a interação com o outro. A percepção

⁶⁶⁹ O autor procurou avançar o conceito de racismo para além do paradigma colonialista. Ver: MONSMA, Karl. Como pensar o racismo: o paradigma colonial e a abordagem da sociologia histórica. *Revista de Ciências Sociais*. Fortaleza, v. 48, n. 2, p. 53-82, jul./dez., 2017. P. 69.

⁶⁷⁰ *Ibid.*, p. 59.

sobre o lugar social do outro (aqui, parcialmente refletida pela denominação da cor) estará relacionada e dependerá de experiências particulares e coletivas de vida (que inclui educação, aprendizagens, ideologias etc.), que também poderão estar intrinsecamente ligadas ao relacionamento e conhecimento sobre o outro.

E aqui reside outro ponto importante para esta tese: se para a definição (assertiva) da causa de morte (ao menos para a maior parte dos casos) era preciso, por parte do médico, o conhecimento prévio sobre as condições de vida, doença e saúde do indivíduo que foi a óbito, para a identificação da cor o processo deveria ser semelhante. Ou seja, para além da identificação dos traços fisionômicos e da cor da pele, fazia-se necessário conhecer o local social do outro, a sua condição de liberdade ou a sua conexão com os níveis de liberdade e de pertencimento ou afastamento da condição escrava. Este pré-conhecimento poderia existir ou não.

Em caso negativo o médico iria, em hipótese, basear-se somente nos aspectos fisionômicos do cadáver e, conseqüentemente, nas percepções sobre os tipos raciais apreendidas através da sua trajetória particular, coletiva e profissional (o que pode incluir o aprendizado acadêmico, a convivência entre os pares, família, o habitus etc.). Em caso positivo, em menor escala, poderia ser obtido por meio de terceiros (talvez no momento de identificação do óbito) ou, principalmente, pelo vínculo relacional: profissional (médico e enfermo), político, afetivo etc. ou simplesmente conhecimento público sobre a condição social do indivíduo falecido. A medida desse conhecimento e a modalidade e intensidade do vínculo influenciariam nas percepções sociais e individuais do médico sobre o cadáver, na compreensão da cor que poderia ou não ser atribuída ao indivíduo examinado.

Desse modo, não devem parecer estranhas duas características relacionadas à definição da cor, observadas nos documentos analisados: a primeira, pertinente aos registros de óbitos, o leque reduzido de definições de cor ao considerarmos o total de registros analisados (11 definições para mais de 26.792 registros), o que nos indica haver coerência dentro desse sistema racial classificatório, por meio dos seus utilizadores, em um espaço de tempo considerável. A segunda, a possibilidade da variação da classificação da cor atribuída a um mesmo indivíduo, que pode estar relacionada tanto à modificação da condição de liberdade ou posição social, como ao conhecimento do médico sobre as condições sociais de vida do indivíduo examinado (e relação do médico com este indivíduo).

Considerando estes argumentos, levaremos a análise e crítica sobre as fragilidades das informações dos registros de óbitos e o seu uso em pesquisas para nível de maior complexidade.

Se, como pesquisadores, utilizarmos a informação da cor para examinar aspectos raciais relacionados aos óbitos (que pode envolver ou não a causa de morte⁶⁷¹), compreendendo-a simplesmente como uma representação racial inequívoca referente a lugares sociais específicos (previstos em uma teoria sobre aquele contexto), sem atentarmos para a complexidade da agência humana e da sua interação entre os níveis da vida social de determinado contexto⁶⁷² (que resulta na produção da fonte, ou dos registros), poderemos incorrer no erro de simplesmente alocar dados em uma teoria que prevê, de antemão, a vinculação entre ideias e aspectos raciais e condições sociais de vida, liberdade e morte⁶⁷³. Em um último grau, se não atentarmos para estes fatores, poderemos gerar compreensões equivocadas sobre os processos analisados, ou ainda, reproduzir na pesquisa concepções raciais e racistas do passado.

O exercício que realizamos ao tomar a cor como expressão da condição da liberdade (e vice-versa) de forma aliada a uma teoria que referenda tal compreensão, poderia se demonstrar como uma antítese do que foi acima exposto. Porém, alertamos que tomamos o cuidado de nos servir da teoria como um instrumento, que por sua vez não nos impossibilitou de verificar os possíveis problemas e inconsistências pertencentes a tal análise, que residem na agência humana relacionada ao macro e micro contexto de construção da fonte, processo que foi, de antemão, realizado.

5.2.3 Registros de óbitos e a relação cor e causa de morte

Se os dados referentes à causa de morte ou à cor, na sua construção, são extremamente frágeis e complexos em relação aos seus significados para o exame sobre as condições sociais de vida e morte da população, muito mais o será quando estas duas variáveis forem analisadas de modo vinculado, o que normalmente ocorre nas pesquisas do campo.

Dentro disso, realizemos a seguinte questão, que será trabalhada nas próximas páginas: considerando todos os aspectos trazidos sobre a construção das suas informações, é possível estabelecermos relação de correspondência entre causa de morte, classificação de cor e

⁶⁷¹ Um exemplo de caso negativo do uso da informação causa seria analisar a relação idade da morte e cor, ou ainda, profissão e cor, sexo e cor etc., ou seja, análises que independem da causa da morte.

⁶⁷² Retomando a frase de Fenton: “As raças são o que é culturalmente construído como raças nos discursos locais”. FENTON, Steve. *Etnicidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p. 46.

⁶⁷³ Sob este ponto de vista e para o problema aqui enfocado, como pesquisadores enfrentamos uma espécie de paradoxo: trabalhamos teorias raciais do passado à luz de teorias que nos explicam as concepções raciais pertencentes àquele tempo.

condição social (também considerando as diferentes condições de liberdade) por meio dos registros de óbitos?

Dada a impossibilidade de os registros de óbitos demonstrarem informações mais diretas ou aparentes sobre a relação entre causa de morte e pensamento racial (muito disso devido à natureza pouco qualitativa das suas informações), buscaremos responder à questão acima através da análise quantitativa dos registros contidos em nosso banco de dados. É importante indicar que, neste exame, ao utilizarmos os grupos de causas como metodologia facilitadora para a sistematização e demonstração dos dados (cientes dos seus problemas quanto às suas limitações para a exploração da realidade, conforme exposto no segundo capítulo), buscamos apresentá-los de forma semelhante às demais pesquisas do campo⁶⁷⁴, no entanto, sob ótica diferenciada. Isto é, não tomaremos os óbitos e as suas informações como reflexos da realidade biológica, mas sim e tão somente, como reflexo da ação (ou inação) médica de atestar os óbitos, orientados pelo pensamento médico, examinado na parte anterior deste capítulo.

Diante do todo discutido, cor, condição social e a definição da causa de morte são compreendidas como construções sociais que podem possuir relações, ou seja, demonstrando sentidos conexos diante das percepções dos médicos em torno de raça, doença, condição social e de liberdade. Esta visão, que em último grau identifica um sentido quase que puramente social em relação ao significado e resultado dos diagnósticos contidos na fonte (assim como, da informação sobre a cor), afasta-nos de qualquer perspectiva de análise que toma a informação da causa de morte como simples reflexo do mundo biológico e físico e, desse modo, como consequência, resultado de condições fragilizadas de vida, que ocasionaram o óbito.

Visto isso, iniciemos pelo quadro geral da mortalidade, fazendo uso dos grupos de causas de morte. Primeiramente, explorando a relação cor x grupo de causas, trabalharemos as denominações de cor mais representativas do banco de dados⁶⁷⁵, através de tabela e gráfico⁶⁷⁶, que seguem abaixo:

⁶⁷⁴ De certo modo procurando estabelecer diálogo com as demais pesquisas, ainda que com objetivos distintos.

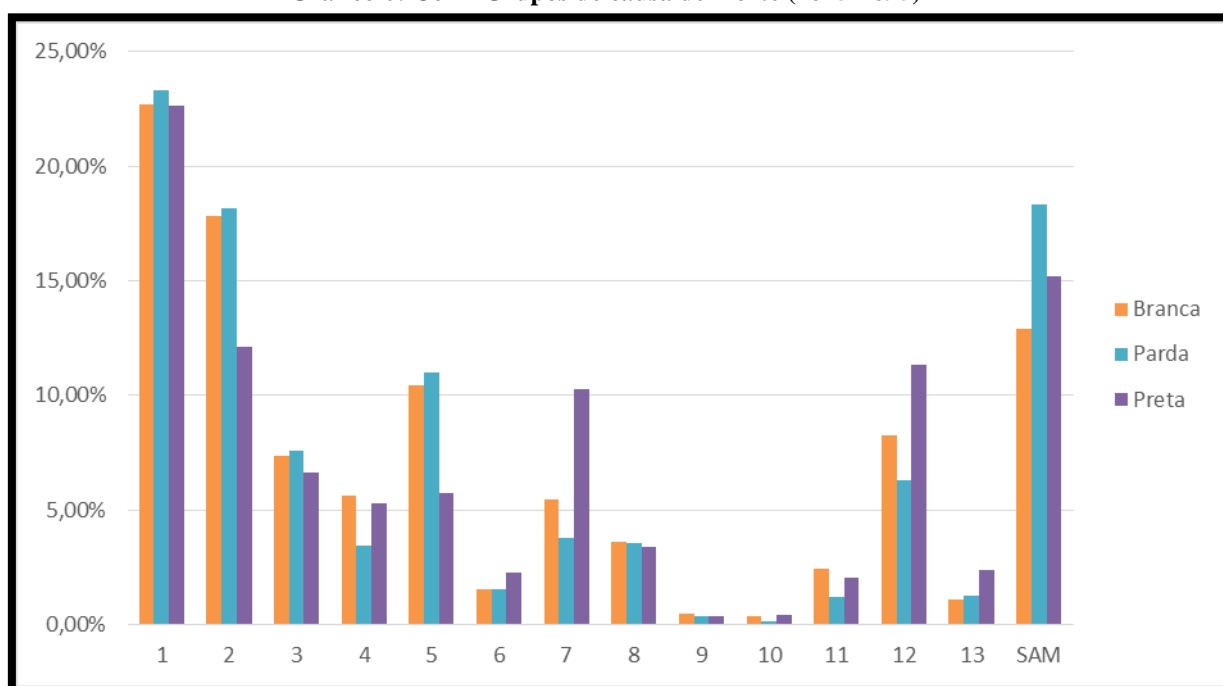
⁶⁷⁵ Conforme trazido anteriormente em nota anterior ao quadro 5, optamos por trabalhar com os rótulos das cores que demonstraram maior representatividade estatística, visando também, não poluirmos ou distorcemos a análise sobre os dados.

⁶⁷⁶ O gráfico reflete os mesmos dados da tabela. O uso figurativo dos dados através do gráfico oportuniza visualização ao mesmo tempo mais ampla e mais detida, sobre os dados.

Tabela 7: Cor x Grupos de causa de morte (1875-1895)

Grupo de causa de morte	Branca	Parda	Preta	Total
1 Doenças infecto-parasíticas	22,72%	23,33%	22,65%	22,85%
2 Sistema digestivo	17,82%	18,18%	12,11%	16,68%
3 Sistema respiratório	7,35%	7,59%	6,60%	7,25%
4 Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos	5,62%	3,46%	5,30%	5,05%
5 Primeira infância e malformações congênitas	10,42%	11,00%	5,73%	9,55%
6 Morte violenta e acidental	1,52%	1,52%	2,26%	1,68%
7 Sistema circulatório	5,46%	3,77%	10,28%	6,10%
8 Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina	3,63%	3,53%	3,40%	3,56%
9 Gravidez, parto e puerpério	0,45%	0,38%	0,35%	0,41%
10 Sistema geniturinário	0,33%	0,14%	0,39%	0,30%
11 Causas conhecidas (variadas)	2,43%	1,22%	2,03%	2,07%
12 Causas de morte mal definidas	8,26%	6,32%	11,31%	8,46%
13 Incerto, ilegível ou não mencionada	1,10%	1,24%	2,39%	1,41%
Sem assistência médica	12,88%	18,31%	15,21%	14,64%
Total Geral	100%	100%	100%	100%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Gráfico 6: Cor x Grupos de causa de morte (1875-1895)

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

O modo como os dados estão arranjados na tabela 7, com os percentuais das denominações das cores distribuídos verticalmente e de forma individual, evita distorções relacionadas às diferenças do total de número de indivíduos identificados para cada cor. Na coluna denominada “total”, é indicado o percentual total entre as cores para cada grupo de causa, o que nos demonstra média e parâmetro de comparação entre as cores. Destacamos, em

amarelo, os índices que mais destoam em relação a esta média e demais cores, tomando como parâmetro diferenças de cerca de 3%, para baixo ou para cima.

No grupo 1, assim como nos grupos 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11 e 13⁶⁷⁷, não encontramos diferenças significativas. Para o grupo 2, a cor preta ficou abaixo da média, assim como no grupo 5. No grupo 7 a cor preta concentra mais de 10% dos seus óbitos, demonstrando-se 4% acima da média. Para o grupo 12, a cor preta também se encontra acima da média. Já os óbitos referentes aos cadáveres encontrados sem assistência médica, a parda concentrou o maior valor, acima da média.

Desses dados, observamos indicador e tendência ainda não verificados em pesquisas anteriores, que nos traz elemento interessante para os nossos questionamentos⁶⁷⁸: os dados referentes à cor preta são os que apresentam comportamento com maior variabilidade de acordo com os grupos de definição das causas, o que não ocorre com as demais, com exceção do grupo “sem assistência médica”, no qual a cor parda concentra mais de 3,5% de óbitos do que a média. Ou seja, há um comportamento diferenciado no registro das causas para os indivíduos classificados com a cor preta, os quais analisaremos mais detidamente.

Os destaques realizados também oportunizam a visualização de informações interessantes: a baixa concentração de óbitos para a cor preta no grupo 2, dado que se choca à tese de que as mortes relacionadas ao sistema digestivo se interligam às condições de vida precárias (refletidas aqui pela alimentação deficitária, seja na sua qualidade ou quantidade), as quais os indivíduos classificados com a cor preta normalmente são vinculados, por fazerem parte dos estratos socioeconômicos mais baixos. No entanto, de outra maneira, também podemos pensar, de acordo com o que vimos ao longo da tese, sobre o procedimento prático de se realizar o exame de óbito: interessaria aos médicos irem a fundo na investigação da causa quando o indivíduo examinado pudesse, antecipadamente, ser definido com a cor preta⁶⁷⁹? Juntamos a esta perspectiva o caráter protocolar e obrigatório de verificação da causa do óbito, pelo médico. Observado desse modo, não podemos excluir a possibilidade de várias causas de morte, que talvez fossem pertencentes ao grupo 2 (ou ainda, de qualquer outro grupo), serem

⁶⁷⁷ Relação das denominações de grupos de causas: 1 - Doenças infecto-parasíticas; 2 - Sistema digestivo; 3 - Sistema respiratório; 4 - Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos; 5 - Primeira infância e malformações congênitas; 6 - Violenta ou acidental; 7 - Sistema circulatório; 8 - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina; 9 - Gravidez, parto e puerpério; 10 - Sistema geniturinário; 11 - Causas conhecidas (variadas); 12 - Mal definidas; 13 - Incerto, ilegível ou não mencionada; 14 - Sem assistência médica.

⁶⁷⁸ Que por sua vez, se detiveram em analisar as condições sociais de vida e morte, a partir dos registros.

⁶⁷⁹ A cor como simbologia do lugar e importância social.

incluídas entre as causas mal definidas, incertas etc. que, como pode ser identificado nos grupos 12 e 13, tem o seu maior percentual para a cor preta.

Para o grupo 5 - *Primeira infância e malformações congênitas*, é importante também refletirmos sobre aspectos sociais anteriores à possível produção da informação: seriam examinados, e ainda, mais detidamente, os óbitos dos recém-nascidos que poderiam ser classificados com a cor preta? Ou ainda, sem pensar na ação dos médicos, para estas pessoas haveria o interesse em passar pelo processo burocrático de registro e sepultamento previsto em lei, tendo em vista que as condições de enterramento para os indivíduos identificados com a cor preta eram as piores, visto que o sepultamento desses ocorria, na sua maior parte, no Campo Santo, o que talvez fosse pior do que um enterramento clandestino (considerando também os aspectos voltados para uma, senão *boa morte*, uma morte e enterramento mais digno)? Ressaltemos que os registros nos demonstram que no Campo Santo foram enterrados 67,85% dos indivíduos classificados com a cor preta, já os com a cor branca, somam 26,11%, todos considerados pobres por meio de “atestado de pobreza”, documento necessário para a obtenção do enterramento gratuito, que era realizado somente neste local. Lembremos, em tempo, do exame de autópsia realizado sobre a criança nascida morta e que fora enterrada na sua residência, em Pedras Brancas.

Em relação ao grupo 7 - *Sistema circulatório*, no qual a cor preta demonstra grande concentração de óbitos, a maior parte das causas aferidas se vinculavam a problemas cardíacos (cerca de mais de 10% do que verificado nas cores branca e parda). Não encontremos nas teses, artigos ou qualquer outra produção médica do século XIX, qualquer menção sobre ligação entre doenças do coração e circulatórias aos negros, africanos ou descendentes, ainda que, na atualidade exista esta vinculação⁶⁸⁰. Na realidade, conforme visto por meio da tese de Braune, a ligação se dava de modo diverso, a qual indicava que a raça branca era mais propícia a problemas cardíacos.

Destaquemos que 91% dos óbitos entre os indivíduos identificados com a cor preta ocorreu a partir dos 35 anos de idade. Devemos, ainda, considerar que se tratavam de homens e mulheres em faixa etária produtiva e que, pela característica da morte, a identificação do

⁶⁸⁰ Sobre esta relação, sugerimos o texto de Laguardia que desmistifica tal tese. Varella, por outro lado, reforça a distinção racial da hipertensão. LAGUARDIA, Josué. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia?. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 371-393, Aug. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 04 jan. 2018. VARELLA, Drauzio. *Hipertensão*. UOL. 2011 (revisado em 2018). Disponível em: [<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/hipertensao-2/>]. Acesso em mar. 2018.

diagnóstico por parte do médico talvez fosse facilitada, pois evidenciaria dados mais fidedignos à realidade, do que as causas anteriores⁶⁸¹. No que se refere à distribuição das causas por cores em relação ao sexo, não encontramos diferenças significativas, salva a identificação de que, para o grupo sem assistência médica, o percentual maior ficou sempre concentrado no sexo feminino (cerca de 2% a mais para ambas as cores).

Passemos a analisar a relação entre grupos de causas de morte e condições de liberdade, estas delimitadas pela identificação de escravos, libertos e livres⁶⁸²:

Tabela 8: Condição de liberdade x Grupo de causa de morte (1875-1884)⁶⁸³

Grupo de causa de morte	Escrava	Liberta	Livre	Total
1 Doenças infecto-parasíticas	33,38%	16,74%	22,62%	23,05%
2 Sistema digestivo	9,70%	9,77%	18,66%	17,72%
3 Sistema respiratório	6,42%	5,58%	6,66%	6,60%
4 Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos	8,42%	8,37%	6,33%	6,55%
5 Primeira infância e malformações congênicas	0,00%	0,23%	8,97%	8,08%
6 Morte violenta e acidental	6,13%	1,40%	1,83%	2,10%
7 Sistema circulatório	7,70%	13,02%	4,56%	5,10%
8 Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina	1,71%	4,19%	3,19%	3,14%
9 Gravidez, parto e puerpério	1,28%	0,47%	0,40%	0,46%
10 Sistema geniturinário	0,00%	0,00%	0,13%	0,11%
11 Causas conhecidas (variadas)	0,86%	3,26%	1,93%	1,90%
12 Causas de morte mal definidas	16,98%	19,53%	10,94%	11,69%
13 Incerto, ilegível ou não mencionada	2,43%	3,49%	1,67%	1,79%
Sem assistência médica	4,99%	13,95%	12,12%	11,72%
Total	100%	100%	100%	100%

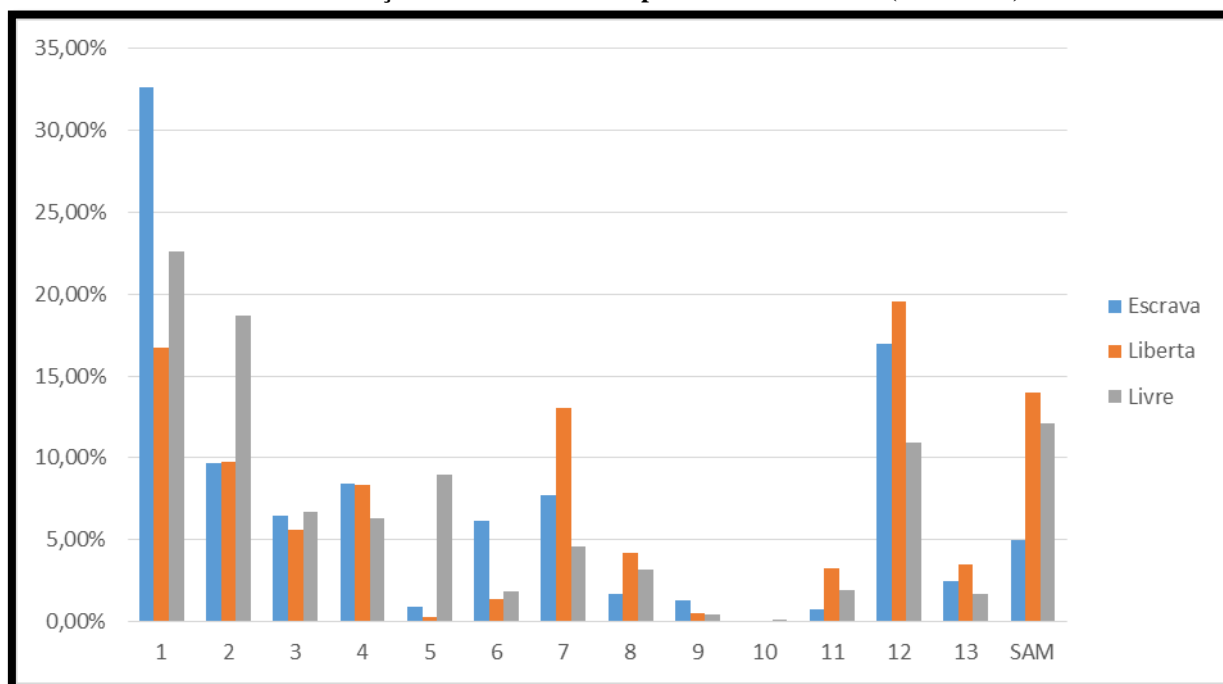
Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁶⁸¹ Poderíamos destacar o trabalho pesado, situações de estresse, a exposição ao sol, alimentação deficitária etc. Demonstra-se, assim, como um dado importante para a perspectiva que observa as causas como que relacionadas às condições sociais de vida, a qual não é, conforme previsto, o nosso enfoque

⁶⁸² Balizamos esta divisão tendo como parâmetro o sistema escravagista, ou seja, entre os “livres” podem ser encontrados presidiários ou, ainda, outras condições não plenamente livres, tal como os internos considerados loucos, da Santa Casa.

⁶⁸³ A condição escrava é conformada por 701 registros, a liberta 430, a livre 9.548, para os anos entre 1875 e 1884.

Gráfico 7: Condição de liberdade x Grupo de causa de morte (1875-1884)



Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Conforme podemos identificar, para a análise sobre a condição de liberdade reduzimos o recorte temporal para os anos entre 1875 e 1884. Isto, buscando evitar distorções ao trabalhar com dados poucos significativos quantitativamente (as fontes indicam somente três mortes de escravos no ano de 1885 e nenhuma para os anos posteriores), e ainda, que pouco espelham as reais nuances de condições de escravidão e liberdade, de fato existentes naquele contexto. Considerando as informações trazidas no segundo capítulo ao tratarmos sobre a população escrava estimada para Porto Alegre naqueles anos, não se trata de acreditar no discurso da abolição da escravatura precoce já no ano de 1884, naquela cidade. Sabemos que a escravidão persistiu até o ano de 1888, por vezes travestida de liberdade através de contratos de servir e, em outros casos, nos mesmos moldes anteriores da escravidão⁶⁸⁴.

Porém, tendo em vista a origem das informações (fonte), a necessidade de tentarmos reduzir (ou evitar) especulações ao trabalharmos com dados quantitativos e, a impossibilidade de se obter dados mais objetivos sobre as diferentes condições de liberdade entre 1885 e 1888 (e cientes sobre a complexidade envolvida), optamos por seguir a *realidade* expressa nos livros

⁶⁸⁴ KROB, Bruna. *Com a condição de servir gratuitamente a mim ou a meus herdeiros: Alforrias, contratos e experiências de trabalho de libertos* (Porto Alegre, 1884 - 1888). 2016. 263f. Dissertação (Mestrado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2016]. MOREIRA, Paulo Roberto S. “Portanto, os senhores exigindo dos escravos mais do que podem, cometem homicídio”: vida e morte de indivíduos cativos nos oitocentos através dos registros de óbito (Porto Alegre/RS). *Espaço Plural*, nº 22, 2010.

de óbitos. Dentro disso, cabe lembrar aqui que, conforme exposto de início, interessa-nos explorar e esmiuçar a fonte entendendo-a como uma construção que reflete mais as intenções dos seus produtores e menos uma *pretensa realidade* diretamente dada pelas informações nela registradas. E, dentro disso, a produção das informações dos óbitos acabam por também referendar a falácia do fim da escravidão antecipada em Porto Alegre, considerando a extinção do livro de óbitos de escravos, já no ano de 1885. Observado desse modo e assim compreendendo aquele contexto, preferimos analisar os anos entre 1885 e 1888, de forma agregada aos demais anos, através do indicador *cor*, ou seja, considerando os seus sentidos e peculiaridades como marcador social complexo e fluído relacionado à condição de liberdade e ao passado escravo (principalmente para os anos finais e posteriores à escravidão), conforme exposto no segundo capítulo.

Visto isso, direcionando o nosso olhar à tabela e ao gráfico trazidos acima, notemos que a disposição das informações é expressa sob a forma anteriormente adotada, quando analisada a correlação entre *cor* e grupo de causa de morte. Notemos que, ao compararmos as tabelas 7 e 8, encontraremos relações próximas de paridade entre *cor* e condição de liberdade, porém, de outra maneira, distinções pronunciadas. A relação de semelhança pode ser observada para a condição livre e a *cor* branca (compreendendo a *cor* branca como sinônimo de liberdade), em que não encontramos entre ambas, para nenhum dos grupos de causas de morte, diferenças significativas de comportamento. Entretanto, se compararmos a condição escrava à *cor* preta (tendo em vista a maior parte dos escravos serem classificados com a *cor* preta⁶⁸⁵), encontraremos dados muito distanciados.

Para a condição escrava, o grupo 1 - *Doenças infecto-parasíticas* concentra 32,67% do total de óbitos, 10% a mais do que o identificado para a *cor* preta. Porém, as doenças do sistema digestivo sofreram diminuição, em quase 3%. Por outro lado, o grupo 4 - *Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos* soma 3% a mais. As mortes da primeira infância diminuem drasticamente, mas, de antemão, alertamos que para este período a Lei do Ventre Livre se encontrava em vigor. As mortes violentas também demonstram crescimento significativo.

As causas de morte mal definidas sofreram aumento significativo, fazendo com que se torne o segundo grupo com maior número de óbitos para a condição escrava, corroborando com o indicador encontrado para a *cor* preta. Para esse grupo de causa, relacionando-o à condição

⁶⁸⁵ Vide tabela anterior, com a relação entre condição de liberdade x *cor*.

escrava, reafirmamos o argumento trazido na análise anterior, sobre os pareceres pouco confiáveis ou *desinteressados* realizados pelos médicos.

Já as mortes “sem assistência médica”, por sua vez, diminuíram drasticamente, indicando que os senhores, conforme previsto, proviam assistência médica aos escravos (o que poderia ser por meio de internação na Santa Casa de Misericórdia⁶⁸⁶) ou, ao menos, acionavam um médico da sua confiança e, possivelmente, do seu vínculo social ou familiar (não podemos excluir esta possibilidade) para atestar o óbito. Tal verificação, ao também considerarmos o processo que envolvia o exame cadavérico de Virginia Ignacia⁶⁸⁷, leva-nos a cogitar sobre a possibilidade dos facultativos, ao redigirem atestados de óbitos de escravos, por interesse dos senhores e de acordo com as suas redes de relações, esconderem ações de maus-tratos que poderiam ter originado quadro de saúde e doença que levou ao óbito ou, ainda, diretamente ao óbito (inferência a qual poderíamos estender para as causas de morte mal definidas, conforme acima).

Aliás, de outra maneira, o caso de Ignacia também nos causa dúvidas sobre se, muitos dos casos de óbitos descritos como sem “assistência médica”, realmente assim o foram pela simples impossibilidade de contatar um médico. E, dentro disso, talvez pudéssemos estender essas considerações para outras pessoas dos estratos mais pobres da população (que não os escravos), isso, ao considerarmos que as relações de poder entre pobres livres e libertos e a classe mais abastada, mesmo que de forma diferenciada em relação aos escravos, eram também desiguais.

Visto isso, a condição liberta, que por sua vez têm mais de 93% dos seus registros classificados com a cor preta, demonstram dados *especiais* para alguns dos grupos, dos quais destacamos: percentual mais baixo no grupo 1, se comparada às condições livre e escrava; similar à escrava no grupo 2, 3, 4, 10 e 13⁶⁸⁸; grupo 7 com indicador ainda mais alto do que observado para os indivíduos classificados com a cor preta (vide tabela anterior); o maior índice entre as causas de morte mal definidas (inclusive se comparado aos dados do mesmo grupo de causa, por cores) e, por fim, o mais alto percentual de registros no grupo *sem assistência médica*,

⁶⁸⁶ Conforme identificado na documentação do hospital. LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS, 1875. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁶⁸⁷ Vide capítulo anterior.

⁶⁸⁸ Relação das denominações de grupos de causas: 1 - Doenças infecto-parasíticas; 2 - Sistema digestivo; 3 - Sistema respiratório; 4 - Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos; 5 - Primeira infância e malformações congênitas; 6 - Violenta ou acidental; 7 - Sistema circulatório; 8 - Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina; 9 - Gravidez, parto e puerpério; 10 - Sistema geniturinário; 11 - Causas conhecidas (variadas); 12 - Mal definidas; 13 - Incerto, ilegível ou não mencionada; 14 - Sem assistência médica.

ou seja, ainda maior do que o identificado para a condição livre, dado que direciona para a hipótese de que a *assistência médica*, de uma forma ou de outra, por motivos intrínsecos aquela realidade, ligava-se ao cativo, tal como anteriormente verificado⁶⁸⁹.

Em relação à distribuição dos dados sobre condição de liberdade e causas de morte relacionadas ao sexo, identificamos diferenças muito significativas no grupo 1, para as condições escrava e liberta. Para a escrava, o sexo feminino concentrou 37,71% e o masculino 29,81%. Entre a liberta, feminino 20,72% e masculino 12,50%. Porém, na condição livre os percentuais demonstraram comportamento quase idêntico (22,80% sexo feminino e 22,69% sexo masculino). Entre a condição liberta, outra diferença foi evidenciada, no grupo 12: sexo feminino com 17,12% e o masculino com 22,12%.

Desse recorte para os anos entre 1875 e 1884, que destaca a condição de liberdade, é importante indicar que, se para o mesmo recorte temporal fosse enfocada a classificação de cor, o comportamento dos indicadores seria muito próximo ao observado na tabela 7, que abarca os anos entre 1875 e 1895.

Tabela 9: Cor x Grupos de causa de morte (1875-1884)

Grupo de causa de morte	Branca	Parda	Preta	Total
1 Doenças infecto-parasíticas	21,16%	22,46%	21,45%	21,52%
2 Sistema digestivo	19,92%	19,77%	12,96%	18,31%
3 Sistema respiratório	6,80%	7,62%	7,64%	7,17%
4 Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos	7,12%	4,62%	7,14%	6,56%
5 Primeira infância e malformações congênitas	10,19%	10,48%	4,43%	8,95%
6 Morte violenta e acidental	1,44%	1,63%	2,87%	1,81%
7 Sistema circulatório	4,31%	2,52%	8,61%	4,89%
8 Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina	3,03%	2,87%	3,34%	3,06%
9 Gravidez, parto e puerpério	0,52%	0,39%	0,38%	0,46%
10 Sistema geniturinário	0,10%	0,04%	0,21%	0,11%
11 Causas conhecidas (variadas)	2,24%	1,03%	1,82%	1,88%
12 Causas de morte mal definidas	11,33%	8,90%	15,16%	11,65%
13 Incerto, ilegível ou não mencionada	0,99%	1,16%	3,13%	1,51%
Sem assistência médica	10,84%	16,52%	10,85%	12,11%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Visualiza-se, assim, similaridade no comportamento da correlação entre cor e grupos de causas de morte, seja para os anos de escravidão, seja para os anos pós-abolição. Em contrapartida, conforme verificado ao enfocarmos a condição de liberdade, o comportamento dos percentuais de registros para cada grupo de causa sofre alterações significativas. No que

⁶⁸⁹ Trazendo, assim, maior desconfiança sobre a veracidade do registro de óbito de Virginia Ignacia, no livro do Cemitério da Santa Casa.

toca à distribuição por sexo, não foram encontradas diferenças consideráveis, à exceção, novamente, do grupo *sem assistência médica*, em que na cor parda o sexo feminino concentrou 18,24% e o masculino 15,08%.

À luz dos objetivos desta parte da pesquisa, a partir do exercício realizado sobre os dados apresentados, questionamos: estas informações podem nos levar a quais caminhos de análise e percepções? Primeiramente, lembremos que com este exame não queremos sugerir que os escravos sofriam mais, em relação às demais condições de liberdade, por enfermidades infecto-parasíticas, sistema nervoso, ou ainda, menos com doenças de outros grupos e, disso, pensar nas pré-condições sociais e biológicas que levaram aqueles indivíduos àquela determinada enfermidade ou causa. Logo, evitamos traçar conjecturas neste sentido. Procuramos, sim, demonstrar tendências entre classificações raciais e condição de liberdade, aferidas pelos médicos, frente aos tipos de causa de morte.

Disso, mesmo diante da complexidade que envolve tal busca, a análise empreendida oportuniza pensar sobre algumas possibilidades que, inclusive, demonstrar-se-ão úteis para os estudos que buscam examinar as condicionantes sociais que implicaram na morte orgânica. A própria diferenciação do comportamento da definição da causa de morte por cor e condição de liberdade já se mostram importantes, neste sentido. Como vimos anteriormente, a realização da classificação por cor dependia de uma série de condicionantes que envolviam o agente classificador e, por consequência, as suas percepções sobre raça e condição social, e ainda, o que não podemos desconsiderar, as ligadas à real condição social do indivíduo classificado. Estes elementos fazem com que o dado cor seja extremamente dinâmico e variável, seja em relação aos seus significados e, conseqüentemente, seja em relação à sua definição: a atribuição da cor a um determinado indivíduo.

E, mesmo que a definição da cor esteja intrinsecamente relacionada à condição de liberdade dos indivíduos, a análise detida sobre as condições de liberdade traz diferenças importantes, indicando que as diversas condicionantes (pertinentes às estruturas sociais, ao habitus, à agência humana etc.) que envolviam a classificação da cor, fazem desse dado algo muito impreciso como indicador referente ao pensamento racial sobre as doenças e causas de morte⁶⁹⁰. Inclusive, o exame empreendido nos demonstra que não podemos simplesmente tomar o dado cor como referência direta para a condição de liberdade.

⁶⁹⁰ Assim como, em decorrência disso, para a observação das condições de vida e morte, sob perspectiva racial.

Neste ponto, torna-se importante ponderar sobre o fato de que a condição de liberdade não era definida pelo médico, diferentemente da causa e cor. Devemos, também, considerar que a escravidão se baseava em uma concepção racialista e racista de sociedade (com seus diversos símbolos), o que significa compreender o indicador condição de liberdade para mais além da cor e, senão como uma classificação racial, também como um indicador racial (por sua vez vinculado a cor, salvas às observações já realizadas).

E, desse modo, como contribuição para os estudos que se detêm sobre as condições de vida sob perspectiva racial (e por sua vez social) a partir da análise das causas de morte, os registros dispostos por condição de liberdade parecem trazer dados mais confiáveis. Isto, principalmente, se associarmos as condições sociais e materiais de vida dos escravos às doenças infectocontagiosas, relação esta que não pode ser negligenciada e que se demonstra muito mais aparente na relação entre condição de liberdade e causa de morte do que na cor e causa de morte⁶⁹¹.

Entretanto, dentre os fatores importantes a serem considerados de forma mais específica para a nossa perspectiva de análise, notemos que antes de vincular doenças ou causas de morte à determinada raça ou condição social de vida ou liberdade verificamos, através dos dados demonstrados, aparente e maior descaso com o aferimento das causas para a população escrava, liberta e classificada com a cor preta, o que se identifica principalmente pelo comportamento dos dados no grupo 12 – *Causas de morte mal definidas*, das causas de morte. Neste ponto, também reside outro aspecto importante: mesmo que para os escravos os registros sem assistência médica fossem os com menores percentuais, isto não quer dizer que os exames trouxessem diagnósticos mais bem definidos (em outra leitura possível: *mais bem realizados*), tal como observado para os livres, brancos e pardos.

Mas, para examinarmos de forma mais demarcada relação entre pensamento racial e definição do motivo da morte, aprofundaremos a análise dentro dos grupos, trabalhando as causas e doenças, também por classificação de cor e condição de liberdade. Devido ao amplo e variado leque de causas identificadas nos registros que compõem o nosso banco de dados, trabalharemos as causas de morte que demonstraram maior representatividade de registros, mais especificamente, estabelecendo o parâmetro de 1%, para mais, em relação ao total de causas trazidas nos livros de óbitos trabalhados.

⁶⁹¹ Um grande desafio para estas pesquisas seria analisar as razões para os dados contidos no grupo 2, tanto entre a classificação por cor, quanto para as diferentes condições de liberdade.

No entanto, tendo em vista as teses anteriormente analisadas e a menção à sífilis (com maior intensidade) e também ao tétano (breve referência realizada por Braune, sendo enfermidade trabalhada pela historiografia para o referido período, no sentido de que, de fato, acometia muito os escravos⁶⁹²) como estando relacionadas às raças, quebraremos a regra acima estabelecida, incluindo estas enfermidades, tendo em vista a verificação dos baixos índices de ocorrência de registros para ambas as doenças.

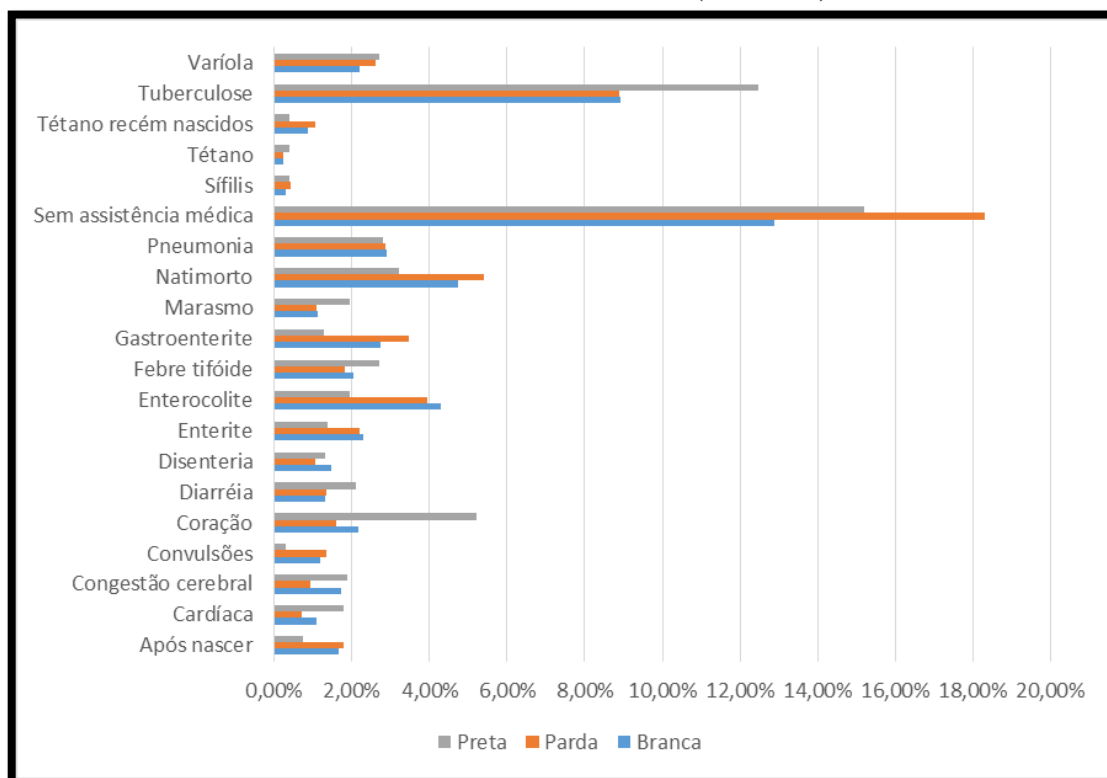
Em seguida, arrolamos quadros e gráficos espelhando, respectivamente, dados referentes à relação entre cor e causas de morte e condição de liberdade e causas de morte.

Quadro 11: Cor x causas de morte (1875-1895)

Causa de morte	Branca	Parda	Preta	Total
Após nascer	1,65%	1,77%	0,75%	1,49%
Cardíaca	1,10%	0,72%	1,79%	1,16%
Congestão cerebral	1,71%	0,93%	1,88%	1,57%
Convulsões	1,19%	1,34%	0,28%	1,03%
Coração	2,16%	1,58%	5,22%	2,68%
Diarréia	1,31%	1,34%	2,11%	1,49%
Disenteria	1,47%	1,05%	1,31%	1,34%
Enterite	2,31%	2,19%	1,36%	2,08%
Enterocolite	4,30%	3,94%	1,96%	3,72%
Febre tifóide	2,04%	1,81%	2,71%	2,13%
Gastroenterite	2,73%	3,48%	1,27%	2,59%
Marasmo	1,11%	1,08%	1,94%	1,28%
Natimorto	4,73%	5,41%	3,23%	4,57%
Pneumonia	2,89%	2,86%	2,80%	2,86%
Sem assistência médica	12,88%	18,31%	15,21%	14,64%
Sífilis	0,30%	0,43%	0,39%	0,35%
Tétano	0,23%	0,22%	0,39%	0,26%
Tétano recém nascidos	0,85%	1,05%	0,39%	0,80%
Tuberculose	8,92%	8,89%	12,46%	10,77%
Variola	2,21%	2,62%	2,71%	2,41%
Total	56,09%	61,03%	60,15%	59,21%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁶⁹² Vide: READ, Ian. A triumphant decline? Tetanus among slaves and freeborn in Brazil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 107-132, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500007&lng=en&nrm=iso>. access on 10 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702012000500007>.

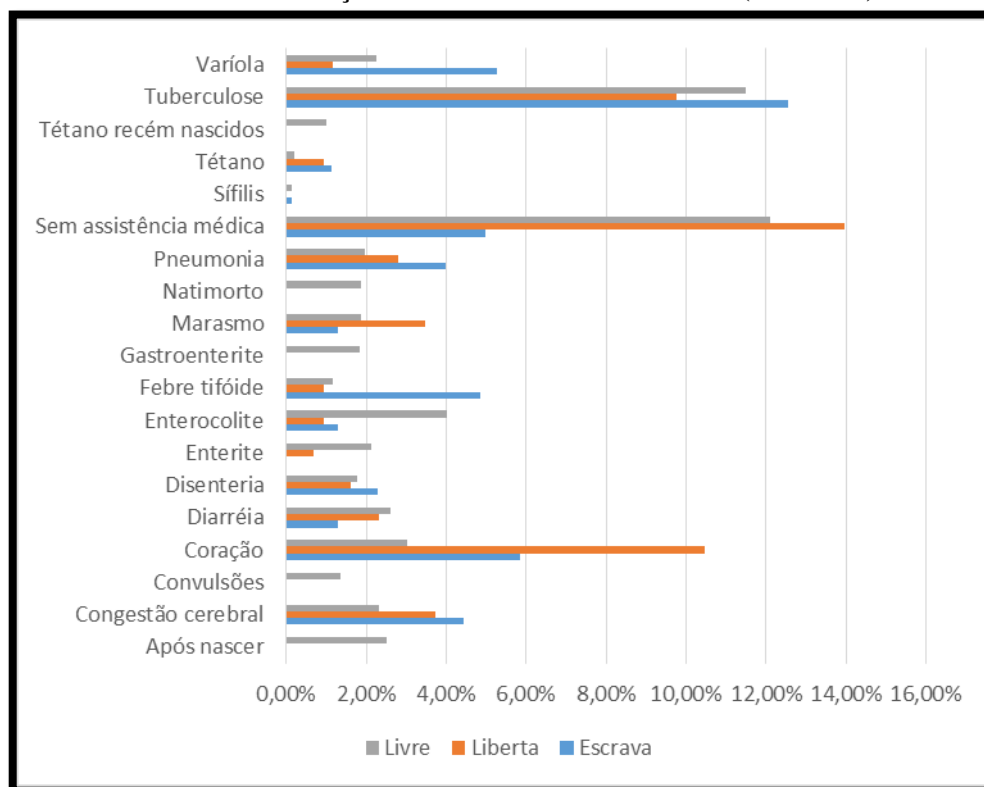
Gráfico 8: Cor x causas de morte (1875-1895)

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Quadro 12: Condição de liberdade x causas de morte (1875-1884)

Causa de morte	Escrava	Liberta	Livre	Total
Após nascer	0,00%	0,00%	2,52%	2,26%
Congestão cerebral	4,42%	3,72%	2,31%	2,51%
Convulsões	0,00%	0,00%	1,36%	1,22%
Coração	5,85%	10,47%	3,03%	3,51%
Diarréia	1,28%	2,33%	2,62%	2,52%
Disenteria	2,28%	1,63%	1,76%	1,79%
Enterite	0,00%	0,70%	2,12%	1,92%
Enterocolite	1,28%	0,93%	4,03%	3,73%
Febre tifóide	4,85%	0,93%	1,15%	1,39%
Gastroenterite	0,00%	0,00%	1,84%	1,65%
Marasmo	1,28%	3,49%	1,89%	1,91%
Natimorto	0,00%	0,00%	1,89%	1,69%
Pneumonia	3,99%	2,79%	1,97%	2,14%
Sem assistência médica	4,99%	13,95%	12,12%	11,72%
Sífilis	0,14%	0,00%	0,15%	0,14%
Tétano	1,14%	0,93%	0,21%	0,30%
Tétano recém nascidos	0,00%	0,00%	0,99%	0,89%
Tuberculose	12,55%	9,77%	11,48%	11,48%
Varíola	5,28%	1,16%	2,25%	2,41%
Total	49,35%	52,79%	55,69%	55,15%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Gráfico 9: Condição de liberdade x causas de morte (1875-1884)

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Disponemos os gráficos seguidos aos quadros, similarmente à análise dos grupos de causas de morte, buscando oportunizar visualização com maior amplitude sobre os dados. Além disso, para os quadros, com o intuito de facilitar o exame sobre as informações de forma comparada, incluímos barras que indicam a representação quantitativa de cada dado. Importante destacar que algumas das causas relacionadas incorporam variações de uma mesma causa, que foram agrupadas para análise. Para o quadro 12 e gráfico 9, novamente, buscando evitar distorções quantitativas para a análise referente à condição de liberdade, recortamos os dados abarcando período entre os anos de 1875 e 1884.

Também organizamos os percentuais de forma a oportunizar análise do comportamento da distribuição das causas para cada uma das cores ou condição de liberdade, ou seja, buscando impedir deformidades sobre os dados, decorrentes da quantidade diferenciada de registros para cada indicador. Outro aspecto importante sobre o espelhamento trazido nos quadros é que os resultados das linhas e colunas rotuladas como “total” se referem aos percentuais gerais para as causas indicadas como mais significativas em número de registros, por cor. A *grosso modo*, conforme pode ser identificado, estas causas equivalem a mais de 50% do total, para cada cor ou condição e liberdade (com exceção da escrava, com total de 49,35%).

Em relação às enfermidades mais diretamente associadas às raças de acordo com as produções médicas verificadas, enfocaremos a distribuição dos registros de sífilis: no que se refere à cor, não são observadas diferenças significativas, no entanto, especificamente para a parda e preta, a concentração de registros para esta enfermidade é maior, inclusive, se demonstrando acima da média. Examinando-a a partir da condição de liberdade, a distribuição da sífilis entre escravos e libertos é muito próxima, destacando que entre os libertos não foi encontrado qualquer registro. Já o tétano, conexo à cor, se demonstra acima da média somente para a cor preta e, referente à condição de liberdade, expressa diferença significativa para mais entre escravos e libertos (triplicando a média). O tétano dos recém-nascidos tem maior concentração entre a cor parda e se demonstra muito inferior para a cor preta. Para a condição escrava e liberta, o índice é nulo.

Desta maneira, estes índices expressam tendência de maior associação entre enfermidades e cor ou condição de liberdade para somente o caso do tétano, isto quando vinculado às cores parda e preta e à condição escrava e liberta. Se estes números poderiam representar uma realidade biológica de ação da doença, indo ao encontro do que demonstra a historiografia do campo, também permitem associar o ato de registrar a causa à teoria racial seguida por aqueles médicos. No entanto, o mesmo cenário está longe de se demonstrar e confirmar para sífilis e tétano dos recém-nascidos. Estes breves dados nos indicam parte da grande complexidade ao se buscar elementos mais diretos sobre tal associação, visto que, inclusive para doenças que eram reconhecidamente pensadas pelos médicos como mais conexas aos escravos e negros, as informações dos registros de óbitos não a confirmam de forma plena, demonstrando, apenas, reduzidos vestígios.

Realizado este balanço preliminar, passemos a examinar outras doenças infecto-parasíticas trazidas na relação, que esboçam índices interessantes para o estudo proposto: disenteria, febre tifoide, tuberculose e varíola. Estas, analisadas detidamente, refletem parte dos índices observados anteriormente para os grupos de causas de morte, que expressaram maior relação entre escravos e libertos e doenças infectocontagiosas (grupo 1).

Tal associação se demonstra mais acentuadamente através dos dados pertinentes à disenteria, febre tifoide e à varíola. Os índices sobre tuberculose não confirmam maior ou menor associação com a condição de liberdade, porém, para a cor preta, seu grau de relação fica acima da média. No que toca à disposição da febre tifoide e varíola por cores, não há associações significativas.

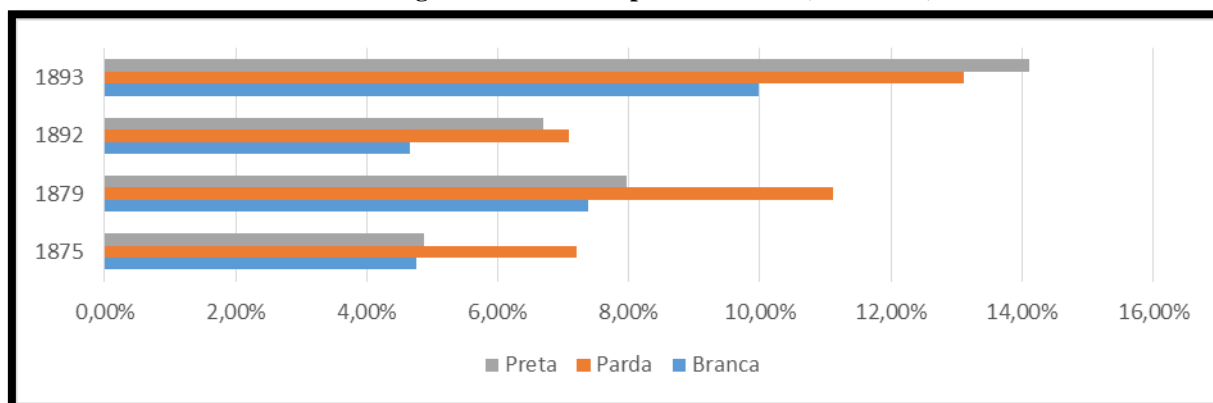
Com o intuito de intensificarmos este exame, detemo-nos sobre a ocorrência da varíola que, conforme trazido anteriormente, foi a única moléstia que tomou forma epidêmica em Porto Alegre, dentro do período contemplado. Na realidade, a varíola demonstrou caráter epidêmico em três oportunidades: o primeiro, de forma mais branda, em 1875; o segundo, com um pouco mais de intensidade, em 1879 e; o mais grave, entre 1891 e 1892⁶⁹³.

Quadro 13: Registros de varíola/epidemias x cor (1875-1895)⁶⁹⁴

Ano	Branca	Parda	Preta	Total
1875	4,76%	7,21%	4,87%	5,28%
1879	7,39%	11,11%	7,97%	8,39%
1892	4,66%	7,08%	6,70%	5,63%
1893	9,98%	13,11%	14,11%	11,44%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Gráfico 10: Registros de varíola/epidemias x cor (1875-1895)⁶⁹⁵



Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Os dados trazidos e ilustrados no quadro e gráfico representam o percentual de casos de varíola em relação às demais causas de óbito, para cada cor, evitando distorções referentes ao número de habitantes para cada cor. Realizando exame geral sobre os anos privilegiados pelo gráfico, verificaremos que a cor parda foi a mais acometida pela varíola, com exceção para o ano de 1893, período em que foi ultrapassada pela cor preta. Esta última, em relação à cor branca, sempre concentrou percentual maior de óbitos por varíola, ainda que de forma mínima, nas duas primeiras epidemias.

⁶⁹³ As curvas da mortalidade, observada em largo espaço temporal, nos demonstram os períodos que podem ser considerados como típicos ou atípicos, o que pode ser detectado por meio da observação do número de óbitos de uma ou mais doenças, em determinado recorte de tempo. Ver: TOROK, Michelle. Epidemic curves ahead. *Focus on Field Epidemiology*, Chapel Hill, v.1, n5. Disponível em: [<http://cphp.sph.unc.edu/focus/vol1/issue5/index.htm>]. Acesso em: 21 jun. 2012. 2004.

⁶⁹⁴ Nos anos omitidos, não foram registrados casos de varíola.

⁶⁹⁵ Nos anos omitidos, não foram registrados casos de varíola.

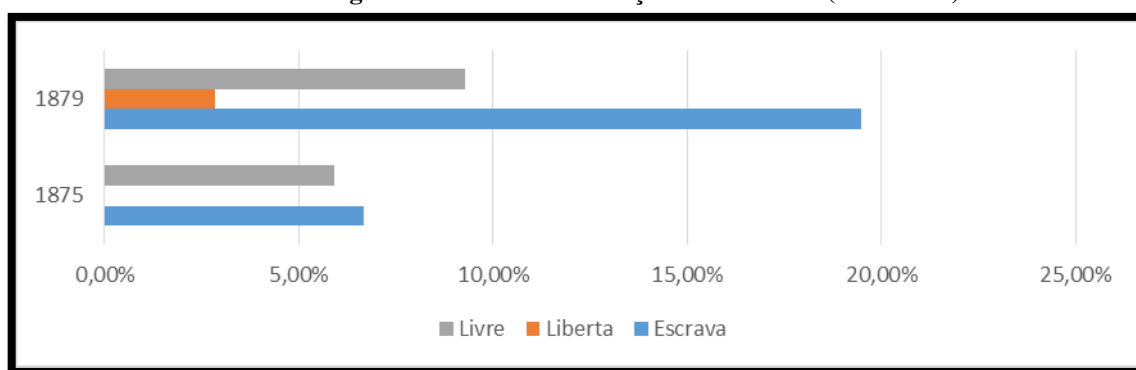
Enfocando a condição de liberdade, trabalhemos com as epidemias pertencentes aos anos de 1875 e 1879, desse modo evitando entrar nos anos pós-abolição (o que causaria distorções sobre os dados):

Quadro 14: Registros de varíola x condição de liberdade (1875-1884)⁶⁹⁶

Ano	Escrava	Liberta	Livre	Total
1875	6,67%	0,00%	5,90%	5,82%
1879	19,48%	2,86%	9,27%	9,58%

Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Gráfico 11: Registros de varíola x condição de liberdade (1875-1884)⁶⁹⁷



Fonte: LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES E ESCRAVAS. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

A análise relacionada à condição de liberdade nos oferece cenário muito diverso do observado à classificação por cores. Se para o ano de 1875, praticamente não existe diferença dos índices entre escravos e livres, em 1879 veremos que para os escravos a concentração de mortes por varíola é maior do que o dobro verificado para os livres. Entretanto, para os libertos, a concentração de óbitos ocasionados pela varíola é mínima.

Comparando os percentuais sobre as epidemias frente às tabelas 7 e 8 que demonstram os percentuais de cor e condição social por grupo de causa, teremos uma imagem diferenciada a partir dos dados. Para o grupo 1, os percentuais entre as cores se demonstram muito similares, porém, para os períodos epidêmicos, encontramos diferenças significativas para mais na cor preta, principalmente, para os anos de 1892 e 1893. Já em relação às condições de liberdade, há similaridade no comportamento dos óbitos, sendo a condição escrava a que mais concentrou casos de varíola.

⁶⁹⁶ Nos anos omitidos, não foram registrados casos de varíola.

⁶⁹⁷ Nos anos omitidos, não foram registrados casos de varíola.

Os períodos epidêmicos, dado o seu caráter peculiar em relação aos serviços de saúde (conforme observado no capítulo 3, ao tratarmos sobre o Regulamento da Salubridade Pública de 1856) e, por conseguinte, ter deixado vestígios documentais, nos oferecem informações importantes para a análise. Dentro disso, é possível explorarmos parte das decorrências de uma epidemia para os grupos socioeconômicos mais vulneráveis e os seus possíveis impactos para o registro dos óbitos. Desse modo, perguntamos: poderiam os escravos, libertos e pobres livres serem mais facilmente ligados àquela doença, através do olhar médico, ocasionando o crescimento de diagnósticos de identificação da doença para estes grupos?

Conforme documentação expedida pela Santa Casa de Misericórdia⁶⁹⁸ direcionada ao governo provincial, na qual prestava contas sobre a administração que realizava sobre o lazareto de variolosos durante o ano de 1879, podemos ter breve noção sobre quem eram os recolhidos pela administração pública (sendo assim, sob a ação e o olhar dos médicos) àquele local. De acordo com os documentos, que poucas vezes arrolam a cor dos asilados, identificamos uma “preta escrava” e diversos homens e diversas mulheres “pobres” ou “indigentes” (talvez cerca de 15 ao todo, ao longo do ano de 1879, tendo em vista que os documentos também não explicitam os nomes dos asilados, demonstrando somente o número de internados e o sexo) e algumas praças da polícia. Logo, estes documentos indicam que se tratava de um espaço para o qual eram recolhidos indivíduos das camadas sociais mais pobres, *presumidamente*, acometidos pela doença.

Se nos detivermos sobre os registros de óbitos, observando a procedência dos corpos vindos do lazareto de variolosos para o cemitério, também considerando a proporção por cor, identificaremos: brancos, 39,60%; pardos, 31,68% e; pretos, 28,71%⁶⁹⁹. Considerando que os brancos formavam mais de 50% do total populacional⁷⁰⁰, podemos considerar, do ponto de vista proporcional, que o lazareto *recebia* bem mais negros e pardos do que brancos.

Mais ilustrativo se torna esse dado se examinarmos o local de enterramento destas pessoas, no cemitério municipal: 93,75% dos denominados “brancos”, procedentes do lazareto, foram sepultados no campo santo, o que nos indica a condição socioeconômica desse grupo⁷⁰¹. De outra maneira, poderíamos pensar que, por se tratar de uma doença epidêmica, todos seriam igualmente enterrados no Campo Santo (local em que também estariam previstos os

⁶⁹⁸ ASILO dos variolosos. Abril a outubro de 1879. Correspondência entre SCMPA e governo provincial sobre o andamento dos serviços no asilo dos variolosos. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

⁶⁹⁹ LIVROS de óbitos de pessoas livres (1875-1895). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

⁷⁰⁰ MONASTÉRIO, op. cit.

⁷⁰¹ LIVROS de óbitos de pessoas livres (1875-1895). op. cit.

enterramentos por motivo de doenças epidêmicas, de acordo com o Regulamento do Cemitério da Santa Casa de Misericórdia), o que não se verificou na realidade, tendo sido encontrados casos de óbitos decorrentes de varíola, com sepultamento Entremuros. No entanto, para os pretos e pardos oriundos do lazareto o enterramento se deu, em 100% dos casos, no Campo Santo.

Estas informações também demonstram que, se a varíola atingia a população como um todo, a condição social, permeada por aspectos raciais, era requisito fundamental para a internação em um lazareto, o que também envolvia características de tratamento diferenciadas para os enfermos. Entrementes, podemos imaginar o que acarretaria a um indivíduo, seja por estar realmente atingido pela doença, seja por ser enquadrado como um caso suspeito de portabilidade da enfermidade, ser confinado em um mesmo local com outras pessoas infectadas por doença contagiosa. Caso ocorresse um erro de diagnóstico, exame decisivo para o envio do enfermo ao lazareto, certamente essa internação desencadearia mais um caso e, possivelmente mais um óbito, pela ação da varíola. Podemos pensar assim que, da ação ou apenas presunção da ação biológica da doença, o destino do enfermo (ou futuro enfermo) seria também determinado pela condição social e racial que o definia naquele meio.

Avancemos para as demais enfermidades, para além das epidêmicas. As doenças cardíacas agrupadas na causa “coração”, conforme já trabalhado, demonstram associação extremamente significativa para a cor preta e às condições escrava e liberta, inclusive, muito acima das médias (colunas “geral”), o que nos deixa ainda mais intrigados com a breve observação realizada por Braune frente a associação da raça branca às doenças cardíacas, na sua tese.

As enfermidades gastrointestinais, agora representadas pela enterite, enterocolite e gastroenterite, evidenciam maior valor de relação com as cores brancas, parda e condição livre, confirmando o que foi observado para a análise geral do grupo 2. Entretanto, a diarreia se concentra majoritariamente entre os classificados com a cor preta e, em contrapartida, também se apresenta mais elevada para a condição livre e em nível menor, para a condição escrava.

A congestão cerebral (pertinente ao grupo 4), no que toca à distribuição por cores, não demonstra maior associação. Mas, para a condição de liberdade possui grau mais elevado junto aos escravos e libertos. As convulsões se demonstram mais ligadas aos livres e, como consequência, à cor branca e parda.

Os registros de causas de morte “após nascer” e “natimorto”, conforme é de se esperar ao considerarmos a execução da Lei do Ventre Livre, concentram-se em maior quantidade na condição livre. Relacionando-os às cores, verificamos que a maior concentração de casos se dá para a cor branca e parda, porém, entre os nascidos mortos, a distribuição parece ficar mais equilibrada, ainda que abaixo da média. Os registros que não tiveram presença médica se concentram mais, e de forma acima da média, entre as cores parda e preta, porém, a condição escrava concentra o menor percentual desse tipo de registro, conforme já observado.

Resumindo este exame, realizamos os seguintes destaques:

- As doenças infectocontagiosas possuem comportamento mais associado às condições escrava e liberta, cenário que pode ser estendido aos períodos epidêmicos. Em relação à sífilis e ao tétano, somente o tétano demonstra associação com maior significância à cor ou condição de liberdade: à preta e à escrava, respectivamente.

- As enfermidades cardíacas se mostraram como mais associadas à cor preta e à condição escrava.

- As doenças de natureza gastrointestinais se vinculam com maior intensidade às cores branca e parda e à condição livre, com a exceção da diarreia, que teve maior concentração entre os indivíduos classificados com a cor preta.

- A congestão cerebral possui relação de maior intensidade entre as condições escrava e liberta, porém, não demonstra associações com maiores graus de significância com qualquer uma das cores.

- As convulsões se encontram em maior parte na condição livre e nas cores branca e parda.

- As causas denominadas como “após nascer” e “natimorto” mostram relação de maior intensidade junto à condição livre e nula entre a escrava e liberta. Para os nascidos mortos, a cor preta demonstra índice próximo da média, ainda que para menos.

- Os registros indicados como “sem assistência médica”, ou seja, sem a participação do médico na realização do atestado de óbito, concentram-se mais nas cores parda (nesta, principalmente) e preta. Porém, para a condição escrava o percentual é menor do que a metade da média. A condição liberta concentra o maior índice desses registros.

Em tempo, mais especificamente em relação à classificação por cor e causas de morte frente à perspectiva racial de entendimento da medicina sobre as doenças, verificamos

diferenças de comportamentos que não nos permitem observar as cores parda e preta como pertencentes a uma mesma raça, tal como indicado por Braune. Por vezes, a cor parda demonstra comportamento mais próximo ao identificado para a branca, em outras, para a preta. Mas, se enfocarmos esta percepção ao ponto de vista de Nina Rodrigues, que buscava perceber os impactos das diferentes gradações de sangue (mistura das raças) frente à ação das doenças, talvez estes dados façam mais sentido, isto, considerando que as pesquisas de Rodrigues também se baseavam em registros de óbitos e hospitalares.

Visto isso, conforme analisado e previamente indicado, é muito difícil e complexo, através dos registros de óbitos, identificarmos indicadores mais diretos de associação entre o pensamento racial e a definição da causa de morte, ainda que, conforme verificado ao longo deste capítulo, a racialização das doenças se fazia presente na produção e no ensino da medicina. Se muitos dos dados aqui examinados podem externar a realidade biológica da morte, não podemos simplesmente negar ou não ponderar sobre a possibilidade de muitos dos exames sobre a causa do óbito também terem levado em conta aspectos raciais, o que se demonstraria refletido, ainda que de modo indireto e submerso, aos índices aqui ilustrados e trabalhados.

Disso, também devemos considerar que as associações levantadas e analisadas sobre causa, cor e condição de liberdade foram fundamentadas através da análise de um representativo universo de óbitos, que abarcou todos os indivíduos sepultados no cemitério daquela cidade, dentro de um recorte temporal considerável, se comparado às demais pesquisas do campo. Neste sentido, as relações percentuais observadas não podem ser consideradas aleatórias ou frágeis sob ponto de vista quantitativo e, quiçá, qualitativo, ao considerarmos o todo analisado por esta tese.

Através desse ponto de vista, verificamos que foram muitas e significativas as diferenças identificadas no comportamento dos índices das causas, quando comparada a condição de liberdade e a classificação de cor. Isto considerando ainda que, conforme examinado (e de acordo com os referenciais teóricos), condição de liberdade e cor se conformam como dois indicadores que possuem relações intrínsecas sobre os seus significados, o que de fato se refletiu na distribuição dos índices para algumas das causas, porém, não para todas. Assim, realizemos um alerta: condição de liberdade e classificação por cor não são indicadores diretamente equivalentes, principalmente, no que toca aos registros de óbitos e aos significados da causa de morte e a sua definição.

E, respondendo mais diretamente às questões elencadas para esta última parte da pesquisa, indicamos: sim, é possível estabelecer correlações entre causa de morte, o seu

registro, condição social e classificação de cor, e mais que isso, com o pensamento médico e a prática médica. Do ponto de vista quantitativo, tais relações se demonstram sob a forma de tendências, por vezes, um tanto vagas, porém, quando entrelaçadas aos aspectos qualitativos mais subjetivos também abordados neste capítulo, passam a demonstrar algumas das resultantes desta associação.

Entendemos assim, ao interligar os indicadores trazidos nesta parte final às informações de caráter mais qualitativo trabalhadas também ao longo da tese, que esta associação existe, demonstrando-se sob forma racista e racialista, ainda que parcialmente oculta nos mecanismos da vida social. E, decorrente a isto, provoca historiadores e demais pesquisadores a buscar meios de ultrapassar os limites impostos, conhecer esta mecânica, o seu funcionamento e as suas ligações, que pertencem à complexidade dos processos sociais, das instituições e da agência humana.

6 CONCLUSÃO

Investigamos como as formas de pensar doenças, raças e grupos sociais, por parte da medicina, aliada à prática médica, influenciavam na produção do registro de óbito e no diagnóstico da causa de morte, ocasionando fragilidades quanto à compreensão das suas informações como dados que refletem, pura e simplesmente, a natureza biológica das doenças (e da morte). Conforme trazido de início, este enfoque se liga ao tratamento teórico-metodológico de abordagem dos registros de óbitos e das suas informações em pesquisa.

Reconhecemos que um importante avanço na qualidade das pesquisas foi proporcionado quando os pesquisadores passaram a relacionar a causa de morte, obtidas através dos registros de óbitos, às condições sociais de vida de indivíduos e grupos. Passava-se, assim, a não focar, podemos dizer, as *doenças pelas doenças* ou ainda, *causas pelas causas*, mas sim, os seus aspectos geradores, que por sua vez poderiam ser decorrentes das mais variadas fragilidades sociais de vida. Em outras palavras, não bastava mais somente identificar a causa da morte, era preciso também compreender os seus (possíveis) motivos, pertinentes às condições sociais, que envolviam a geração ou ocorrência de determinada causa, para dado indivíduo ou grupo.

Porém, esta perspectiva, ao mesmo tempo em que vinculou as causas de morte ao mundo social, muitas vezes enfocou e ainda enfoca as enfermidades e causas de morte descritas na fonte como reflexo biológico da realidade, o que, conseqüentemente, compreende o diagnóstico trazido nos registros de óbitos como um dado legítimo e incontestável, expressão biológica da realidade. Talvez esta seja apenas mais uma das tantas conseqüências geradas pelo amparo científico conquistado pela medicina, já no século XIX, conforme trazido ao longo do texto⁷⁰². No entanto, é preciso termos em mente que uma fonte, um documento, independentemente do fenômeno ao qual se refere (e reflete), é uma produção social, carregada de interesses, desde o momento da sua construção.

O registro de óbito ou de sepultamento, para além de poder ser assim compreendido, vai além. Fazendo-nos uso de linguagem figurada, trata-se de um enorme jogo de quebra-cabeça formado por muitas e diversas micropeças, que por sua vez, são individuais e interligadas. Nesta analogia, cada peça traz consigo a geração e composição das diversas informações contidas em

⁷⁰² Ou seja, a de pensar os diagnósticos das causas como expressão, tão somente, da realidade biológica. GOULD, Jay Stephen. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

um mesmo registro, que por sua vez, também são produções sociais, *fabricadas* por diferentes atores⁷⁰³.

Visto desse modo, compreendemos que o passo seguinte é o de levar em conta que esta *fabricação*, de antemão, terá natureza social e interesses diversos que poderão *contaminar* o dado produzido. E se os olhares dos pesquisadores não considerarem esta complexidade ao relacionar o diagnóstico da morte às condições de vida sob perspectiva social, racial, econômica, cultural etc., incorrerão o sério risco de reproduzir nos seus estudos, a contaminação produzida e existente na fonte.

Logo, tendo em vista estas peculiaridades e cuidados, buscamos examinar parte desta *contaminação* ao problematizar a fonte *registros de óbitos*, demonstrando parte da complexidade exercida pelos mecanismos sociais, mesmo para informações que estejamos *habitados* a pensar como naturais e biológicos, os quais também poderíamos incluir, para além da causa de morte, a cor. Tratou-se de um grande desafio, principalmente, por não contarmos com fontes que possibilitassem verificar, de modo direto e aparente, a influência exercida pelo mundo social e as suas complexidades, nas informações contidas nos registros de óbitos.

A primeira parte da pesquisa esteve voltada para o delineamento das estruturas, do papel dos médicos e do contexto que envolviam a produção da fonte, principalmente, dos dados que mais nos interessavam: a *causa de morte* e a *cor*. Disso, no segundo capítulo, atendemos ao objetivo primeiro da pesquisa, observando como estava prevista, do ponto de vista legal, a produção dos registros e o papel dos médicos na composição das suas informações. Tratamos, assim, da estrutura legal e dos agentes incumbidos na confecção dos registros, o que se demonstrou como base fundamental para o decorrer da análise. Entendemos que esta verificação, detalhada, possibilitou avançarmos para além da simples identificação dos personagens envolvidos e da legislação pertinente aos registros de óbitos: auxiliou a desvelar parte dos processos pertinentes aos trâmites legais e práticos dos registros nos seus contextos macro (nível nacional) e micro (Porto Alegre), de forma inter cruzada.

Verificamos que os trâmites ligados aos registros de óbitos e sepultamentos, mesmo contando com legislação em nível nacional, adquiriam formas e arranjos próprios, de acordo com o contexto e localidade em que eram planejados, conduzidos e praticados. Para o caso de Porto Alegre, destacou-se a atuação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia que tinha, por

⁷⁰³ Desta analogia, podemos pensar em um quebra-cabeça antigo, guardado sem muito cuidado: algumas das suas peças se perderão ao longo dos anos.

direito, a administração do Cemitério Municipal e, como consequência, o gerenciamento dos transportes fúnebres, sepultamentos e registros.

Dentro disso, a referida Irmandade teve terreno largo para também legislar sobre estes trâmites e é neste ponto que reside a sua maior importância no processo sobre quem deveriam ser os principais atores na verificação da causa de morte e definição da cor. Assim, através da documentação produzida pela Santa Casa de Misericórdia, confirmamos a hipótese de que eram os médicos, ao elaborarem o atestado de óbito, que provinham, na maior parte das vezes – não sempre, dadas as brechas de legislação - a informação da causa da morte e, mais que isso, da *cor* do indivíduo falecido. Ressaltemos que, dentre as pesquisas do campo consultadas, não encontramos problematizações a este respeito ou a busca por esta verificação, ou seja, sobre quem produzia o dado da *cor*⁷⁰⁴, o que se trata de investigação distinta à de se interrogar sobre os sentidos e significados da cor (tema já tratado com certa profundidade pela historiografia, conforme verificado). Porém, na nossa ótica de pesquisa, os enfoques estão interligados: é fundamental reconhecermos quem eram os seus produtores para identificar e compreender o seu local social de pensamento e ação, o que oportuniza qualificarmos o entendimento sobre os significados da *cor*. Mais adiante, traremos ponderações sobre este último aspecto.

Da identificação dos médicos como principais atores na produção dos registros e dos trâmites relacionados ao processo, outro desafio se impôs, que se mostrou como o segundo objetivo da pesquisa, no capítulo terceiro: o de examinar como os médicos se faziam presentes em Porto Alegre, quais eram as suas prioridades como profissionais do campo médico e, ainda, como este contexto poderia influenciar na atuação prática de atestar os óbitos que ocorriam naquela cidade. Neste ponto, refletindo sobre o todo trabalhado no capítulo 3, a análise ganha em complexidade.

Ainda que a atuação dos médicos tenha se mostrado ativa através das instituições públicas, o que poderia nos levar a deduzir um pleno processo de *medicalização social*, devemos relativizá-la. Também é preciso ressaltar que esta impressão se deve, em grande parte, às fontes das quais fizemos uso trazerem, precisamente, a visão, linguagem e as posições de atuação dos médicos. No entanto, destinando enfoque distinto aos mesmos documentos - isto é, para além de observar as frentes de ação da medicina em cargos de poder e a sua efetividade, atentamos sobre como este contexto, e a inegável busca por frentes de poder por parte dos médicos, se refletia na relação entre população e medicina -, compreendendo-os nas suas

⁷⁰⁴ O que é diferente sobre os sentidos e significados da cor, tema já tratado com certa profundidade pela historiografia, conforme verificado.

entrelinhas, foi possível encontrar elementos significativos sobre um vácuo, expressivo, entre médicos e população na sua relação cotidiana, o que deveria se acentuar para os grupos sociais menos favorecidos, que não contavam com um *médico de família*.

Como esta ausência se demonstrou refletida? Ainda que Porto Alegre parecesse estar na média ou pouco acima da média em relação a outras cidades no que toca à relação número de médicos por habitantes, tal dado não oferece a certeza de que se tratasse de uma quantidade suficiente (o que vale para as demais cidades as quais trouxemos os indicadores da mesma espécie) para as demandas da sua população, ou ainda, dos pleitos médicos pertinentes à saúde pública. Aliado a esta realidade, a falta de médicos para a verificação do óbito é espelhada pelos mais de 14% de óbitos registrados como *sem assistência médica*, ausência esta que era também reclamada e lastimada pelas autoridades policiais e também médicas do período. As zonas rurais eram praticamente desassistidas pela medicina, como nos demonstraram os dados de óbitos da Freguesia de Belém Novo e Pedras Brancas.

Ou seja, desses apontamentos verificamos que um efetivo processo de *medicalização social* não se confirmava, ao menos na prática, para aquele contexto, inclusive, mais especificamente, para o atestamento dos óbitos. Isto, mesmo com a legislação prevendo a atuação dos médicos como principais atores na produção dos registros (através da realização dos atestados de óbitos), o que, ao menos na teoria, demonstraria a importância dedicada pelas autoridades, àquele processo.

Neste ínterim, a atuação dos curadores práticos também era denunciada como um grave problema. Fazia-se preciso publicar listas com os nomes dos médicos habilitados a atuar na cidade e província, buscando a aproximação da população, ainda que timidamente. Conforme identificado na bibliografia consultada, os curadores práticos teriam uma vasta e regular freguesia no Brasil do século XIX⁷⁰⁵. Estabelecidos nas zonas urbanas e rurais, entendemos que acompanhavam os seus solicitantes do nascimento até a morte: parteiras/os, benzedeiros/os, curadoras/es, tornando-se, até mesmo, confidentes íntimos, não somente sobre as mazelas corporais. Com métodos não tão invasivos quanto os empregados pela medicina, tratavam *do corpo e da alma*, provendo assistência e relativo conforto aos enfermos⁷⁰⁶. Visto desta maneira,

⁷⁰⁵ CHALHOUB, Sidney et al (org.). Artes e ofícios de curar no Brasil. Campinas: UNICAMP, 2003.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007]. CABRAL, Oswaldo Rodrigues. *Medicina, médicos e charlatães do passado*. 1. ed. Florianópolis: [s.N.], 1942.

⁷⁰⁶ WITTER, op. cit.

temos em mente que a atuação dos práticos não se limitava aos períodos de enfermidades e sofrimento, ainda que pudessem ser estes os momentos em que eram mais requisitados. Outras vezes, tal como verificado por Xavier⁷⁰⁷ para outro contexto (o que talvez também ocorresse em Porto Alegre), poderia haver a aproximação entre médicos e curandeiros, para os casos em que os primeiros não conseguissem extinguir a enfermidade. Ou seja, verificamos cenário complexo em que a medicina era somente mais uma forma, ainda distante e restrita, pela busca da cura ou da assistência, ainda que os médicos estivessem, ao menos até a década de 1890, com o seu campo de atuação protegido pela lei⁷⁰⁸.

Os hospitais da cidade, ao menos até a penúltima década do século XIX, demonstravam-se como locais que prestavam os socorros mais básicos aos enfermos internados: cama, roupas limpas, proteção contra o frio, comida e algumas breves visitas médicas, quando realizadas. Dada a ausência de documentos sobre o acompanhamento e evolução dos enfermos nos hospitais, podemos ainda questionar sobre o quanto este processo de observação e exame dos internados era considerado importante ou, ainda, executado. Conforme verificado, somente na década final do século houve incremento significativo do número de médicos (que até a década de 1880 contava com, no máximo, três médicos), das internações e diminuição dos óbitos no interior do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, o maior de Porto Alegre.

A preocupação dos médicos parecia se demonstrar majoritariamente direcionada para a ocupação de cargos de poder e criação de instituições que fortalecessem a união médica e a condução dos seus interesses, no meio político e social. Através desses meios, procuravam ditar o que seria o mais correto para a solução de problemas relacionados à saúde e higiene pública. No entanto, muitas das suas sugestões não eram acatadas pelas autoridades do governo, em grande parte, justificadas pela falta de dinheiro ou reações não bem explicadas, como no caso da negativa da proposição sobre as inspeções sanitárias nos navios recém-chegados na capital gaúcha. Aliado a estas informações, notemos que os problemas de saúde pública, apontados pelos médicos no decorrer da segunda metade do século XIX, ainda se faziam presentes no

⁷⁰⁷ XAVIER, Regina Célia Lima. Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista. In CHALHOUB, Sidney et al (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 331 – 354.

⁷⁰⁸ Conforme identificado, tal realidade não demonstra ter sofrido alterações drásticas antes e depois da implementação da lei de liberdade profissional pelo governo positivista castilhistas, porém, há indícios que o número de práticos teria aumentado com a nova lei. Na realidade, sob uma ótica diferenciada de análise, ainda que a nova lei incentivasse a vinda de práticos para o estado, também possibilitaria maior controle sobre os práticos do que anteriormente.

início do século XX, isto tendo em vista que as mesmas dificuldades sanitárias eram denunciadas nas primeiras teses da Faculdade de Medicina de Porto Alegre⁷⁰⁹.

Neste cenário, segundo trazido, mesmo com o incremento do número de médicos residentes na cidade e a sua maior organização associativa ao longo do período focado, não podemos desconsiderar que os índices de óbitos da cidade não cessavam de crescer. Inclusive, estes números foram impulsionados por uma grave epidemia de varíola (a mais grave em quase 40 anos), já nos primeiros anos da década de 1890. A exceção, naqueles anos, parecia se dar no Hospital da Santa Casa, como vimos, por se tratar de locus privilegiado de agrupamento e coesão dos médicos e medicina, naquela cidade (o que se refletia nas melhorias realizadas naquela Instituição).

Munidos destas informações, para o conjunto dos anos analisados, percebemos um significativo afastamento não somente dos médicos, mas da medicina como um todo - isto é, também das suas instituições, instruções e recomendações – da vida cotidiana do grosso e diversificado caldo populacional que fluía na cidade (incluimos, aqui, o vasto número de imigrantes recebidos, sejam estrangeiros ou de outras cidades brasileiras ou do Rio Grande do Sul), principalmente, quando nos referimos à população comum, aos pobres, isto é, que conformavam o maior contingente populacional. Lembramo-nos dos *territórios negros* de Porto Alegre, tão esquecidos pelo poder público. O acompanhamento das camadas socioeconomicamente menos favorecidas parecia se dar de forma muito distante, situação que pouco se modificava quando estas pessoas procuravam os serviços de saúde e assistência direcionados aos mais pobres da cidade, especialmente representados pelo Hospital da Santa Casa⁷¹⁰.

Destas percepções, assim pudemos definir aquele contexto: os curadores práticos (incluindo as parteiras) acompanhavam os indivíduos, sadios ou enfermos ao longo da vida até a sua morte; já os médicos atuavam, de forma muito restrita e pontual, em momentos de grave crise de saúde, da morte ou ainda, para o que mais nos interessa nesta pesquisa, somente após

⁷⁰⁹ Ver: HECKER, José. *Crítica e saneamento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre*. Tese. Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS. HECKER, Júlio. *Contribuição ao estudo das condições de salubridade de Porto Alegre*. Tese. Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

⁷¹⁰ Ainda que a Santa Casa de Misericórdia recebesse pessoas deste contingente populacional, ressaltamos que aquela Instituição recebia as pessoas *mais* pobres e, além disso, desprovidas de redes de assistência (familiar, amizade, entre outras).

o óbito, para a emissão do atestado e, conforme visto, de maneira muito superficial e, até mesmo, parcial.

Presumimos que este distanciamento da medicina e médicos da população, a médio e longo prazo, se reflete e resulta na fragilização dos diagnósticos dos óbitos. O histórico de vida, saúde e doença, dos sintomas que antecederam a morte, tão importantes para o aferimento da causa⁷¹¹ não poderiam ser resgatados, salvo raras exceções, das quais poderíamos destacar as famílias das classes mais abastadas - no entanto, não excluimos o fato de que este estrato da população também recorresse aos curadores práticos - que poderiam buscar sempre um mesmo médico (que guardasse o histórico de saúde do indivíduo), incluindo, ainda, em hipótese não verificada, outros pouquíssimos casos específicos de acompanhamento médico mais próximo.

Desses apontamentos, para a segunda parte da tese foi preciso perscrutar mais detidamente sobre os significados das causas de morte identificadas nos registros de óbitos: a construção prática deste dado a partir dos exames de óbito conduzidos pelos médicos e as possíveis interferências sociais e raciais neste processo.

Dessa maneira, no quarto capítulo, trabalhando o terceiro objetivo, visamos investigar os conhecimentos e as técnicas utilizadas pelos médicos ao realizarem os exames de óbitos e, com isso, verificar o alcance possibilitado para a verificação *da real* causa da morte⁷¹². No entanto, nesta exploração não deixamos de focar, transversalmente, parte do contexto social que poderia influenciar a prática dos exames e a elaboração dos pareceres sobre a causa da morte. Assim, fizemos uso dos exames de corpo de delito e *post mortem*, únicas fontes disponíveis, daquele local e contexto, que nos possibilitaram resgatar ou imaginar, ao menos em parte, tal procedimento.

Dedicamos importância a estes documentos, ao mesmo tempo em que realizamos uma ressalva, ao considerarmos que, devido ao caráter policial investigativo desses processos, tendo sido os médicos acionados pela polícia e remunerados pela participação, os exames deveriam ser, possivelmente, mais bem conduzidos e aprofundados do que os realizados no processo comum e rotineiro de atestado dos óbitos, atividade que, ao que tudo indica pelos documentos consultados, não importava em honorários para os médicos. De acordo com o

⁷¹¹ E não podemos pensar que a importância sobre a vida pregressa do indivíduo morto não fosse considerada pelos médicos e demais autoridades no século XIX, isso, tendo vista a sua referência, tal como observamos no segundo capítulo.

⁷¹² Foram os questionamentos que direcionaram o capítulo: como eram realizados os exames de óbitos? Os diagnósticos de causa de morte e, conseqüentemente, os seus registros, demonstram que espécie de fragilidades? São fontes confiáveis no que diz respeito aos fatores orgânicos reais que ocasionaram a morte?

analisado, esta percepção sobre as diferenças qualitativas dos exames se confirmou ao verificarmos divergências entre as causas de morte encontradas nos livros de óbitos e os pareceres dos exames de corpo de delito e *post mortem*. Observemos que estes últimos, normalmente, eram conduzidos e realizados posteriormente aos registros dos óbitos no livro do Cemitério da Santa Casa. Importante constar que, mesmo que a causa verificada no exame fosse distinta à constante no livro, raramente se observou a retificação do motivo da morte no livro do Cemitério: uma fragilidade a mais identificada na fonte.

Para além disso, no que toca à prática, mesmo para os exames solicitados pela polícia, identificamos enorme precariedade estrutural e material para a condução do processo, ainda que, conforme verificado, conhecimento e técnica não se demonstrassem como impeditivos para a boa condução do exame *post mortem*. Estes problemas de ordem estrutural e material são expressos, de forma um tanto aparente, no auto do exame sobre o corpo de Virginia Ignacia (1886)⁷¹³: primeiro, ao constar que a polícia necessitou emprestar instrumentos médicos junto à Enfermaria Militar do Comando das Armas (concessão da “caixa de ferros da enfermaria militar”), para a realização do exame⁷¹⁴ (não teria, o médico, os seus próprios instrumentos? Ou este não gostaria de utilizá-los?); segundo, tendo em vista que o exame foi procedido ao ar livre, talvez exposto ao sol, ao vento ou a outras condições, com o corpo de Virginia Ignacia alocado sobre “dois bancos na parte extramuros do cemitério”. Para além da precariedade estrutural e material, também é nítido o despreparo organizacional e logístico para a condução do exame, que por sua vez, poderia incorrer em fragilidades para as suas conclusões.

Tendo em vista estes argumentos, imaginamos que tal precariedade fosse amplificada para o processo rotineiro de verificação dos óbitos, o que poderia justificar, juntando-se aos aspectos percebidos no capítulo, as diferenças quanto ao diagnóstico da causa de morte antes e depois do exame solicitado pela polícia.

Porém, sobressaem outros aspectos importantes quanto à validade dos registros: nem sempre a segunda verificação do óbito, através do exame *post mortem*, resultaria em um registro correto sobre a causa. Muitas vezes, na definição da causa levada ao registro de óbito, confundia-se a *causa da morte* com o *elemento que desencadeou a causa da morte*, ou ainda, o que concede ainda maior complexidade à questão, com *o que poderia desencadear a morte* e

⁷¹³ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1886. Fundo: Secretaria de Polícia de Porto Alegre. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

⁷¹⁴ Tal fato também remonta ao relatório emitido pelo Chefe de Polícia da Província, em 1883, trazido no capítulo 3, em que este reclamava a falta de materiais adequados para os exames. RELATÓRIO DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1883. Op. cit., p. 36.

que não foi, de fato, o motivo do óbito. Assim demonstrou o processo que investigou a morte e determinou o registro de óbito de Paulo Massa⁷¹⁵: a causa trazida no registro foi “histos hydaticos no pulmão direito” (este registro de óbito foi realizado somente após o exame), enquanto que, conforme demonstrado, a morte foi decorrente de um procedimento cirúrgico malconduzido que ocasionou “Synopsis por inibição”. Isto, mesmo após um dos mais aprofundados exames *post mortem* dos quais tivemos acesso e que deram esta última razão, como causa da morte (e que se demonstraria como a causa biológica da morte). Talvez, neste momento da pesquisa, tenhamos percebido as maiores fragilidades dos, podemos assim rotular, *inconstantes e desconfiáveis* registros de causas de morte.

Vista agora sob retrospectiva, a análise realizada na parte inicial do capítulo 4, ao problematizar as causas dos grupos 12 – *Causas de morte mal definidas*; 13 – *Incerto, ilegível ou não mencionada* e 14 - *SAM (sem assistência médica)*, potencializa esta percepção. No entanto, do todo verificado, podemos considerar que as fragilidades e incongruências identificadas ultrapassam as generalizações, a carência de acuidade e as ausências médicas, podendo se fazerem presentes nos mais diversos diagnósticos produzidos e trazidos nos registros, através dos atestados de óbitos emitidos pelos médicos. E mais, através das informações dos autos de exames identificamos nuances sociais e políticas que poderiam interferir, decisivamente, sobre o diagnóstico emitido, tal como no processo referente à morte, não bem explicada (mesmo após o exame), de Virginia Ignacia⁷¹⁶.

Conforme identificado, a própria instalação do processo para realização do auto de autópsia foi impulsionada por acusação (trazida no Jornal “Reforma”) de sevícias, a Pedro Primavera, senhor da “escrava” Virginia Ignacia, o que nos demonstra motivos políticos para a investigação que seria realizada através de exame de autópsia. Conforme os médicos Noronha e Nabuco, que conduziram o exame, não foram verificadas marcas corporais que identificassem maus-tratos, isto, considerando que já haviam se passado mais de quatro dias da morte, e ainda, as condições em que o exame foi realizado, destacadas anteriormente. Esta ausência de marcas seria real? A causa de morte apontada no exame, “congestão cerebral”, poderia ter sido aferida após quatro dias ao momento da morte? De outra maneira, considerando que esta tenha sido a real causa e que, de fato, não tenham sido notadas marcas corporais no exame, não poderia ter sido decorrente de formas de violência mais sutis?

⁷¹⁵ Vide capítulo 5, auto de exame de corpo de delito sobre o cadáver de Paulo Massa. AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1893. Op. cit.

⁷¹⁶ AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1886. Op. cit.

Diante do contexto apresentado, não sem uma boa dose de *inconformidade historiográfica*, vemo-nos compelidos a admitir o fato de que nunca descobriremos o real motivo da morte de Ignacia. No entanto, sabemos que havia um forte componente político, pertinente ao contexto social, talvez também relacionado à rede de vínculos profissionais e sociais dos médicos, que poderia influenciar, decisivamente, na verificação e determinação da causa do óbito. Dentro disso, não podemos esquecer que, dentre todos os atores e diante do contexto daquele período e local, a posição social mais frágil era a de Virginia Ignacia, identificada como escrava, preta e também parda.

Dessas considerações, ressaltamos ponto importante a ser pensado: parece-nos que a contraposição e posterior distinção das causas de morte encontradas no livro de óbitos (“sem assistência médica”) e no exame de autópsia (“congestão cerebral”), seja a menor e menos complexa das fragilidades encontradas nos registros de óbitos.

Não obstante, é preciso também considerarmos a possibilidade de que o registro “sem assistência médica” (e a própria ausência de um médico para o atendimento ou, simplesmente, para a verificação da causa de morte de Ignacia) tenha sido intencional e servido aos interesses de Pedro Primavera. Situação essa que, conforme inferimos, poderia ter ocorrido de forma similar nos registros de óbitos de outras pessoas escravizadas (ainda que, conforme demonstrado, os registros descritos como “sem assistência médica” sejam menos comuns para esse grupo) e, até mesmo, livres e libertos pobres, dado o desnivelamento de poder também existente entre esses últimos e os membros das camadas socioeconômicas mais abastadas⁷¹⁷.

Em tempo, devemos lembrar que a morte de Ignacia e a investigação sobre a causa do óbito ocorreram já em 1886, período em que, conforme o discurso oficial do período, a escravidão já teria sido *varrida* daquela cidade. No entanto, de acordo com as informações acima trazidas, em que fizemos questão de utilizar aspas ao trazer a condição de escrava de Virginia Ignacia, o exame de autópsia nos oferece outra visão sobre aquele contexto. Já os documentos do Cemitério da Santa Casa de Misericórdia, por sua vez, trazem o registro de óbito de Ignacia no livro de pessoas livres (aliás, naquele período, só existia um livro, considerando que o livro de pessoas escravas havia sido concluído em 1885), sem realizar qualquer menção à condição escrava: “Virgina Ignacia, preta, 16 anos de idade, natural da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, solteira, óbito sem assistência médica, recebida no cemitério aos 17 dias de junho de 1886, inumada na sepultura 745 do Campo Santo do Cemitério da Santa Casa, sob

⁷¹⁷ No entanto, frisamos, não desconsideramos as diferenciações entre livres, libertos e escravos.

o registro 30539”⁷¹⁸. Isto é, salvo se entendermos a cor preta como ligada ao passado escravo, sendo esta uma das questões abordadas no capítulo 5, a qual direcionamos o nosso olhar para as ideias raciais da medicina, voltando-nos, também, para os significados da cor e a sua relação com o pensamento racial da medicina.

Desta maneira, no capítulo 5, tratando sobre o quarto objetivo⁷¹⁹, aprofundamos a análise sobre os aspectos raciais presentes na medicina como campo acadêmico-científico e as suas possíveis influências na realização e definição dos diagnósticos das causas de morte. Primeiramente, nos detivemos sobre como o ensino e a ciência médica pensava as doenças, as raças, de forma interligada às condições sociais da população. Enfocamos produções de médicos que atuavam em Porto Alegre, porém, o fizemos relacionando-as a outros trabalhos e médico-autores expressivos do cenário brasileiro, visando assim, demonstrar as ligações existentes entre o pensamento dos médicos porto-alegrenses e o campo acadêmico-científico nacional e internacional da medicina.

Desse exame, verificamos que para a medicina brasileira, ao longo da segunda metade do século XIX até o início da década de 1890, as raças, dentro das suas construções e significados, traziam consigo características anatômicas, fisionômicas, fisiológicas, intelectuais, sociais, morais e culturais que, em conjunto e de forma transversal determinavam as relações existentes entre os grupos sociais, doenças e problemas de saúde pública. Essas características eram medidas sob uma escala valorativa, baseada na procedência geográfica, étnica, condição socioeconômica e de liberdade, em que a raça branca, de ascendência europeia, marcava o ponto alto de perfeição do ser humano.

Para a medicina, determinadas doenças, tal como a sífilis, estariam mais ligadas às raças inferiores (a negra e a amarela). E, sob a forma como as raças eram pensadas, estas populações e doenças eram conectadas, em um sentido que queria ser também biológico, à depravação, à falta de *bons modos de vida*, à imoralidade, características que se tornavam parte de ser e pertencer à raça negra (principalmente à esta raça). No entanto, a raça branca, concebida como conectada ao mundo cultural e moral do ocidente europeu, não estaria imune àquelas doenças. Porém, longe destas enfermidades fazerem parte do *mundo regular* da raça branca, os

⁷¹⁸ LIVRO DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1886). Op. cit.

⁷¹⁹ Conduzido através das questões: quais as concepções médicas sobre doenças, sob ponto de vista social e racial? Estas percepções poderiam influenciar na definição das causas de morte? Relacionar-se-iam a determinado grupo racial e/ou à condição de liberdade? E, finalmente, ligada a estas questões, quais são as maiores fragilidades e, em contrapartida, os potenciais oferecidos pelos registros de óbitos e as causas de morte, como fonte de pesquisa para os estudos sobre mortalidade?

indivíduos desta raça poderiam ser contagiados na medida em que invadissem ou fossem invadidos pelo mundo imoral pertencente aos membros da raça negra e, considerando o contexto brasileiro daquele período, aos escravos.

De acordo com a organização do campo científico da medicina e a produção das suas teorias raciais, este sentido demonstra que a constatação empírica não poderia ser simplesmente negada por aquela ciência (o contágio destas doenças pela população da raça branca ou, ainda, a ausência da sífilis em determinados povos africanos, demonstrada por Braune em sua tese), mas sim, de acordo com os preceitos científicos seguidos pelo campo, deveria ser problematizada e explicada, de forma que não alterasse a escala das *qualidades raciais* já existente.

Quanto ao sistema classificatório por cores a partir do entendimento das raças, observamos através das teses a ausência de uma relação bem definida entre ambas. Aliás, nem mesmo nas pesquisas mais aprofundadas de Nina Rodrigues, já na década de 1890, parece ter havido um sistema de identificação que pudesse dar conta das inúmeras variabilidades raciais existentes (a quantidade de “sangue misturado”). Além disso, é difícil indicarmos que o sistema, ou melhor, os sistemas raciais classificatórios utilizados por aqueles médicos fossem fundamentados por uma nomenclatura bem regulada de cores ou, menos ainda, que fossem simplesmente estabelecidos pela coloração real da epiderme.

Tornando ainda mais complexo este sistema, conforme identificado, nem sempre os indicadores raciais eram definidos sob escala de cores: lembremos dos “mestiços”, “mestiços-mulatos” e “indígenas” pensados e utilizados por Rodrigues e Leão nas suas classificações. Neste contexto, devemos também lembrar da tese de Braune, na qual indicava, através de Lineu e Virgílio: *nimum ne crede colori*. Ademais, ao encontro da percepção de Braune, de acordo com o que foi observado, os sistemas de classificação racial, no Brasil, ultrapassavam, e muito, os aspectos físicos ou fisiológicos. Ainda que a percepção de Rodrigues se aproximasse da visão americana sobre as consequências de *uma gota de sangue* para a classificação racial, outros fatores mais subjetivos, tais como *os modos de vida*, eram tão ou mais importantes, para o contexto brasileiro.

Mas, mesmo diante desses apontamentos, não podemos secundarizar o peso da cor para a identificação das raças e suas denominações. Muito provavelmente, essa importância para a cor tenha se dado por se demonstrar como um identificador mais ligado ao plano natural, biológico, físico e aparente, tornando-se assim um critério mais objetivo (dialogando, assim, com as construções, os conceitos e argumentos daquela ciência), ainda que o entendimento de

raça não se resumisse à cor da pele. Destarte, dada a esta espécie de gênese aqui realizada sobre as classificações raciais empreendidas pela medicina brasileira, talvez não nos deva parecer estranho que ainda na atualidade observemos, com naturalidade, sistemas de classificação que confundem cor e raça e, mais que isso, colocam sob uma mesma relação rótulos de cor e etnicidade, como nos demonstram os formulários médicos de declaração de óbitos hoje utilizados pelo Sistema Único de Saúde do Brasil.

Ao analisarmos os registros de óbitos cruzando condição de liberdade e cor verificamos que a classificação por cor se relacionava intimamente com a estrutura social brasileira, dividida entre escravos, libertos e livres. Sendo assim, a escala de cor dialogava com a condição de liberdade, tal como nos informou Hebe Mattos⁷²⁰: quanto mais distante da escravidão e ligada à ascendência étnica europeia, mais branca (ou ausente de cor), quanto mais ligada à escravidão e à ascendência africana, mais escura e, ainda, mais *marcada e presente*, nos documentos.

Porém, tal sistema de classificação, ainda que demonstrasse coerência, estava longe de ser inequívoco e preciso: refletia e se relacionava, assim, com as classificações raciais identificadas nas produções médicas da segunda metade do século XIX, que traziam ingredientes mais subjetivos nas explicações sobre raça. Expliquemos: ao relacionarmos a classificação por cor e condição de liberdade às causas de morte (e doenças), encontramos dados que vêm ao encontro desta afirmação. A distribuição dos índices de mortalidade demonstrou relações de reciprocidade ao compararmos condição de liberdade e cor para muitas das causas de morte (ou grupos de causas), porém, não para todas e não do mesmo modo. Talvez aqui resida um dos aspectos mais importantes sobre os significados da cor e a sua relação com a condição de liberdade, percebido por esta pesquisa: o de que os indicadores *cor* e *condição de liberdade*, apesar de demonstrarem sentidos interligados, não são idênticos em seus significados e consequências, principalmente, quando vinculados à mortalidade. Destaquemos que esta percepção vem ao encontro das ideias de Rodrigues e Braune, ao relativizarem a importância da cor, para a compreensão entre raças e doenças.

Em tempo, conforme identificamos, não devemos esquecer que aqueles médicos realizavam as suas pesquisas sobre raça e doenças também ancorando-se em dados obtidos por meio de registros hospitalares e de óbitos, que por sua vez, traziam a informação da cor. Visto por este ângulo, considerando a origem dos dados, não nos deve parecer estranho que aqueles médicos tenham chegado à conclusão próxima ao verificado por esta pesquisa: a cor se

⁷²⁰ MATTOS, op. cit., p. 109.

mostrava como dado muito frágil, isoladamente, para compreender as doenças sob ponto de vista racial. A solução aventada, por aqueles médicos, se daria ao considerar mais os elementos internos, biológicos e menos a cor da pele, o que resultaria em uma nova concepção sobre os termos definidores de cada raça.

Porém, características subjetivas como a ascendência, a moralidade (os modos de vida) e o contexto escravagista brasileiro (as diferentes condições de liberdade e atividades de ganho), assim como nas décadas anteriores, ainda exerciam grande peso para as definições de cada raça (inclusive, para Rodrigues e Braune). E, ligado a isso, mesmo que alguns daqueles médicos contrapusessem visões específicas em torno de heranças genealógicas raciais que pudessem influenciar no comportamento social dos indivíduos, como no caso do *sujeito criminoso* e os *tipos raciais* investigados por Leão, alertava-se de que o curso das doenças e a maior ou menor sensibilidade, incluindo a resistência à dor, estavam intrinsecamente ligadas à raça de ascendência, misturando assim, caracteres genealógicos ao mundo social.

Tendo em vista estes apontamentos, enfocando as informações constantes nos registros de óbitos, entendemos que a condição de liberdade e a ascendência se demonstram como elementos importantíssimos para compreendermos a relação entre raça e causas de morte. Estes aspectos eram levados em conta e decisivos para a determinação da cor, naquele contexto. Porém a cor, conforme visto nas fontes analisadas e bibliografia consultada, poderia se demonstrar como indicador variável (para uma mesma pessoa) que, para além dos fatores acima trazidos, também consideraria a posição social e econômica, assim como (não sabemos mencionar em que grau), a tonalidade da pele e outras características fisionômicas dos indivíduos.

Entendemos que estes fatores, no seu conjunto, incluindo a definição racial, influenciavam o processo de verificação da causa de morte, pelos médicos. Porém, ainda existiam outros elementos subjetivos que poderiam mediar a realização desse processo: não podemos negligenciar os vínculos de classe profissional, socioeconômicos, políticos e de amizades, dos médicos que aferiam os óbitos, conforme identificado no capítulo 4.

Assim, esta forma racialista de pensar as doenças e as causas de morte por parte da medicina, na sua teoria, levaria à uma espécie de diferenciação social de ação das doenças. Haveria as *doenças de negros (ou escravos)* ou *doenças mais comuns* para escravos e negros e outras para os brancos, que seriam estampadas nas páginas dos registros de óbitos. Mas, conforme visto, os registros, sob ponto de vista quantitativo, não demonstram esta ligação de forma significativa, somente alguns vestígios. Talvez por isso os médicos tivessem tantas

dificuldades para fundamentarem as suas ideias raciais, pois, conforme visto, os dados com que trabalhavam mais atrapalhavam do que auxiliavam na busca do estabelecimento da relação entre doenças e raças.

Porém, de outra maneira, é neste ponto que reside outro aspecto importante a ser considerado nesta tese, mais pertinente à historiografia do campo de estudos: sob o olhar teórico aqui tomado, considerando o universo de fragilidades contidas nos diagnósticos trazidos nos registros, a etiqueta *doenças dos escravos ou de negros*⁷²¹ suscitaria diferentes maneiras de interpretação e, uma delas, desperta um delicado ponto de atenção: a de utilizarmos esta terminologia como área de conhecimento, temática de estudo ou, ainda, para títulos de pesquisas⁷²², tal como o fazemos.

Por um lado, a compreensão sobre as *doenças dos escravos* pode se referir às condições sociais de vida (moradia, vestimentas, alimentação deficitária, trabalho degradante etc.) e ao impacto dessas condições sobre a saúde daquelas pessoas, por meio de doenças e outras causas (mormente o olhar invocado pela historiografia ao trabalhar a mortalidade). Por outro lado, este entendimento pode conter boa carga de concepções sociais, raciais e morais por parte da medicina, que são, desse modo, naturalizadas aos grupos sociais, corpos e às doenças. Estes fatores comprometeriam gravemente as pretensões dos pesquisadores que visam resgatar as condições de vida e saúde de determinado grupo social. Poderiam, ainda, reproduzir concepções raciais e racistas do passado, de modo involuntário, nos resultados da pesquisa.

De todo modo, agregando maior complexidade à questão, um olhar não se contrapõe ao outro (consideração das condições sociais de vida em conjunto do discernimento sobre as implicações do pensamento sociorracial e prático de atuação da medicina, sobre as doenças e produção dos registros), como regra. Ambos podem ser trabalhados em conjunto, porém, cabe ao pesquisador tentar identificar e dissecar as diferentes nuances referentes à forma de analisar e compreender o olhar da medicina sobre as doenças, grupos sociais, ou ainda, como queria aquela ciência, os diferentes grupos raciais.

Talvez seja inalcançável percebermos, mais diretamente, como as concepções raciais da medicina e a sua forma de compreender doenças e grupos sociais se demonstram nos registros de óbitos e, além disso, como podem distorcer as reais causas de morte. Ligado a este último ponto, esta pesquisa possui caráter de alerta e instrução no sentido de que, para vislumbrarmos

⁷²¹ Ou *de brancos*, no entanto, sabemos que esta nomenclatura não é utilizada.

⁷²² Incluindo seminários ou grupos de estudos.

as condições de vida de grupos sociais e raciais a partir de registros de óbitos, é antes preciso pensarmos sobre como este pensamento racial influenciava a definição das causas de morte para diferentes indivíduos e grupos e, até mesmo, o que não foi o nosso enfoque, o tratamento que seria dado àquelas pessoas, antes da morte⁷²³.

Inclusive, é necessário problematizar a concepção da medicina como ciência alicerçada em critérios biológicos, bem como, a produção dos diagnósticos de óbitos e os seus significados. Também é preciso analisá-la na sua realização prática, em cada (micro) contexto⁷²⁴. Estes são pontos fundamentais para o melhor aproveitamento dos registros de óbitos em pesquisa.

Igualmente importante, é preciso avançarmos sobre outras das deficiências dos registros de óbitos, verificadas ao longo da tese: a possível despreocupação por parte dos médicos com a atividade de examinar o motivo do óbito, o distanciamento entre médicos e população, os diagnósticos genéricos, a falta de aprofundamento nas descrições das causas, os impactos dos períodos epidêmicos tanto para o aferimento das causas quanto para a assistência aos mais pobres, entre outras. Faz-se imperativo dedicarmos maior preocupação e tratamento mais adequado e pormenorizado aos fatores que atravessam a produção dos registros e o diagnóstico das causas de morte.

Ligado a isso, alguns cuidados metodológicos também se fazem fatores importantes e devem ser considerados para a melhor exploração dos registros de óbitos: de acordo com o exposto no primeiro capítulo, é um tanto precária a forma como os pesquisadores trabalham as causas de morte (já tão problemáticas de serem compreendidas isoladamente), organizando-as por agrupamentos de espécie. Conforme dito, são os próprios pesquisadores (muitas vezes de forma solitária⁷²⁵), através de metodologias específicas, que realizam a distribuição das causas nos grupos. Trata-se de um processo complexo, mas ao mesmo tempo mecânico que, se observado com certo rigor, é muito pouco efetivo já na sua origem, isto, de acordo com objetivos de uso destas informações, almejados por grande parte dos pesquisadores do campo (a verificação das condições de vida a partir das causas). Isto, por um lado, pelo fato de muitos dos pesquisadores não estarem munidos dos conhecimentos necessários para tal mister (o que

⁷²³ LAGUARDIA, Josué. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. *Physis*. 2004 Jul; 14(2):197-234. p. 222. KRIEGER, N.; BASSET, M. The health of black folks. Disease, class and ideology in science. In: HARDING, S. (Ed.). *The racial economy of science: toward a democratic future*. Bloomington: Indiana University Press, 1993. p. 160-169.

⁷²⁴ Conforme Fenton: "As raças são o que é culturalmente construído como raças nos discursos locais". FENTON, Steve. *Etnicidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. p. 46.

⁷²⁵ E correndo contra o tempo, devido ao prazo de produções das pesquisas.

seria difícil, inclusive, para um médico, devido à distância temporal e, até mesmo, necessidade de especialidade no entendimento sobre determinada causa) e, por outro lado, segundo vimos, pelo fato das causas apontadas nos registros serem dados muito *inconstantes e desconfiáveis*.

Porém, não negamos a utilidade desse procedimento, principalmente, quando necessitamos dar conta de um vasto número de dados ou dialogar com os estudos do campo. Destas observações, como atenuantes para estes problemas, sugerimos o crescimento e amplitude de pesquisas coletivas e multidisciplinares; o aprofundamento das metodologias utilizadas para este procedimento⁷²⁶ e; também ligado aos resultados oportunizados por esta tese, trabalhar mais detidamente os grupos (ou determinados grupos) ou algumas das causas, no sentido de problematizá-los/as, compreendendo-os/as não somente como reflexos do mundo biológico. Pois, para além da necessidade (e das dificuldades) da compreensão sobre a natureza biológica das doenças (e mais, em um contexto passado), é preciso considerarmos, conforme frisado por esta tese, que os diagnósticos possuem grande carga de natureza social, na sua constituição.

A partir destas constatações, entendemos que os registros de óbitos nos oferecem, de diferentes modos, traços (biológicos e sociais, porém, enfocamos os últimos) da realidade e do contexto dos quais fizeram parte. Através dos seus elementos construtivos e constitutivos, proporcionam meios para compreendermos a teoria e prática de pensar e registrar as causas de morte e doenças, de modo interligado às complexidades, regularidades e idiossincrasias do mundo social. Por meio do seu reflexo (documento já constituído), nos demonstram indícios (ainda que frágeis) para conjecturarmos sobre o contexto de vida das pessoas registradas. Ambos os modos devem estar interligados e, conforme visto, não se trata de um desafio simples e econômico.

Eis diversos aspectos que fazem dos registros de óbitos fonte muito rica, fascinante e ainda com vasto potencial de abordagem para as mais diversas pesquisas do âmbito da história social (sem desconsiderar a amplitude das pesquisas que já fizeram uso desses documentos). Isto porque os registros de óbitos trazem no seu etos a complexidade dos processos pertinentes ao seu meio social de procedência (construção e constituição) e referência (o seu reflexo): das ideias, das instituições, dos atores, da ação e, por consequência, da agência humana.

⁷²⁶ O que procuramos realizar nesta tese e em pesquisas anteriores, ao problematizar a construção dos métodos de classificação das doenças ao longo da história.

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

DOCUMENTOS GOVERNAMENTAIS

Decretos e Leis

DECRETO Nº 680, de 21 de novembro de 1891. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO Nº 791, de 27 de setembro de 1890. Disponível em [<http://www2.camara.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 169 - de 18 de janeiro de 1890. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 9.554 - de 3 de fevereiro de 1886. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 10.044 - de 22 de setembro de 1888. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 9.886 - de 7 de março de 1888. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 5604 - de 25 de abril de 1874. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 4835 - de 1 de dezembro de 1871. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 3.069 - de 17 de abril de 1863. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 1.144 - de 11 de setembro de 1861. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO N. 1431 de 28 de agosto de 1867. [http://archive.org/stream/coleodasleis16brazgoog/coleodasleis16brazgoog_djvu.txt]. Coleção de leis do Brasil. Acesso em nov. 2011.

DECRETO Nº 907, de 29 de janeiro de 1852. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO Nº 797, de 18 de junho de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO Nº 798, de 18 de junho de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DECRETO Nº 828, de 29 de setembro de 1851. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

DIÁRIO OFICIAL DE OUTUBRO DE 1894, JusBrasil Diários Oficiais. Disponível em [<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>]. Acesso dez. 2014.

LEI Nº 586 - DE 6 DE SETEMBRO DE 1850. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

LEI N. 1.829 - DE 9 DE SETEMBRO DE 1870. Disponível em [<http://www.lexml.gov.br>]. Acesso dez. 2015.

LEI Nº 2040 de 28 de setembro de 1871. LEI DO VENTRE LIVRE. Disponível em: Banco de Leis [<http://www.jurisway.org.br/>]. Acesso em nov. 2015.

Regulamentos e relatórios

ARAUJO, Silva. Prophylaxia Publica da Syphilis: discursos e extractos de discursos pronunciados na Academia Nacional de Medicina, em 1890. Rio de Janeiro: Cia Typographica do Brazil, 1891. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

FALA dirigida à Assembleia Legislativa. Conselheiro José Antônio de Souza Lima. Na 1ª Sessão da 21ª Legislatura. Porto Alegre, 1883.

FERRAZ, Costa. Da regulamentação da prostituição: sessão de 6 de fevereiro de 1890. Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert & C. 1890. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

MAGALHÃES. José Lourenço de Magalhães. Questões de Hygiene: artigos publicados no Jornal do Comércio. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

MONTEIRO, Severiano Bráulio. O cholera morbus e seu contagio. Montevideo: El Laurak-Bat, 1887. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

REGULAMENTO DA DIRECTORIA GERAL DE HYGIENE E ASSISTENCIA PÚBLICA: prefeitura do Districto Federal (incluindo outros documentos). Rio de Janeiro, 1896. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HYGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. 1891. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

RELATÓRIO DOS TRABALHOS DA INSPETORIA GERAL DE HIGIENE PÚBLICA 1887: Relatório da Inspeção de Higiene da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul –

1887 (referente a 1886). Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HIGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. 1890. In. REGULAMENTO DA DIRETORIA DE HIGIENE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. Vários documentos. S.d. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

RELATÓRIOS DOS TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE HIGIENE PUBLICA. Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

RELATÓRIOS DO MINISTÉRIO DO IMPÉRIO. 1850-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010.

RELATÓRIOS DA PROVÍNCIA DO RIO GRANDE DO SUL. 1870-1888. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre out. e dez. de 2010.

SIE 3001 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893–1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspetoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

SIE 3002 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Inspetoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

SIE 3003 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1895-1896). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Relatório da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

Documentos Censitários

MONASTÉRIO, Leonardo. *Censo de 1872*: estimado por meio dos registros paroquiais. Departamento de Economia da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL Disponível em [<http://ich.ufpel.edu.br/economia>]. Acesso em jul. de 2010.

ANNUARIO ESTATISTICO DO BRAZIL 1908-1912. Rio de Janeiro: Directoria Geral de Estatística, v. 1-3, 1916-1927. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em mar. de 2011.

ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (1889-1922). Estatística da Administração: receita e despesa. Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior. FEE - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.

ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Anuário estatístico do Brasil 1936. Rio de Janeiro: IBGE, v.2, 1936. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível na forma de planilhas em [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em abr. de 2011.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul* – Censos do RS 1803-1950. Porto Alegre, 1981.

IDADES da população recenseada em 31 de dezembro de 1890. Diretoria Geral de Estatística da República dos Estados Unidos do Brasil. 1901. FEE - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.

INSTRUÇÕES PARA O SEGUNDO RECENSEAMENTO DA POPULAÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL EM 31 DE DEZEMBRO DE 1890. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1890. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em mar. de 2011.

MAPA DE CASAMENTOS, BATISMOS E ÓBITOS. Porto Alegre, primeiro semestre de 1848. Vigário Tomé Luiz de Souza. Vigário Geral. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

RECENSEAMENTO 01/08/1872. 1º Recenseamento realizado em 1º de agosto de 1872 na província do Rio Grande do Sul, por paróquias. FEE - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.

REGISTRO CIVIL DE 1900 (nascimentos e óbitos). Diretoria Geral de Estatística da República dos Estados Unidos do Brasil. 1906. FEE - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.

REGISTRO CIVIL DE 1901 (nascimentos e óbitos). Secção de Estatística do Estado do Rio Grande do Sul. 1907. FEE - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.

RELATÓRIO DA DIRETORIA DE ESTATÍSTICA (1899). Nascimentos, casamentos e óbitos totais ocorridos no Rio Grande do Sul. 3ª Diretoria da Repartição Central da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul. 1904. FEE - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.

RELATÓRIO DEMOGRÁFICO GERAL DO RIO GRANDE DO SUL (1822-1909). (Mimeografado). FEE - Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.

RELATÓRIO DA REPARTIÇÃO DE ESTATÍSTICA (INÉDITO). Elementos que se referem aos anos de 1897 a 1899 (demografia, estatística econômica, eleitoral, agrícola, pastoril, moral, etc.). Recenseamento federal de 1900. 1920. Profissões da população recenseada por município.

RELATÓRIO D.E.S. 1940. (1896 a 1900). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

SINOPSE DO CENSO DEMOGRÁFICO 2010. *População nos Censos Demográficos, segundo os municípios das capitais - 2000/2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: [<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=6&uf=00>]. Acesso em mar. 2015.

DICIONÁRIOS/GUIAS MÉDICOS

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *A grande farmacopéia brasileira* - formulário e guia médico: um guia das plantas medicinais brasileiras. Belo Horizonte: Itatiaia, 1996. v. 1 (Reconquista do Brasil 2ª série).

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Formulario e guia medico*. 1. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1892. 1541 p.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarias para Uso das Famílias*. 6. ed., Paris : A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

COELHO, F. Adolpho. *Diccionario Manual Etymologico da Lingua Portuguesa*, contendo a significacao e pronuncia, parte I, letras a- e, paginas 1- 645. Lisboa, Plantier Editor, 1890.

LANGAARD, Theodoro J. H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Laemmert & Cia., 1872.

LANGGAARD, Theodoro J. H. *Arte obstétrica de tratado dos partos*. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert, 1879.

PINTO, Luís Maria da Silva. *Dicionário da Língua Brasileira*, Ouro Preto. Tipografia de Silva, 1832.

PLATEN, M. *O novo methodo de curar: Manual de hygiene* (Terceira parte: as moléstias e seu tratamento). 1. ed. Rio de Janeiro: Laemmert, 1903. 3 v.

GERAIS

A GAZETA DE PORTO ALEGRE (1880 - 1900). Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Núcleo de Pesquisa em História – UFRGS.

A FOLHA NOVA. Rio de Janeiro. 10 nov. 1883. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

A PROVÍNCIA DE MATTO-GROSSO. Matto-Grosso. 23 out. 1887. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

ALMANAQUE LAEMMERT. 1844-1889. Disponível em [<http://www.crl.edu/brazil/>]. Acesso entre 2010 e 2012.

ALMANAQUE LAEMMERT. 1897. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

ANNAES DA CÂMARA MUNICIPAL DA LEAL E VALOROSA CIDADE DE PORTO ALEGRE. 1875. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

ARQUIVO da Cúria Metropolitana de Porto Alegre. Livro de registro de óbitos - Paróquia Nossa Senhora das Dores, 1872.

ATESTADO médico. 1854. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – Fundo: Polícia.

INVENTÁRIO DOS ANAIS DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (1875-1900). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

AZAMBUJA, Graciano A. de. Anuário da Província do Rio Grande do Sul para o anno de 1885. Porto Alegre: Gundlach e Cia, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>].

CÂMARA DOS DEPUTADOS. História da Câmara dos Deputados. José Rodrigues de Lima Duarte. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/a-camara/conheca/historia/presidentes/jose_duarte.html]. Acesso em maio de 2015.

CÓDIGO DE POSTURAS (21/11/1856). Publicação da aprovação provisória do código de posturas da cidade. Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Vellinho.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo capitais* – Brasil, 2013. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23569:numero-de-medicos-nas-capitais-chega-a-ser-quatro-vezes-maior-que-no-interior-dos-estados&catid=3]. Acesso em mar. 2015.

CORRESPONDÊNCIAS EXPEDIDAS - CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE: Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Vellinho/Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

CORRESPONDÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. Relatório sobre o funcionamento do asilo de variolosos a Assembleia Provincial, 1979. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

CATÁLOGO DAS ATAS DA CÂMARA DE VEREADORES DE PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre, Secretaria Municipal da Cultura, 1998. Disponível em: [http://www2.camarapoa.rs.gov.br/default.php?p_secao=123].

CORRESPONDÊNCIA PASSIVA - CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE: Arquivo Histórico de Porto Alegre Moysés Vellinho/Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>].

ESCOLA TROPICALISTA BAIANA. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)* Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>].

GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1875-1900. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acesso em nov. de 2011.

GAZETA NACIONAL. Rio de Janeiro, 6 mar. de 1888. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

GAZETINHA (década de 1891 até 1900). Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa. Núcleo de Pesquisa em História – UFRGS.

GOVERNO do Rio Grande do Sul. Secretaria da Administração e dos Recursos Humanos. Departamento de Arquivo Público. *Documentos da escravidão: processos crime: o escravo como vítima ou réu* / Coordenação Bruno Stelmach Pessi e Graziela Souza e Silva – Porto Alegre: Companhia Rio-Grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2010.

IGREJA DE JESUS CRISTO DOS SANTOS DOS ÚLTIMOS DIAS. *FamilySearch*. Registros da Igreja Católica do Brasil e Rio Grande do Sul (1738-1952). Disponível em [<https://familysearch.org/>]. Acesso em jan. 2014.

INDICADORES DE MORTALIDADE. Datasus, Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>]. Acesso em jun. 2014.

JACQUES, João Cândido. Planta de Porto Alegre compreendendo os seus arraiais. 1888. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

LEÃO, Sebastião. *Os criminosos do Rio Grande do Sul*. Album Photographico organizado pelo Dr. Sebastião. Leão, Diretor da Officina de Anthropologia Criminal. Porto Alegre, 1897.

LEÃO, Sebastião. *Relatório do doutor Sebastião Leão, médico da polícia, anexo ao relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul*. (Museu da Polícia Civil Major Febeliano Faibes da Costa, Porto Alegre). 1897.

LIVRO dos sentenciados da Casa de Correção de Porto Alegre (1900). Arquivo da Academia de Polícia do Rio Grande do Sul.

LOBO, Manoel da Gama. Da ophthalmia braziliana. *Gazeta Médica de Lisboa*, Lisboa, 1865b. v.28, n.17, p.466-469.

O BRAZIL-MÉDICO (Periódico). Rio de Janeiro, 1886-1895. Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz (anos: 1888, 1892, 1894, 1895): Castelo de Oswaldo Cruz, seção de obras raras. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; e Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

O PAIZ. Rio de Janeiro. 27 nov. 1890. Disponível em [<http://memoria.bn.br/>]. Biblioteca Nacional Digital Brasil: Hemeroteca Digital Brasileira. Acesso em jan. 2012.

PINTO, Luiz Maria da Silva. *Diccionario da lingua brasileira*. Ouro Preto: Typographia de Silva, 1832. Disponível em [<http://www.brasiliana.usp.br/handle/1918/02254100>]. Acesso em jan. 2016.

PLANTA da Cidade de Porto Alegre, 1839. Os becos através das plantas de Porto Alegre. Blog. Disponível em: <<https://becodorosario.com/2017/08/24/os-becos-atraves-das-plantas-de-porto-alegre/#jp-carousel-2275>>. Acesso em set. 2017.

PLANTA da Cidade de Porto Alegre, 1888. Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Sul. Planta de Porto Alegre, 1888.

PRIMEIRO CONGRESSO BRAZILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA (RIO DE JANEIRO). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1888. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

REGISTRO DE ÓBITOS. Serventia Registral da 4ª Zona de Porto Alegre.

SEGUNDO CONGRESSO BRAZILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA: Medidas de saneamento para o Rio de Janeiro e outras cidades do Brasil (RIO DE JANEIRO). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1889. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

SINOPSE DO CENSO DEMOGRÁFICO 2010. *População nos Censos Demográficos, segundo os municípios das capitais - 1872/2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=6&uf=00]. Acesso em mar. 2015.

TERCEIRO CONGRESSO BRAZILEIRO DE MEDICINA E CIRURGIA (BAHIA). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional: 1890. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

THE CAUCASIAN RACE. *The Illustrated Magazine of Art* 3, no. 15 (1854): 157. Disponível em: [http://www.jstor.org/stable/20538246].

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

ASILO dos variolosos. Abril a outubro de 1879. Correspondência entre SCMPA e governo provincial sobre o andamento dos serviços no asilo dos variolosos. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

COMPROMISSO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1867. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

CRÔNICA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Documentação avulsa das Irmãs Franciscanas. CEDOP/SCMPA. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre. 1886-1892.

DOCUMENTOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Informação para atender à solicitação de 3 de dezembro de 1984, feita pelo governo do Rio Grande do Sul referente à doação de terras feita pelo governador Paulo José da Silva Gama à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1895). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

LIVRO DE ATAS DAS DELIBERAÇÕES DA ADMINISTRAÇÃO DO CEMITÉRIO (1850-1859). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVRO DE ATAS DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE Nº. 11, 1882 – 1900. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5, 1883 – 1893. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVROS ÓBITOS DE PESSOAS ESCRAVAS (1851-1885). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

LIVROS DE ÓBITOS DE PESSOAS LIVRES (1851-1900). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

MAPA DE ÓBITOS DE ESCRAVOS (1873-1884). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

PROJETO DE REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE (1889). Correspondência entre Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e governo provincial. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. Documentos que tratam sobre a formação da SCMPA. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

REGIMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE (1848). Impresso. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

REGULAMENTO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Aprovado pela lei provincial n. 1873 de 18 de junho de 1889. Porto Alegre, 1889. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

RELATÓRIO APRESENTADO PELA ADMINISTRAÇÃO DO CEMITÉRIO EXTRA-MUROS (1856). 1857. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

RELATÓRIO DA ADMINISTRAÇÃO DO CEMITÉRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE (01/11/1880 a 30/11/1881). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (1880 – 1884; 1888 – 1910). Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE (1870). 1871. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

RELATÓRIO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS (1861). Movimento do Cemitério da Santa Casa. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

TESES MÉDICAS

ABBOT, Fernando. *Do jaborandy, sua acção physiologia e therapeutica*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1878. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

ABREU, Laurinda Faria dos Santos. *A Santa Casa da Misericórdia de Setúbal de 1500-1755: aspectos de sociabilidade e poder*. Setúbal: Santa Casa da Misericórdia de Setúbal, 1990.

ABREU, Maurílio Tito Nabuco de. *Da histeria no homem*. Doutorado, Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1890. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

ABREU, Paulo Pompilio. *Da syphilis na mulher*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de medicina da Bahia, 1914. Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz: Castelo de Oswaldo Cruz, seção de obras raras. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

ALVES, Protásio Antonio. *Das strichnaceas e seus productos pharmaceuticos*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1882. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

ARAÚJO, Basílio Magno. *Modificacções anatomo-fisiologicas da prenhez*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1884. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

BAPTISTA, M. I. A demografia em Portugal: um percurso bibliográfico. *Análise Social*, XLIII (183), 2007. 539-579.

BRAUNE, Christiano Henrique. Sem título. Dissertação. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1885. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

BUENO, Cornélio Goulart Villela. *Nephrite Parenchymatosa*. Dissertação (cadeira de Pathologia Medica, Faculdade de Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. 1885. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

CALDAS, Philippe Pereira. *Do Ophthalmoscopio (em relação ao diagnostico das molestias cirurgicas)*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1865. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

CAMILLO, Alexandre Augusto d' Almeida. *O onanismo na mulher: sua influênciã sobre o physico e o moral*. Dissertação (cadeira de Clinica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1886. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

CARVALHO, João Correia de Souza. *Das formas clinicas da endometrite e seu tratamento*. Dissertação (cadeira de Clinica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1885. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

CRESPO, Julio Augusto Camacho. *Mecanismo do parto nas apresentações de face*. Tese (cadeira de Obstetrícia, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras.

CUVIER, George. «*Extraits d'observations faites sur le cadavre d'une femme connue à Paris et à Londres sous le nom de Vénus hotten-totte*», dans Mémoires du Muséum d'Histoire naturelle, 3, 1817.

FAYET, Jorge Frederico. *Inflamações das Trompas de Fallope e suas Terminações*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1883. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

FERREIRA, Justo Janse. *Do parto e suas consequencias na especie negra*. Tese (cadeira de Clinica Obstétrica e Gynecologica, Faculdade de Medicina). Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1887. Biblioteca das Ciências da Saúde da UFRJ, setor de obras raras.

FRAGOSO, João Baptista. *Da febre Typhoidéa*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de medicina da Bahia, 1886. Biblioteca de História das Ciências e da Saúde: COC. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

HECKER, José. Crítica e saneamento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

HECKER, Júlio. *Contribuição ao estudo das condições de salubridade de Porto Alegre*. Tese (Doutor em Medicina) Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1906. Biblioteca de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anos de 1886-1895) – UFRGS.

LIMA DUARTE, José Rodrigues. *Ensaio sobre a higiene da escravatura no Brasil*. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Typographia Universal de Laemmert, 1849.

LISBÔA, Carlos. *Das condições pathogenicas das palpitações do coração e dos meios de combatê-las*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1881. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

MASSON, Luiz Nicoláo. *Da alimentação nas primeiras idades* - Estudo crítico sobre os diferentes methodos de aleitamento. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1885. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

MENEZES, João Plínio de Castro. *Da dor*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1873. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

MORAES, José Ferreira de. *Funções dos vasos lymphaticos*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1881. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

PEDERNEIRAS, Manoel Velloso Paranhos. [Sem título/Roda dos expostos]. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1855.

PINTO, Pantaleão José. *Cholera – Morbus*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1872. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

SILVA, Affonso Pereira. *Ovariectomia*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1873. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

VIEIRA, José Cipriano Nunes. *Higiene da primeira infância*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1882. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

VILLANOVA, Rodrigo de Azambuja. *Tisica pulmonar*. Tese. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1869. Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul - IHGB-RS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A EXPERIÊNCIA dos africanos e seus descendentes no Brasil. *Grupo de Pesquisa CNPQ*. Disponível em: [<http://www.escravidaoeliberdade.com.br>].

ABREU, Laurinda Faria dos Santos. *A Santa Casa da Misericórdia de Setúbal de 1500-1755: aspectos de sociabilidade e poder*. Setúbal: Santa Casa da Misericórdia de Setúbal, 1990.

ALADRÉN, Gabriel. Alforria, paternalismo e etnicidade em Porto Alegre, 1800-1835. *Anos 90*, Porto Alegre, v. 15, n. 27, p. 125-160, jul. 2008.

ALENCASTRO, Luiz Felipe de (Org.). *História da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 2 v.

ALMALEH, PRISCILLA. *Ser Mulher: Cotidianos, Representações e Interseccionalidades da Mulher Popular (Porto Alegre 1889 – 1900)*. Dissertação (História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2018].

ALMEIDA, Maria Antônia Pires. As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.21, n.2, abr.0jun. 2014, p. 687-708.

ANDERTON, Douglas L.; LEONARD, Susan Hautaniemi. Grammars of death: an analysis of nineteenth-century literal causes of death from the age of miasmas to germ theory. In *Social Science History*, V. 28, n. 1, spring 2004, pp. 111-143.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. *Enquanto o mundo durar: João de Meira Carrilho e o legado instituído na Misericórdia de Braga (séculos XVII-XVIII)*. Braga: Santa Casa da Misericórdia de Braga, 2017.

_____. "Charity practices in the Portuguese brotherhoods of Misericórdias (16th-18th centuries)", in Laurinda Abreu (ed.) *European Health and Social Welfare Policies*. Blansko, Compostela Group of Universities, 2004. pp. 277-296.

_____. *Dar aos pobres e emprestar a Deus: as Misericórdias de Vila Viçosa e Ponte de Lima (séculos XVI-XVIII)*, Barcelos, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa; Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima, 2000.

ARAÚJO, Thiago Leitão de. Novos Dados sobre a Escravidão na Província de São Pedro. In *V Encontro Escravidão e Liberdade*, 5, 2011. Porto Alegre. Anais do V Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional.

ARMUS, Diego. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. In: Armus, Diego. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005. p.13-40.

ARPEN. SP. *O Registro Civil no Brasil*. Disponível em: [http://www.arpensp.org.br/index.cfm?pagina_id=177]. Acesso em 20 jun. 2016.

AVELLEIRA, João C. R.; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2006; 81(2):111-26.

BACELLAR, Carlos de Almeida Prado. *Viver e sobreviver em uma vila colonial: Sorocaba, séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Annablume/Fapesp. 2001.

BACELLAR, C. A. P.; SCOTT, A. S. V.; BASSANEZI, M. S. C. B. Quarenta anos de demografia histórica. *Revista Brasileira de Estudos da População*, São Paulo, v. 22, n.2, p. 339-350, 2005.

BANTON, Michael. *A ideia de raça*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BAPTISTA, M. I. A demografia em Portugal: um percurso bibliográfico. *Análise Social*, XLIII (183), 2007. 539-579.

BARBETTA, Pedro Alberto. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 5. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 340 p.

BARBOSA, Keith Valéria de Oliveira. *Doença e Cativo: Um Estudo Sobre Mortalidade e Sociabilidades Escravas no Rio de Janeiro, 1809-1831*. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação de Mestrado. UFRRJ.

BARRETO, M.R.N.; PIMENTA, T. S. A saúde dos escravos na Bahia oitocentista através do Hospital da Misericórdia. *Territórios e Fronteiras* (Online), v. 6, p. 75-90, 2013.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Entre brancos e mestiços: o cotidiano do Hospital São Cristóvão na Bahia oitocentista. In: MONTEIRO, Yara Nogueira (org.). *História da saúde: olhares e veredas*. Instituto de Saúde, 2010.

_____. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808 – 1851)*. 2005. 257 f. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, [2005].

BARROS, Pedro Motta de. Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. IV, n. 3 (nov. 1997- fev. 1998). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 1997-1998.

BASSANEZI, Maria Silvia Beozzo. Imigração e mortalidade na terra da Garoa. São Paulo, final do século XIX e primeiras décadas do século XX. XIX. *Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, ABEP, São Pedro/SP. 2014.

BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

BEEMER, Jeffrey K. Diagnostic Prescriptions: shifting Boundaries in nineteenth-century disease and cause-of-death classification. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 307-340.

BENCHIMOL, J. L. *Do Pasteur dos microbios ao Pasteur dos Mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1903)*, Niterói, Tese de doutoramento (Curso de Pós-Graduação em História) Universidade Federal Fluminense, 1996.

BENCHIMOL, Jaime L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.

BENJAMIN B. The Urban Background to Public Health changes in England and Wales 1900-50'. *Population Studies*, Vol. XVII No. 3. Mar. 1964 pp 225-248.

BILHÃO, Isabel. *Identidade e trabalho: uma história do operariado Porto-Alegrense (1898-1920)*. Londrina: EDUEL, 2008.

BLOG Dra. Glaci (Assuntos relacionados a história da Homeopatia e da Medicina em geral). *Pioneiros da homeopatia - Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho - Porto Alegre 1845-1923*. Disponível em [<http://glaciblog.blogspot.com>]. Acesso em nov. 2011.

BOEIRA, Luciana Fernandes. *Entre História e Literatura: a formação do Panteão Rio-Grandense e os primórdios da Escrita da História do Rio Grande do Sul no Século XIX*. 2009. 196 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2009]. P. 33.

BOHRER, Felipe. Breves considerações sobre os territórios negros urbanos de Porto Alegre na pós-abolição. *Illuminuras*, Porto Alegre, v.12, n. 29, p. 121-152, jul./dez. 2011.

BORGES, Dain. “Inchado, Feio, Preguiçoso e Inerte”: A degeneração no pensamento social brasileiro, 1880-1940. *Teoria e Pesquisa*. N.47, jul. - dez. 2005.

BOTELHO, Tarcísio R. Censos e construção nacional no Brasil Imperial. In. *Tempo Social* - Revista de sociologia da USP. São Paulo. Jun. 2005. vol.17 n.1. p. 321-341.

BOTELHO, Tarcísio R. *População e nação no Brasil do século XIX*. São Paulo. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1998.

BOURDIEU, Pierre. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

_____. O campo econômico. *Política & Sociedade*, 6: 15-58. 2005 (tradução de "Le champ économique". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 119: 48-66, 1997).

_____. A identidade e a representação. Elementos para uma reflexão crítica sobre a idéia de região [1978]. In: *O poder simbólico*. Lisboa: DIFEL, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. p. 107-132.

BOXER, Charles R. *O império marítimo português (1415-1825)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 54 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRIZOLA, Jaqueline Hasan. *A Terrível Moléstia: Vacina, epidemia, instituições e sujeitos: a história da varíola em Porto Alegre no século XIX (1846-1874)*. Porto Alegre. PPGH/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

BRIZOLA, Jaqueline Hasan. *Cativeiro e moléstia: a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o perfil de escravos enfermos no contexto do fim do tráfico negreiro no Brasil (1847-1853)*. 2010. 61f. Monografia (Licenciatura em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS.

BUCHALLA, Cássia Maria; WALDMAN, Eliseu Alves; LAURENTI, Ruy. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo. v. 6, n. 4, Dec. 2003 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400008&lng=en&nrm=isso]. Acesso em: 19 Jan. 2015.

BURKE, Peter. Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro. In BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

CABRAL, Oswaldo Rodrigues. *Medicina, médicos e charlatães do passado*. 1. ed. Florianópolis: [s.N.], 1942.

CAMARGO, Luís Soares de. *Viver e morrer em São Paulo*. A vida, as doenças e a morte na cidade do século XIX. 2007. 552 f. Tese (Doutorado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, [2007].

CARNEIRO, Maria Luiza Tucci. *O Anti-semitismo nas Américas: memória e história*. São Paulo: Edusp; Fapesp, 2007.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. *A difícil medicalização do mal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 1996.

CARVALHO, Diana Maul de. Doenças dos escravizados, doenças africanas? In: Encontro de Regional de História, 12, 2006. Rio de Janeiro. *Anais*.

_____. *Epidemiologia e história de doenças: limites e possibilidades: o caso do escorbuto e da peste de Atenas*. Tese (doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.1996.

CARRILHO, Maria José. Tábuas de mortalidade em Portugal. In *Estudos Demográficos*, n.º 36, Lisboa, INE, 2004. pp. 41-69.

CARVALHO, Diana Maul de. Doenças dos escravizados, doenças africanas? In: Encontro de Regional de História, 12, 2006. Rio de Janeiro. *Anais*. Disponível em: [http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Diana%20Maul%20de%20Carvalho.pdf]. Acesso em: 20 fev. 2011.

CARVALHO, D.M. *Epidemiologia e história de doenças - Limites e possibilidades: o caso do escorbuto e da peste de Atenas*. Tese (doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.1996.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, June 2003. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300005&lng=en&nrm=isso]. Acesso em: 19 Jan. 2015.

CARVALHO, José Alberto Magno de; RODRIGUES, Roberto do Nascimento; SAWYER, Diana Oya. *Introdução a alguns Conceitos Básicos e Medidas em Demografia*. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em <http://www.abep.org.br>. Acesso em 01 set. 2011.

CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial; Teatro de sombras: a política imperial*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. 459 p.

CASANOVA, Julián. *La historia social y los historiadores*. Barcelona: Crítica, 1997.

CHALHOUB, Sidney et al (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003.

_____. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

_____. *Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da Belle Époque*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CASTRO, Hebe. História Social. In. CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

CASSIANO, Helena Maria de Castro. *O par saúde-doença no cotidiano da cidade moderna: Goiânia e as práticas alternativas de cura (finais do século XX – Primórdios do século XXI)*. 2008. 179 f. Tese (Doutorado em História). Universidade de Brasília, [2008].

CAVALCANTE, Else dias de Araújo. *Sífilis em Cuiabá: saber médico, profilaxia e discurso moral (1870-1890)*. 2003. 169 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Mato Grosso, [2003].

CENTRO HISTÓRICO-CULTURAL DA SANTA CASA. *Africanos na Santa Casa de Porto Alegre: óbitos dos escravos sepultados no cemitério da Santa Casa (1850-1885)*. Porto Alegre: EST, 2007.

CHALHOUB, Sidney; PEREIRA, Leonardo Lima. *A história contada*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

CHAVES, Cleide de Lima. Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, (1870-1889). *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.20, N.2, abr-jun/2013. p.411-434.

_____. “Pesquisadores de uma verdade experimental ainda não comprovada”: a ciência médica na Convenção Sanitária Internacional de 1887 entre Brasil, Uruguai e Argentina.

Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 122-136, jul | dez 2008.

CIÊNCIA e Cultura. Agência de notícias em C & T. *Primeira médica saiu da Famed em 1887*. 4 maio 2013. Disponível em [http://www.cienciaecultura.ufba.br/agenciadenoticias/noticias/primeira-medica-saiu-da-instituicao-em-1887/]. Acesso em dez. 2016.

COELHO, F. Adolpho. *Diccionario Manual Etymologico da Lingua Portuguesa*, contendo a significacao e pronuncia, parte I, letras a- e, paginas 1- 645. Lisboa, Plantier Editor, 1890.

COELHO, Bruna Fernandes. Histórico da Medicina Legal no Brasil. *Prática Jurídica*, v. 107, p. 24-25, 2011.

CONSELHO Federal de Medicina. *Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo capitais – Brasil*, 2013. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23569:numero-de-medicos-nas-capitais-chega-a-ser-quatro-vezes-maior-que-no-interior-dos-estados&catid=3]. Acesso em mar. 2015.

CONSELHO Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. *Manual do Atestado de Óbito*. Porto Alegre. 1. Ed. 2010.

CONTRATO de locação do Beneficência Portuguesa será assinado na segunda-feira. GaúchaZH Porto Alegre. 5 julho 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2018/07/contrato-de-locacao-do-beneficencia-portuguesa-sera-assinado-na-segunda-feira-cjj8rw8do0mny01qozhdyw7jk.html>>. Acesso em 24 julho 2018.

CORADINI, O. L. Grandes famílias e “elite profissional” na Medicina no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, 1997a. v. 3, n.3, p. 425-466. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n3/v3n3a04.pdf>. Acesso em: 21.dez. 2009.

CORRÊA, M. *As ilusões da Liberdade: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Bragança Paulista: EDUSF, 1998.

COSTA, Emília Viotti da. *Da monarquia à república: momentos decisivos*. 7. ed. São Paulo: UNESP, 1998.

COSTA, Iraci del Nero da. *Populações mineiras: sobre a estrutura populacional de alguns núcleos mineiros no alvorecer do século XIX*. São Paulo, IPE-USP, 1981.

_____. *Vila Rica: população (1719-1826)*. Ensaios Econômicos, 1. São Paulo, IPE-USP, 1979. _____. *Populações mineiras: sobre a estrutura populacional de alguns núcleos mineiros no alvorecer do século XIX*. São Paulo, IPE-USP, 1981. 335 p.

_____. Análise da morbidade em Minas Gerais: (1799-1801). *Revista de História*. São Paulo, 1976, p. 241-262.

COSTA, Iraci del Nero da. Vila Rica: mortalidade e morbidade (1799-1801). In: BUESCU, M. & PELÁES, C. M. (coord.). *A moderna história econômica*. Rio de Janeiro, APEC, 1976.

CSORDAS, Thomas. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008. 463 p.
CUNNINGHAM, Andrew & WILLIAMS, P. (eds.). *The Laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 212-213.

CURTIN, Philip. *The Atlantic Slave Trade: A Census* (Madison, Milwaukee, and London, 1969). In CURTIN, Philip. "Epidemiology and the Slave Trade". *Political Science Quarterly*, LXXXIII (June 1968), 190-216.

CUVIER, George. «*Extraits d'observations faites sur le cadavre d'une femme connue à Paris et à Londres sous le nom de Vénus hottentotte*», dans *Mémoires du Muséum d'Histoire naturelle*, 3, 1817.

DAMASCO, Bárbara; SANGLARD, Gisele. *Filantropia e saúde nos hospitais da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (1909-1929)*. In: 1ª Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [\[http://www.coc.fiocruz.br/jornada/images/Anais_Eletronico/barbara_silva.pdf\]](http://www.coc.fiocruz.br/jornada/images/Anais_Eletronico/barbara_silva.pdf). Acesso em jan. 2012.

DAVID, Henrique. *As crises de mortalidade no concelho de Braga: 1700-1880*. Dissertação de doutoramento em História Moderna e Contemporânea. F.L.U.P. Porto: 1992.

_____. Alguns aspectos da mortalidade em finais do século XIX: as cidades do Porto e Lisboa. *Revista de História*, vol. 11 (1991), p. 193-220.

_____. A mortalidade no Porto em finais do século XIX. *Revista da Faculdade de Letras. História*, série II, vol. 09, 1992, pag. 269-294.

DAZILLE, Jean Barthelemy. *Observações sobre as enfermidades dos negros, suas causas, seus tratamentos, e os meios de as prevenir*. Trad. Antônio José Vieira de Carvalho. Lisboa: Tipografia Arco do Cego, 1801. s/p.

DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde No Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Disponível em: [\[http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br\]](http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br). Acesso em jan. 2013.

DR. NICANOR LETTI. História da Faculdade de Medicina da UFRGS: O Dr. João Adolpho Jossetti. Disponível em: [\[http://antoniovalsalva.blogspot.com.br\]](http://antoniovalsalva.blogspot.com.br). Acesso em set. 2011.

DR. NICANOR LETTI. História da Faculdade de Medicina da UFRGS: A primeira entidade médica do RGS. Disponível em: [\[http://antoniovalsalva.blogspot.com.br\]](http://antoniovalsalva.blogspot.com.br). Acesso em set. 2011.

DREHER, Sofia Cristina. *Sobre a dignidade humana no processo de morrer*. 2008. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2008].

DUPÂQUIER, Jacques. L'analyse statistique des crises de mortalité. In AAVV, *les grandes mortalités: étude méthodologique des crises démographiques du passé*. Liège: 1979. p.83-112.

EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX - um balanço historiográfico. In *Asclepio-Voh L-2-1998*. Disponível em [<http://asclepio.revistas.csic.es>], acesso em 01 de nov. 2011.

EDLER, Flávio Coelho. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

_____. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.2, pp. 357-385.

_____. *A constituição da Medicina Tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1999.

_____. A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais. In: HEIZER, Alda, VIDEIRA, Antônio Augusto Passos (orgs.). *Ciência, Civilização e Império nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Access Editora, 2001.

EDLER, Flávio Coelho. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. Tese de mestrado, FFLCH-USP, Departamento de Pós-graduação em História, São Paulo, 1992.

ENGEL, M. G. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Conceitos e definições. Estatísticas do século XX. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em [<http://www.ibge.gov.br/seculoxx/>]. Acesso em abr. de 2010.

ETCHEVERRIA, Marcelo. *Rua da Praia ou Rua da Morte? A pena de morte e a sua representação na Porto Alegre do século XIX (1818-1857)*. Dissertação de mestrado. UFRGS, 2000.

EUGÊNIO, Alisson. As doenças de escravos como problema médico em Minas Gerais no final do Século das Luzes. *Varia História*, Belo Horizonte, n.23, jul/ 2000. p.154-163.

FALCI, M. B. K. A mortalidade por causa e grupos sociais no Rio de Janeiro. *Revista do Mestrado em História da Uss*, Vassouras, 1998.

FAUSTINO, José Alfredo P. Faustino. *Crises de Mortalidade em Chaves entre 1760 e 1880*. COMPETE, CITCEM. 2008. Disponível em: [<http://www.ghp.ics.uminho.pt>]. Acesso em out. 2012.

FENTON, Steve. *Etnicidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

FERNANDES, Tania Maria. *Vacina Antivariolosa: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In. CHALHOUB, Sidney et al (org.). Artes e ofícios de curar no Brasil. Campinas: UNICAMP, 2003.

FERREIRA, Tania Maria Tavares Bessone da Cruz. *História e prosopografia*. X Encontro Regional de História – ANPUH-RJ. História e Biografias. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002.

FERTIG, André; ROUSTON, Eduardo Junior. A oposição federalista na assembleia dos representantes: análise de algumas lideranças políticas. *Revista Historiador*. Número 02. Ano 02. Dezembro de 2009. Disponível em: [<http://www.historialivre.com/revistahistoriador>].

FIGUEIRÓ, Raquel Braun. *O médico, a raça e o crime: a apropriação das teorias raciais pelo médico porto-alegrense, Sebastião Leão, no final do século XIX*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Niterói, 2014. 171p.

FIOL, Fernando de Sá Del et al. A febre maculosa no Brasil. *Revista Panam Salud Publica*, Jun 2010, vol.27, no.6, p.461-466.

FLORES, Moacyr. *Dicionário de história do Brasil*. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

FOUCAULT, Michel. *Historia da sexualidade*. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 3 v.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. Nascimento do hospital. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 99-111.

_____. O nascimento da medicina social. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 79-98.

FRANCO, Sérgio da Costa. *Porto Alegre. Guia Histórico*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

FRANCO, Sérgio da Costa; STIGGER, Ivo. *Santa Casa 200 anos: caridade e ciência*. Porto Alegre: Santa Casa Complexo Hospitalar, 2003. 195 p.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço. 2016.

FREDRICKSON, George. *Racism: a short history*. Princeton (NJ)/Oxford, Princeton University Press. 2002.

FRY, Peter H. et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Mar 2007, vol.23, n. 3, p.497-507.

GANS, Magda. *Presença Teuta em Porto Alegre*. Porto Alegre / Editora da Universidade - UFRGS / ANPUH - RS, 2004.

GRAHAM, Mooney. Diagnostic Spaces: workhouse, hospital, and home in Mid-Victorian London. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 357-390.

GILL, L. A. . *José Calero e Protásio Alves: dois médicos na perseguição de um mesmo objetivo: construção de um lugar adequado para o tratamento dos tuberculosos*. In: VIII Encontro Estadual de História, 2006, Caxias do Sul. VIII Encontro Estadual de História - História e Violência, 2006. p. 1-10.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOMES, Edgar da Silva. Nascimento, Educação, Matrimônio e Morte: Algumas das Questões em Disputa na Gênese Republicana Brasileira entre Estado e Igreja. *XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão*. ANPUH/SP-USP. São Paulo, 08 a 12 de setembro de 2008. Cd-Rom.

_____. *A Separação Estado - Igreja no Brasil (1890): uma análise da pastoral coletiva do episcopado brasileiro ao Marechal Deodoro da Fonseca*. Dissertação (Mestrado em Teologia Dogmática com concentração em História Eclesiástica). Centro Universitário Assunção Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção de São Paulo, 2006.

GOMES, L. Uma sociedade escravista? A escravidão na área rural de Porto Alegre na década de 1780. In: ANPUH-RS. *X Encontro Estadual de História (anais)*. Santa Maria: UFSM e UNIFRA, 2010b. p. 1 -16.

GOURDON, Vincent; ROLLET, Catherine. Les mort-nés à Paris au XIXe siècle : enjeux sociaux, juridiques et médicaux d'une catégorie statistique. *Population*, Vol. 64, No. 4 (2009/4), p. 687-722. Disponível em: [<http://www.jstor.org/stable/40608430>]. Acesso em: 19 Jan. 2015.

GOULD, Jay Stephen. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GOVERNO do Rio Grande do Sul. *Instituto Geral de Perícias: Departamento Médico-Legal*. Disponível em: [http://www.igp.rs.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=37]. Acesso em mar. 2015.

GRAHAM, Mooney. Diagnostic Spaces: workhouse, hospital, and home in Mid-Victorian London. *Social Science History*, V. 33, n. 3, fall 2009, pp. 357-390.

GUIMARÃES, M. R. C.: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 501-14, maio-ago. 2005.

HAINES, Michael R. Mortality in Nineteenth Century America: Estimates from New York and Pennsylvania Census Data, 1865 and 1900. *Demography*, Vol. 14, No. 3 (Aug., 1977), pp. 311-331. Disponível em: [<http://www.jstor.org/stable/2060789>]. Acesso em: 19 Jan. 2015.

HEREDIA, Isidro; FARIA, Tasso Vieira de. A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. In: FRANCO, Álvaro e RAMOS, Sinhorinha M. (Orgs.). *Panteão médico riograndense*.

Síntese cultural e histórica. Progresso e evolução da medicina no Rio Grande do Sul. São Paulo: Ramos, Franco Editores, 1943.

HAINES, Michael R. Socio-economic Differentials in Infant and Child Mortality during Mortality Decline: England and Wales, 1890-1911. *Population Studies*, Vol. 49, No. 2 (Jul., 1995), pp. 297-315. Disponível em: [<http://www.jstor.org/stable/2175158>]. Acesso em: 19 Jan. 2015.

HOCHMAN, Gilberto; TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tania Salgado (Orgs.). *História da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2018.

IGREJA de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. *FamilySearch*. Registros da Igreja Católica do Brasil e Rio Grande do Sul (1738-1952). Disponível em [<https://familysearch.org/>]. Acesso em jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2010.

KARASCH, Mary. *A Vida dos Escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo, Cia das Letras, 2000.

KERSTING, Eduardo. *Negros e a modernidade urbana em Porto Alegre: a colônia africana*. Dissertação de Mestrado (PPGHIS/UFRGS), 1998.

KESSLER-HARRIS, Alice. Social History. In *The new american history*. United States of America: Temple University. 1990.

KIPLE, Kenneth F. "A Survey of Recent Literature on the Biological Past of the Black," in Kiple, ed., *The African Exchange: Toward a Biological History of Black People* (Durham, N.C., and London, 1987), 7-34.

KIPLE, Kenneth; KING, Virginia. *Another dimension to the black diaspora: diet, disease, and racism*. Cambridge, Eng., and other cities, 1981.

KLEINMAN, A. *The Illness Narrative. Suffering, Healing & the Human Condition*. New York: Basic Books. 1988.

KODAMA, Kaori et al. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. v. 19, supl. dez. 2012.

_____. "Os debates pelo fim do tráfico do periódico O Philantropo (1849-1852) e a formação do povo: doenças, raça e escravidão", *Revista Brasileira de História*, n.56, dez/2008.

KRIEGER, N.; BASSET, M. The health of black folks. Disease, class and ideology in science. In: HARDING, S. (Ed.). *The racial economy of science: toward a democratic future*. Bloomington: Indiana University Press, 1993. p. 160-169.

- KROB, Bruna. *Com a condição de servir gratuitamente a mim ou a meus herdeiros: Alforrias, contratos e experiências de trabalho de libertos (Porto Alegre, 1884 - 1888)*. 2016. 263f. Dissertação (Mestrado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2016].
- KÜHN, Fábio. *Gente da Fronteira: família e poder no Continente do Rio Grande (Campos de Viamão, 1720-1800)*. 1ª. ed. São Leopoldo: Oikos, 2014. v. 1. 299 p.
- KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república*. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2002].
- LAGUARDIA, Josué. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. *Physis*. 2004 Jul; 14(2):197-234.
- _____. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. *Revista Estudos Feministas*. 2006 jan-Abr; 14 (1): 243-262.
- LAGUARDIA, Josué. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia?. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 371-393, Aug. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 04 jan. 2018.
- LAITANO, Genaro; LAITANO, Nicolau. *História do Associativismo Médico do RS*. Porto Alegre: CORAG, 2008.
- LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25 (6): 407–17, 1991.
- LEBRÃO, Maria Lúcia. *Estudos de morbidade*. São Paulo: Edusp, 1997.
- LAVEIST, Thomas. A. Why we should continue to study race... but do a better job: na essay on race, racism and health. *Ethnicity & Disease*, Atlanta, v. 6, n. 1-2, p. 21-29, Winter-Spring 1996.
- LIMA, Ivana Stolze. *Cores, marcas e falas: sentidos da mestiçagem no império do Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2003.
- LOBO, Manoel da Gama. Da ophthalmia braziliana. *Gazeta Médica de Lisboa*, Lisboa, 1865b. v.28, n.17, p.466-469.
- LONER, Beatriz Ana et al. Enfermidade e morte: os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 19, suplemento 1, 2012.
- LORBER, J. Believing is Seeing -Biology as Ideology. In:WEITZ,R. *The Politics of Women's Bodies* (ed), New York, Oxford, Oxford University Press, 2003.
- LORENZO, Ricardo de. *"E AQUI ENLOQUECEO" - a alienação mental na Porto Alegre escravista (c.1843-c.1872)*. 2007. 264 f. (Mestrado em História). Programa de pós-graduação em História, UFRGS. [2007].

LOURENÇO JÚNIOR, Adhemar. *As sociedades de socorros mútuos: estratégias privadas e públicas* (estudo centrado no Rio Grande do Sul – Brasil, 1854 – 1940). 2004. 574 f. (Mestrado em História). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. [2004].

LOURENÇO JÚNIOR, Adhemar; ELMIR, Cláudio Pereira; KÜHN, Fábio. *Três leituras na história do RS: anarquismo, coronelismo e atitudes religiosas*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em História, 1993. 71 p. (Cadernos de estudo; 8).

LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL, 1984. 198 p. (Coleção Corpo e alma do Brasil 63).

LUZ, M. T. (1982) *Medicina e ordem política brasileira: 1850-1930*, Rio de Janeiro, Graal.

STEPAN, N. (1976) *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a Política de investigação Científica e Médica*. Rio de Janeiro, Artenova.

MACEDO, José Rivair. Idolatria e canibalismo em relatos de missionários capuchinhos no Brasil e no Congo no século XVII. *História: Debates e Tendências*, v. 15, p. 214-229, 2015.

_____. História das sociedades africanas: temas, questões e perspectivas de estudo (apresentação). *Anos 90* (Online) (Porto Alegre), v. 21, p. 13-20, 2014.

_____. Jagas, Canibalismo e "Guerra Preta": os Mbangalas, entre o mito europeu e as realidades sociais da África Central do século XVII. *História*. São Paulo. v. 32, p. 53-78, 2013.

MACHADO, R., et alli. *Danação da Norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MACIEL, Maria Eunice. A eugenia no Brasil. In. *Anos 90: Revista do Programa de Pós-Graduação em História – UFRGS*. Porto Alegre. N. 11, jul. 1999.

MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Org.). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 316 p.

_____. Raça, Doença e Saúde Pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura. (Orgs.). *Raça como Questão: História, Ciência e Identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 51-83.

MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: Monteiro, S.; Sansone, L. (org.) *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2004.

MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. Qual “retrato do Brasil”? Raça, biologia, identidades e política na era da genômica. In: PINHO, Osmundo Araújo; SANSONE, Livio (organizadores). *Raça : novas perspectivas antropológicas*. 2 ed. rev. Salvador : Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008. 447 p.

MAIO, Marcos Chor, et. Al. Cor/raça no estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21 (1): 171-180, jan/fev, 2005.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Em tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 419-46, 2005.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Cor/raça, saúde e política no Brasil (1995-2006). In: SANSONE, Livio; PINHO, Osmundo Araújo. (Org.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 121-150.

MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Etnicidade, raça e saúde no Brasil: questões e desafios. In. MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA (Orgs). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p.

MAIO, Marcos Chor. Brazilian Physician Nina Rodrigues: Analysis of a Scientific Career. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 11 (2): 226-237, Apr/Jun, 1995.

MANFROI, Waldomiro. Médicos escritores: uma longa e contínua tradição. Wwlvros. Sem data. Disponível em: [<http://medicosescritores.com.br/>]. Acesso em out. 2011.

MAPA: Memória da Administração Pública Brasileira. Físico-mor/Fiscatura-mor do Reino, Estado e Domínios Ultramarinos. Dilma Cabral. Disponível em: [<http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2662>]. Acesso em jan. 2013.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A demografia histórica brasileira nesse final de milênio. *REBEP - Revista Brasileira de Estudos de População*. V. 14, n. 1/2 (1997).

_____. *A cidade de São Paulo, povoamento e população: 1750-1850*. São Paulo, Pioneira, 1974.

_____. *Demografia histórica: Orientações técnicas e metodológicas*. 1. ed. São Paulo: Pioneira, 1977.

MARCONDES, Renato Leite. Fontes censitárias brasileiras e posse de cativos na década de 1870. *Revista das Índias*, 2011, vol. LXXI, n. 251.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 288 p.

MARTINS, Bárbara Canedo Ruiz. O aleitamento mercenário: os saberes médicos e o mercado de trabalho das amas de leite (Rio de Janeiro, 1850-1884). In PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES, Flávio (Org.). *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

MATTOS, Hebe. *Das cores do silêncio: os significados da liberdade no sudeste escravista – Brasil século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1995.

MATTOS, Hebe. História Social. In. CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

MATTOS, Jane Rocha de. “*Que arraial que nada, aquilo lá é um areal*”. O Areal da Baronesa: Imaginário e História (1879-1921). Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado em História) - Curso de Pós-Graduação em História, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica/RS.

MATTOSO, Kátia; ATHAIDE, J. L. Epidemias e flutuações de preços na Bahia no século XIX. In: *L' Histoire quantitative du Brésil de 1800 a 1930*. Paris: CNRS, 1973.

MEDEIROS, João Gabriel Toledo. *A tuberculose em Porto Alegre, 1896 a 1924: um estudo de mortalidade*. Dissertação (Mestrado em História). São Leopoldo, UNISINOS, 2015.

MEIRELLES, Pedro von Mengden. *Um terreno cheio de asperezas: O cemitério da Matriz de Porto Alegre no cotidiano da cidade (1772-1888)*. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. 243p.

MEIRELLES et al. Teses Doutorais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. *Gazeta Médica da Bahia*. Volume 74. Número 1 Janeiro/Junho 2004. Disponível em [<http://www.gmbahia.ufba.br>]. Acesso em nov. de 2011.

MELLO, Pedro Carvalho de. Estimativa da longevidade dos escravos no Brasil da segunda metade do século XIX. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 13, 1983.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 273.

MONSMA, Karl. Como pensar o racismo: o paradigma colonial e a abordagem da sociologia histórica. *Revista de Ciências Sociais*. Fortaleza, v. 48, n. 2, p. 53-82, jul./dez., 2017.

_____. *A reprodução do racismo: fazendeiros, negros e imigrantes no oeste paulista, 1880-1914*. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

_____. *Racialização, racismo e mudança: um ensaio teórico, com exemplos do Pós-abolição paulista*. XXVII Simpósio Nacional de História. Natal, RN. Jul. 2013.

MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio. Desigualdades raciais e saúde: questões sobre o processo de racialização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 656, Apr. 2005.

MONTEIRO, Yara Nogueira (org.). *História da saúde: olhares e veredas*. Instituto de Saúde, 2010.

MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. “Portanto, os senhores exigindo dos escravos mais do que podem, cometem homicídio”: vida e morte de indivíduos cativos nos oitocentos através dos registros de óbito (Porto Alegre/RS). *Espaço Plural*, nº 22, 2010.

_____. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009.

MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Recordação da Casa dos Mortos: Introdução ao relatório do Dr. Sebastião Leão. In: *1º Seminário de pesquisa do AHRs*, 2001, Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, 2001. 01 CD.

_____. *Faces da liberdade máscaras do cativo*: Experiências de liberdade e escravidão, percebidas através das Cartas de Alforria – Porto Alegre (1858 – 1888). Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

MOURA FILHO, Heitor Pinto de. Tratamento historiográfico de registros de óbitos. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul (orgs). *Uma História brasileira das doenças*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Mauad X, 2010.

MOURA FILHO, Heitor Pinto de. Uma tipologia de tábuas de mortalidade. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_2/abep2010_2406.pdf].

MUSTAKEEM, Sowande'. "I Never Have Such A Sickly Ship Before": Diet, Disease, and Mortality In 18th – Century. Atlantic Slaving Voyages". *Journal of African American History*, 93 (Fall 2008): 474-496.

_____. *Slavery at Sea: Terror, Sex, and Sickness in the Middle Passage* (Forthcoming, University of Illinois Press, 2016).

NADALIN, Sérgio Odilon. *A demografia numa perspectiva histórica*. Belo Horizonte, 1994. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Unicamp. Disponível em [<http://www.abep.org.br>] Acesso em 01 set. 2011.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVA, Matheus Alves Duarte da. "Não é meu intuito estabelecer polêmica": a chegada da peste ao Brasil, análise de uma controvérsia, 1899. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, supl., nov. 2013, p.1271-1285.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo; SANTA, Marcos Roma. O método comparativo em história das doenças. In: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M.; MARQUES, R. (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.

NASCIMENTO, Dilene; CARVALHO, Diana Maul (orgs). *Uma História brasileira das doenças*. Vol. 1. Brasília: Paralelo 15, 2004.

_____. *Uma História brasileira das doenças*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.

_____. *Uma História brasileira das doenças*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Mauad X, 2010.

NASCIMENTO, Mara Regina do. *Irmandades Leigas em Porto Alegre. Práticas funerárias e experiência urbana. Séculos XVIII-XIX*. Tese de doutorado em História, UFRGS, 2006.

_____. Irmandades Religiosas na cidade: entre a ruptura e a continuidade na transferência cemiterial em Porto Alegre, no século XIX. *Estudos Ibero-Americanos*. PUCRS, v. XXX, n. 1, jun. 2004, p. 88-91.

NETO, Mercedes et al. Cuidados prestados ao recém-nascido: higiene e roupa, no século XIX. *Revista de Enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, 21(2), abr/jun 2013, p. 192-6.

LETTI, Dr. Nicanor. História da Faculdade de Medicina da UFRGS: *A primeira entidade médica do RGS*. Disponível em: [<http://antoniovalsalva.blogspot.com.br>]. Acesso em set. 2011.

NEVES, Francisco das. *Silveira Martins x Júlio de Castilhos: A Personalização do Conflito Federalista: um estudo de caso*. BIBLOS, Rio Grande, 9: 35-44, 1997.

NEVES, M. Fatima. Mortalidade e morbidade entre os escravos brasileiros no século XIX. *Anais do IX Encontro de estudos populacionais*. ABEP, Caxambu, 1994.

NOAL FILHO, Valter Antonio; FRANCO, Sérgio da Costa. *Os viajantes olham Porto Alegre: 1754-1890*. Santa Maria: Anatterra, 2004. 238 p.

NPHEd. Núcleo de Pesquisa em História Econômica e Demográfica. Disponível em: [<http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/>].

OLIVEIRA, Clóvis Silveira De. *Porto Alegre: a cidade e sua formação*. Porto Alegre: Norma, 1985. 242 p.

OLIVEIRA, Daniel. *Morte e vida feminina: mulheres pobres, condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1900)*. 2012. 293f. Dissertação (Mestrado em História) – IFCH, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2012].

OLIVEIRA, Daniel. Entre prazeres e doenças: enfermos venéreos na sociedade porto-alegrense de fins do século XIX. In: *AEDOS - Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*. , v.3, p.47 - 71, 2010.

_____. *Porto dos degenerados – Os enfermos acometidos por doenças venéreas internados nos hospitais Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa de Porto Alegre entre os anos de 1881 e 1892*. 2009. 160f. Monografia (Graduação em História) – Área de Ciências Humanas, UNISINOS, [2009].

OSÓRIO, Helen. *Estrutura Agrária e Ocupacional*. In: Camargo, F., I. Gutfreind, et al. Colônia. Passo Fundo: Editora Méritos, v.1. 2006.

PAIVA, José Pedro (coord. científico), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, vol. I, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa; União das Misericórdias Portuguesas, 2002.

PEARL, Julyan G. *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Nova York: Columbia University Press, 1990.

PEARL, Julyan G. *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Nova York: Columbia University Press, 1990.

PEDRO, Joana Maria. Mulheres do Sul. In *História das mulheres no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

PERROT, Michelle. *Os excluídos da história: Operários, mulheres e prisioneiros*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 332 p.

PERESTRELLO, Danilo. *Sífilis*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1943.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Visões do cárcere*. Porto Alegre: Jeweb Editora Digital, 2003.

_____. *Uma outra cidade: o mundo dos excluídos no final do século XIX*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.

_____. *Os pobres da cidade*. Porto Alegre: UFRGS, 1994.

_____. Lugares malditos: a cidade do “outro” no Sul brasileiro (Porto Alegre, passagem do século XIX ao século XX). *Revista Brasileira de História*. São Paulo, vol. 19, n.37, set. 1999.

_____. *A emergência dos subalternos. Trabalho livre e ordem burguesa*. Porto Alegre: UFRGS/FAPERGS, 1989.

PETERSEN, Silvia e LOVATO, Bárbara. Ciência moderna e conhecimento histórico. In: *Introdução ao estudo da História: temas e textos*. Porto Alegre: Edição das autoras/Gráfica das UFRGS, 2013. P. 249-250.

PHELPS, Edward Bunnell. A Statistical Study of Infant Mortality. *Publications of the American Statistical Association*, Vol. 11, No. 83 (Sep., 1908), pp.233-272. Disponível em: [<http://www.jstor.org/stable/41134581>]. Acesso em: 02 Jan. 2015.

PHILLIPS, Ulrich Bonnell. "The Slave Labor Problem in the Charleston District," *Political Science Quarterly*, XXIII (September 1907), 416-39.

PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES, Flávio (Org.). *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

PIMENTA, Tânia Salgado; Barbosa, K.V.de O.; Kodama, K. A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia. *Dimensões: Revista de História da UFES*, v. 34, p. 145-183, 2015.

PIMENTA, Tânia Salgado. Ensino médico e antigas práticas: sangrar e partejar no Rio de Janeiro da primeira metade do século XIX. *Cadernos Saúde Coletiva* (UFRJ), Rio de Janeiro, v. xiii, n.2, p. 527-544, 2005.

_____. Um guia da vida dos escravos no Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX (resenha de obra). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. VIII, n.2, p. 459-463, 2001.

PIMENTEL, Waldemiro. A verificação de óbito e a nosologia humana no 2º Reinado. In: *Anais do Congresso de História do Segundo Reinado, Comissão de História Científica, 1º vol, Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, Brasília/Rio de Janeiro, 1984. p. 397-409.

PINHO, Osmundo Araújo; SANSONE, Livio (organizadores). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2. ed. rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008. 447 p.

PINTO, Luís Maria da Silva. *Dicionário da Língua Brasileira*, Ouro Preto. Tipografia de Silva, 1832. Verbetes: desgraçadamente; desgraçado.

PIZA, Edith. Porta de vidro: entrada para branquitude. In: CARONE, Iray e BENTO, Maria Aparecida da Silva (org.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

PORTER, Roy. História do corpo. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992. p. 291-326.

PORTO, Ângela. Fontes documentais do arquivo da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro para a história do tratamento de escravos na segunda metade do século XIX. *Anais do 3º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional*. UFSC, 2007. Disponível em <http://www.labhstc.ufsc.br/programa2007.htm>

_____. (org.). *Doenças e escravidão: sistema de saúde e práticas terapêuticas*. CD-ROM, Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2007.

PORTO ALEGRE, Achylles. *Homens Ilustres do Rio Grande do Sul*. Livraria Selbach, Porto Alegre, 1926.

PORTO ALEGRE, Augusto. *A fundação de Porto Alegre*. Porto Alegre: Tipografia da Livraria do Globo, 1906.

POUILLET. *Thésée. L'onanisme nella donna*. Paris: Capaccini, 1907.

PRADO JR, Caio. História quantitativa e método da historiografia. São Paulo, *Debate e Crítica* (6), jul. 1975.

PRIORI, Mary Del. História do cotidiano e da vida privada. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teologia e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 259-274.

QUETELET. M. A. On the Calculation of Tables of Mortality. *The Assurance Magazine, and Journal of the Institute of Actuaries*, Vol. 4, No. 1(1854), pp. 27-30. Disponível em: [\[http://www.jstor.org/stable/41134581\]](http://www.jstor.org/stable/41134581). Acesso em: 19 Jan. 2015.

QUEVEDO, Éverton Reis. *"Uma mão protetora que os desvie do abismo": Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre e seu hospital (1854-1904)*. Oikos Editora, 2016.

QUEVEDO, Éverton Reis; REICHARDT, João Carlos (Orgs.). *Beneficência Portuguesa: a primeira Sociedade de Socorros Mútuos do Rio Grande do Sul*. 1 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RAMOS, Gislaïne Borba. *É a causa dos oprimidos a que abraçamos*”: considerações sobre escravidão e liberdade nas páginas do jornal A Reforma (Porto Alegre/1870-1888). Porto Alegre, RS. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014.

_____. *Anda que ninguém te valerá: violência contra escravos nas páginas do jornal A Reforma* (Porto Alegre, 1870-1888). Porto Alegre, RS. Memória de Bacharelado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010. 55 p.

RANGEL, Vanessa Maia. *Negociações ritualizadas: saber médico X dor e sofrimento das parturientes*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

READ, Ian. A triumphant decline? Tetanus among slaves and freeborn in Brazil. *Hist. cienc. Saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 107-132, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500007&lng=en&nrm=iso>. Access on 10 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702012000500007>.

READERS, Georges. *O conde de gobineau no Brasil: documentação inédita*. São Paulo: Secretaria Da Cultura, Ciência E Tecnologia, 1976.

REBELO, Fernanda. Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-set. 2013, p.765-796.

REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In ALENCASTRO, Luiz Felipe de (Org.). *HISTÓRIA da vida privada no Brasil – Império: a corte e a modernidade nacional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 2 v. 95- 141.

REIS, João José. *A morte e uma festa: Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. 357 p.

REIS, Thiago de Souza. *Morte e escravidão: padrões de morte da população escrava de Vassouras, 1865-1888*. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em História). Centro de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro [2009].

REISSMANN, C.K. Women and Medicalization. In: WEITZ, R. *The Politics of Women's Bodies* (ed), New York, Oxford, Oxford University Press, 2003.

RODRIGUES, Cláudia. Sepulturas e sepultamentos de protestantes como uma questão de cidadania na crise do Império (1869-1889). *Revista de História Regional*. Verão, p. 23-38, 2008.

_____. *Aspectos teóricos e metodológicos para uma análise da secularização das atitudes diante da morte no Rio de Janeiro oitocentista*. (Tese de doutorado em História Social). UFF-RJ, 2006.

_____. *Lugares dos mortos na cidade dos vivos: tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997.

RODRIGUES, Larissa et al. Desimportância da raça/cor e responsabilidade médico-legal no preenchimento da declaração de óbito. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.35, n.4, p.884-897 out./dez. 2011.

RODRIGUES, Nina. *As colectividades anormaes*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939. V.19.

RODRIGUES, Renata Conceição Lopes. *Mãe de família*: discurso profilático contra a sífilis, Rio de Janeiro, 1878 – 1889. 2004. 98 f. Dissertação (sem dados) – Endemias, Ambiente e Sociedade, Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, [2004].

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX, *Revista Horizontes Antropológicos*, n. 17, jun. de 2002. p. 101-125.

ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S201-S212, 2003.

ROSA, Bruno Chepp. *Redefinindo um conceito*: a sífilis sob o olhar do médico oitocentista e sob a pele do povo da capital da província de São Pedro do Rio Grande do Sul (1843-1853). 2016. 95f. Monografia (Graduação em História - Licenciatura) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ROSA, Marcus Vinicius de Freitas. Além da invisibilidade: história social do racismo em Porto Alegre durante o pós-abolição (1884-1918). Tese de Doutorado. Campinas, UNICAMP, 2014.

_____. Colônia Africana, arrabalde proletário: o cotidiano de negros e brancos, brasileiros e imigrantes num bairro de Porto Alegre durante as primeiras décadas do século XX. *Anais do 5º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional*. UFRGS, 2011. Disponível em: [<http://www.escravidaoeliberdade.com.br>].

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*: ensaios sobre a história da assistência médica. Tradução de Ângela Loureiro. Rio de Janeiro: edições Graal, 1979.

ROSENBERG, Charles. Framing disease: Illness, society and history. In: *Explaining epidemics and others studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

ROUSTON, Eduardo Junior. “NÃO SÓ DO PÃO DO CORPO PRECISA E VIVE O HOMEM, MAS TAMBÉM DO PÃO DO ESPÍRITO”: a atuação federalista na Assembleia dos Representantes (1913-1924). 2012. 339 f. Dissertação (Mestrado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, [2012].

RUDNICKI, Dani. DST / SIDA e Exclusão: os direitos humanos e a garantia de saúde. In: PIRES, Cecília P. et al. *Direitos humanos: Pobreza e Exclusão*. São Leopoldo: ADUNISINOS, 2000. p.109-122.

RÜCKERT, Fabiano Quadros. O problema das águas poluídas na cidade de Porto Alegre (1853-1928). *Diálogos* (Maringá. Online), v. 17, n.3, p. 1145-1172, set.-dez./2013. P. 1154-1155.

RUSSEL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia : 1550-1755*. Brasília: Universidade de Brasília, 1981. 383 p.

SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*. São Paulo. N. Ser. V.15, n.2, p.257-289, jul. - dez. 2007.

_____. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboços*. Santa Catarina, UFSC. v. 16, n. 22, 2009.

SANTOS, Lycurgo Filho. *História da medicina no Brasil (do século XVI ao século XIX)*. São Paulo: Brasiliense, 1947. v.1.

_____. *História da medicina no Brasil (do século XVI ao século XIX)*. São Paulo: Brasiliense, 1947. v.2.

_____. *História da medicina no Brasil (do século XVI ao século XIX)*. São Paulo: Brasiliense, 1947. v.3.

SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar. 1987), pp. 6-41.

SCHIEBINGER, L. Skeletons in the closet: The illustrations of the female skeleton in Eighteenth-Century anatomy, In: GALLAGHER, C. e LAQUEUR, T. (ed) *The Making of the Modern Body*. Berkeley, L.A, London, University of California Press, 1987.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira*. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

_____. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARTSMANN, Leonor Carolina Baptista. *Entre a mobilidade e as inovações: a presença de médicos italianos no Rio Grande do Sul (1892-1938)*. 2013. 3 f. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SCOTT, Ana Silvia Volpi. SCOTT, Dario. Análise Quantitativa de Fontes Paroquiais e Indicadores Sociais Através de Dados Coletados Para Sociedades de Antigo Regime. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, Londrina, [v. 18, n. 1 \(2013\)](#).

SCOTT, Ana Silvia Volpi. Uma proposta para o tratamento de fontes nominativas para o estudo da família: o exemplo dos registros paroquiais. In: XXIV Simpósio Nacional de História. História e Multidisciplinaridade, 2007, São Leopoldo. *Anais do XXIV Simpósio Nacional de História. História e Multidisciplinaridade*. São Leopoldo: ANPUH/ UNISINOS, 2007.

SECRETARIA da Saúde. Estado do Rio Grande do Sul. *Pergaminho Nominata Diretores do Hospício/Hospital São Pedro*. Disponível em: [<http://www1.saude.rs.gov.br/>]. Acesso em out. 2011.

SERRES, Juliane Conceição Primon. *Nós não caminhamos sós: O Hospital Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950)*. 2004. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2004].

_____. *Memórias do Isolamento: trajetórias marcadas pela experiência de vida no Hospital Colônia Itapuã*. 2009. Tese (Doutorado em História) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2009].

SERRES, Juliane; QUEVEDO, Éverton Reis; REICHARDT, João Carlos (Orgs.). *Beneficência Portuguesa: a primeira Sociedade de Socorros Mútuos do Rio Grande do Sul*. 1 ed. Porto Alegre : EDIPUCRS, 2010.

SETTON Maria da Graça Jacintho, A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação [online]*, 2002.

SEVCENKO, Nicolau (Org.). *HISTÓRIA da vida privada no Brasil – República: da Belle Époque à Era do Rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 3 v.

SILVA JR., Adhemar Lourenço da. *As sociedades de socorros mútuos: estratégias privadas e públicas (estudo centrado no Rio Grande do Sul – Brasil, 1854-1940)*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004. (Tese de Doutorado em História).

SILVEIRA, Eder. *A Cura da Raça: Eugenia e Higienismo no discurso médico Sul-Rio-Grandense nas primeiras décadas do século XX*. Passo Fundo: Editora Universitária de Passo Fundo; 2005.

SINGER, Paul. *Desenvolvimento econômico e evolução urbana*. 2 ed. São Paulo: Nacional, 1977.

SKIDMORE, Thomas E. *O Brasil visto de fora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. *Preto no Branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Paz e Terra, 1976.

SLENES, Robert. *The demography and economics of Brazilian slavery: 1850-1888*. Tese de Ph.D., Stanford University, 1976.

SLENES, Robert. “O que Rui Barbosa não queimou: novas fontes para o estudo da escravidão no século XIX”. *Estudos Econômicos*, v. 13, n. 1, jan./abr. 1983.

SOUZA, Jorge Prata. A presença da cólera, da diarreia e as condições sanitárias durante a Guerra contra o Paraguai: registros médicos e memórias. In NASCIMENTO, Dilene; CARVALHO, Rita; Diana Maul (orgs). *Uma História brasileira das doenças*. Vol. 2. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.

SOUZA, Rafael Pereira de. *Direitos civis de estrangeiros no Brasil do Segundo Reinado. Usos do Passado* — XII Encontro Regional de História ANPUH-RJ. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em [<http://www.rj.anpuh.org>]. Acesso em 01 jan. 2012.

SOUZA, Vanderlei S. Em nome da raça: a propaganda eugênica e as idéias de Renato Kehl nos anos de 1910 e 1920. *Revista de História Regional*. 11(2): 29 – 70, 2006.

SPALDING, Walter. *Pequena História de Porto Alegre*. Porto Alegre: Livraria Sulina, 1967.

_____. *Datas Rio-Grandenses*. Porto Alegre: Secretaria de Educação e Cultura, 1962.

STAMPP, Kenneth M. *The Peculiar Institution: Slavery in the Ante-Bellum South* (New York, 1956), 296.

STEDMAN, Thomas L. *Stedman Dicionário Médico*. Tradução de Cláudia L. C. Araújo et. al. Supervisão de J. Israel Lemos. 25.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

STEPAN, Nancy. L. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

_____. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a Política de investigação Científica e Médica*. Rio de Janeiro, Artenova. 1976.

TÁBUA DE VIDA: metodologia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em [<http://www.ibge.gov.br/>]. Acesso em abr. de 2011. MARCILIO, Maria. Luiza. *Demografia histórica*. São Paulo: Novos Ubrais. 1977.

TAVARES, Mauro Dillmann. *Irmandades, Igreja e Devoção no sul do Império do Brasil*. São Leopoldo: Oikos, 2008.

_____. *Irmandades religiosas, devoção e ultramontanismo em Porto Alegre no bispado de Dom Sebastião Dias Laranjeiras (1861-1888)*. 2007. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, [2007].

TEIXEIRA, L. A. Da raça à doença em Casa-grande e senzala. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, IV(2): 231- 243, jul. - out. 1997.

TELAROLLI, Rodolpho Junior. *Poder e saúde: a República, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo*. 1993. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Departamento de medicina preventiva da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Campinas. [1993].

THE ILLUSTRATED MAGAZINE OF ART. "The Caucasian Race.". N. 15 (1854): 157. Disponível em: [<http://www.jstor.org/stable/20538246>].

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, Fev. 2006.

THOMPSON, E. P. *Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

THOMPSON, E. P. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Orgs.). Campinas: Unicamp, 2001.

_____. A história vista de baixo. In THOMPSON, E. P. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Orgs.). Campinas: Unicamp, 2001.

THOMPSON, E. P. Folclore, Antropologia e História Social. In THOMPSON, E. P. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Orgs.). Campinas: Unicamp, 2001. p. 227-267.

_____. Algumas observações sobre classe e “falsa consciência”. In THOMPSON, E. P. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. NEGRO, Antônio Luigi; SILVA, Sérgio (Orgs.). Campinas: Unicamp, 2001.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. *Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva: a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c. 1847 – c. 1891*. 2014. 242 f. Tese (Doutorado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em História. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, [2014].

TOROK, Michelle. *Epidemic curves ahead*. Focus on Field Epidemiology, Chapel Hill, v.1, n5. 2004. Disponível em: [<http://cphp.sph.unc.edu/focus/vol1/issue5/index.htm>]. Acesso em: 21 jun. 2012.

VARELLA, Drauzio. *Hipertensão*. UOL. 2011 (revisado em 2018). Disponível em: [<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/hipertensao-2/>]. Acesso em mar. 2018.

VARGAS, Anderson Z. et al. *Porto Alegre na virada do século 19 – Cultura e Sociedade*. Porto Alegre/ Canoas/ São Leopoldo: Ed. Universidade/UFRGS / Ed. ULBRA / Ed. UNISINOS, 1994.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Tributo a Manoel da Gama Lobo (1835-1883), pioneiro na epidemiologia da deficiência de vitamina A no Brasil. *História, Ciências e Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1341-1356, Dec. 2007.

VIANA, Iamara da Silva. *Morte escrava e relações de poder em Vassouras (1840-1880): hierarquias raciais, sociais e simbolismos*. 2009. 167 f. Dissertação (Mestrado em História Social) - Faculdade de Formação de Professores de São Gonçalo UERJ, [2009].

XAVIER, Regina Célia Lima. *As enfermidades de africanos e escravos: a perspectiva de Oliveira Mendes e Lima Duarte*. (em preparação). Porto Alegre, 2017.

_____. *Raça e saúde: os escravos nos discursos médicos, Brasil, século XIX*. In 7º Encontro Escravidão e Liberdade. Curitiba, 2015.

_____. Biografia e História: o que Mestre Tito pode nos ensinar sobre o passado? *História Social* (UNICAMP). v. 24, p. 75-98-98, 2013.

XAVIER, Regina Célia Lima. Resenha Além da escravidão investigações sobre raça, trabalho e cidadania em sociedades pós-emancipação. *Cadernos Arquivo Edgard Leuenroth* (UNICAMP). v. 14, p. 385-293, 2009.

_____. Uma história que se conta: o papel dos africanos e seus descendentes na formação do Rio Grande do Sul. *História Unisinos*. v. 10, p. 11-35, 2006.

XAVIER, Regina Célia Lima. Tratos e contratos de trabalho: debate em torno de sua normatização no século XIX. In. *História em Revista*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Nº. 10, dez. 2004. p. 201-210.

WADI, Yonissa Marmitt. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

_____. *Palácio para guardar doídos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

WARREN, Christian. Northern Chills, Southern Fevers: Race-Specific Mortality in American Cities, 1730-1900. *The Journal of Southern History*, Vol. 63, No. 1 (Feb. 1997), pp. 23-56.

WEBER, Beatriz Teixeira. *Caridade e Assistência Social: instituições leigas de assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920*. Disponível em: [\[http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/1/s9a3.pdf\]](http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/1/s9a3.pdf). Acesso em: jul. 2010.

_____. Positivismo e ciência médica no Rio Grande do Sul: a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. 1999, vol.5, n.3, pp. 583-601.

_____. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.

_____. *Códigos de posturas e regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em História da UFRGS, 1992.

WIKITREE. Ernst Richard Heinzelmann's doctor title in Brazil. Disponível em: [\[https://www.wikitree.com/photo/jpg/Heinzelmann-34\]](https://www.wikitree.com/photo/jpg/Heinzelmann-34). Acesso em nov. 2015.

WISSENBACH, Cristina Cortez. Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. In SEVCENKO, Nicolau (Org.). *HISTÓRIA da vida privada no Brasil – República: da Belle Époque à Era do Rádio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997-2002. 3 v. p. 49 – 130.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofrendores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007].

WHITE, K. L. et al. The ecology of medical care. *New England J. Méd.* 265: p. 885-892, 1961.

WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia: 1550-1755*. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

WOOD, Peter H. *Black Majority: Negroes in Colonial South Carolina from 1670 through the Stono Rebellion* (New York, 1974), XVIII.

ANEXO – AUTO DE AUTÓPSIA DE PAULO MASSA⁷²⁷

[...] que foi lhes presente o cadáver de um indivíduo de cor branca, do sexo masculino, de dez a doze anos de idade, mais ou menos, já em estado de rigidez cadavérica. A cor geral da pele era extremamente pálida; na face posterior do tronco havia largas manchas lividas [sic] cadavéricas. Nada de anormal notava-se na cabeça, face e respectivas cavidades; apenas das narinas saía um líquido sero-espumoso, claro. O torax oferecia uma notável diferença de volume entre o lado direito e o esquerdo; aquele apresentava-se mais saliente como que globuloso, tendo uma verdadeira bassa [sic] na parte superior de sua face anterior; o esquerdo oferecia uma conformação normal. A circunferência do tórax medida em uma linha horizontal passando pela base do apendice seryphoide [sic] dava para metade direita trezentos e quarenta e cinco milímetros, e para o esquerdo trezentos e trinta milímetros. No lado direito da face posterior do tórax, ao nível do sétimo espaço mitercostal, à distância horizontal de dez centímetros das apophyses [sic] das vértebras dorsais, verificamos a existência de uma solução de continuidade mínima, punctiforme [sic], impossivel de sondar-se em razão de sua exiguidade; A exceção de uma leve coloração do ventre indicando começo de putrefação, nenhuma outra circunstância digna de nota existia no resto da superfície do corpo. Autópsia. [sublinhada pelo escrivão] Aberta a cavidade torácica pela oblação [sic] do plastran [sic] externo-costal, notamos em primeiro lugar que este oferecia certa resistência a destacar-se, em virtude de notável aderência que existia da parede com os órgãos internos, aderência que necessita do emprego do scalpello [sic] para ser destruída. Destacando o plastron [sic] verificamos nele a existência de uma depressão larga e regular, na parte superior da face interna, correspondendo à saliência de que falamos anteriormente, verificada no hábito externo. Na cavidade torácica era digna de nota a existência de um largo tumor ocupando muito mais da metade direita desta cavidade, desviando para esquerda o mediastino [sic], o coração e o pulmão esquerdo, aos quais achavam-se fortemente recalcados para esquerda, para baixo e para trás. O pericárdio apresentava sua face anterior coberta de tecido adriposo [sic] infiltrado; aberto o sacco [sic], encontramos ciquenta centímetros cúbicos, pouco mais ou menos, de um líquido citrino [sic] claro. O coração, um pouco dilatado, apresentava nos seus vasos próprios [sic] engorgitados; no seu interior havia notável quantidade de sangue escuro, porém nenhum coágulo, negro ou fibroso. As válvulas, bem como os grossos vasos estavam normais. A face interna do pericárdio pareital [sic] nada apresentava de insólito. O pulmão esquerdo, apesar de comprimido e recalcado, como já fizemos ver, ao ser retirado do tórax apresentou-se aumentado de volume, turgido, com as suas bordas arredondadas e oferecendo em sua face convexa depressões lineares e saliências correspondentes às costelas e espaços mitercostaes [sic]. Apresentava este órgão uma cor hortência, levemente marmorea, salpicada aqui e acolá de ilhotas de anthracosis [sic]. Tinha uma consistência firme e elástica, resistindo melhor do que habitualmente à pressão; entretanto esta determinava claramente crepitação [sic], deixando nas pontas comprimidas sinal de dedo. Colocado em água, sobrenadava fracamente, não inteiro, como depois de dividido por partes. As secções desse pulmão davam lugar a saída de espuma ora clara, ora levemente sanguinolenta, e em um ou outro ponto notavam-se flocos de hyperomia [sic]. A pleura esquerda estava normal. Procurando retirar o tumor que ocupava o resto da cavidade torácica, verificamos que existia grande aderência deste com a pleura parietal direita, pelo que resolvemos destacar esta membrana juntamente com a massa nela contida. Esta massa assim extraída apresentava-se de forma ovóide [sic], de maior diâmetro vertical, de

⁷²⁷ Transcrição da parte do exame médico, propriamente dito. AUTOS de Exame de Corpo de Delito. Século XIX. Maço 104, caixa 52. 1893. Op. cit.

grossa extremidade voltada para cima, e dividida em sua parte média por uma depressão circular que cingia horizontalmente o tumor. A dissecação cuidadosa desta massa demonstrou a existência de uma primeira camada membranosa, transparente, unida por um tecido fibro-celular à camada seguinte, também membranosa, porém de estrutura mais irregular, com numerosos tractus[?ilegível] fibrosos resistentes e espessos, um dos quais constituía uma espécie de cinta que determinava a depressão circular de que falamos acima; estas duas membranas eram constituídas pelas duas folhas da pleura direita, mais ou menos alteradas pelo processo mórbido existente. Na face externa do tumor sobre a depressão horizontal já descrita encontramos uma zona do pulmão, em forma de lingueta achatada, de quatro a cinco centímetros de comprimento, oferecendo os caracteres normais deste órgão, tais como coloração, consistência, aspecto, crepitação [sic], espuma à secção, etc. Esta lingueta fazia continuidade para traz e para baixo com uma lâmina espessa, vermelha, de forma irregular, e que verificamos ser constituída pela atrofia e degeneração do resto do tecido pulmonar direito. Continuando a dissecação do tumor, encontramos ainda uma parede espessa, resistente, de cor cinzenta, constituindo um saco de dois compartimentos volumosos, separados (mas não completamente) por um estrangulamento correspondente à depressão assinalada na superfície do tumor. No compartimento superior estava alojada uma enorme visicula [sic] de cor branca, cheia de líquido claro e transparente, e que verificamos ser um hysto hydatico [sic], pela estrutura foliacea [sic] da sua parede, pelos caracteres do líquido contido, e pela existência dos embryses [sic] no interior do mesmo. Além deste grande hysto [sic], cujo volume era superior a mil centímetros cúbicos, havia outros pequenos de tamanho variável desde o de uma ervilha até o de um ovo pequeno de galinha, e oferecendo caracteres semelhantes. No compartimento inferior encontramos também alguns hystos [sic] pequenos, e um outro grande, porém parcialmente esvaziado, e murcho, e que pelo tamanho da respectiva cápsula parecia ter sido mais ou menos do volume do outro que estava no compartimento superior. A escavação torácica que servia de loja ao tumor tinha uma configuração perfeitamente adaptada à forma do mesmo, isto é, era ovoide arredondado, com uma leve saliência linear horizontal na sua parte média; o diafragma apresentava sua face correspondente a base do tumor, deprimida. A parede interna da escavação, despojada da pleura parietal que a revestia, apresentava apenas uma turgescencia [sic] dos seus vasos. O mediastino, como dissemos, estava bastante desviado para a esquerda, mas os órgãos que o compõem não se achavam alterados em sua constituição e conformação; apenas o bronchio grosso direito estava achatado lateralmente, com a sua luz diminuída, com a direção um pouco modificada para baixo, e a partir de quatro a cinco centímetros de distância da sua origem na trachéa [sic] era constituído apenas por um tecido membranoso, flácido, sem arcos cartilagosos, indo terminar na lingueta do tecido pulmonar que restava do pulmão correspondente. Na cavidade abdominal os órgãos guardavam suas relações normais. O fígado, um tanto aumento de volume, de cor amarelada, apresentava em sua face superior uma depressão larga em plateu [sic/sublinhada], correspondente à face inferior do tumor torácico, que descansava sobre aquela víscera. A secção desta apresentava superfícies de aspecto amarelados, granuloso, proveniente da degeneração granulo-gordurosa. O baço, de volume normal, apresentava também a secção um aspecto granuloso, esbranquiçado, devido a mesma causa que atuou no fígado. Os Rins apresentavam-se de cor carregada, bastante hyperemiados [sic]; e de superfície arborizada; as cápsulas decorticavam-se [sic] perfeitamente. O estômago, intestino delgado, colons, epiplon [sic] e mesenterio [sic] apresentavam-se com sua vascularização desenvolvida e hyperemiada, sem nenhuma outra circunstância digna de ser notada. Os órgãos da pequena bacia estavam normais (bexiga e reto). O cérebro apresentava-se levemente hyperemiado [sic], sem nenhuma outra alteração de seu estado natural. Pela exposição que acabamos de fazer vê-se claramente que o indivíduo em questão sofria de uma lesão pulmonar grave, constituída pelo desenvolvimento de hystos hydaticos [sic] no parenchyma do pulmão direito, hystos estes que pelo volume a que atingiram e pelas alterações

a que deram lugar, deviam datar já de tempo mais ou menos longo, e deviam ultimamente ameaçar a vida do doente pelo enorme embaraço causado ao funcionamento dos órgãos torácicos, nas duas importantes funções da circulação e da respiração. Tornava-se portanto indispensável uma intervenção médica, a qual em sua forma mais simples e mais racional devia ser uma punção [sic] das cavidades hysticas [sic], com extração parcial ou total do líquido nelas contido, segundo a indicação de momento. Esta operação que é uma das mais simples e vulgares da prática cirúrgica pode contudo, em casos muito raros e imprevistos, determinar acidentes mais ou menos graves, e mesmo a morte subdita, por ação reflexa inhybitória [sic] produzindo syncope cardíaca, ou por asfixia rápida determinada pelo desequilíbrio da pressão mitrathorácica, quando a quantidade de líquido extraído é muito grande. No caso atual a morte deu-se pelo primeiro modo indicado, isto é, por síncope inhybitória [sic], como o demonstram as condições em que encontramos o órgão central da circulação (especialmente a ausência de coágulos no ventrículo esquerdo). Concluimos, respondendo do seguinte modo aos quesitos propostos: Ao 1º Sim. Ao 2º Hystos Hydaticos do pulmão direito em adiantado estado de desenvolvimento. Ao 3º sim; uma punção [sic] para extração de líquido. Ao 4º. Não. Ao 5º. Sim. Ao 6º. Synopse por inibição [sic/troca "y" pelo "i"]. E são estas as declarações que em sua consciência e sob o juramento prestado têm a fazer.