

Caridade e Assistência Social: instituições leigas de assistência no Rio Grande do Sul, 1880-1920.

Beatriz Teixeira Weber (UFSM, Brasil)

Diversas questões precisam ser redimensionadas sobre a abordagem da saúde e organização de instituições de atendimento da população. A historiografia que trata do tema tem privilegiado a medicina acadêmica como a organização que participou da montagem de todos os sistemas de atendimento de saúde, em geral. Entretanto, as instituições que recolhiam doentes no Brasil Colonial, e por boa parte do Império, não eram instituições nas quais os médicos participassem. Eram originárias de instituições medievais de abrigo e recolhimento de necessitados, patrocinadas por entidades religiosas, tendo a caridade como principal elemento inspirador. Era mais comum a existência de instituições de abrigo sem a presença dos médicos.

Este artigo pretende analisar duas instituições hospitalares, criadas em períodos diferentes. A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi fundada em 1803, sob a proteção da Câmara de Vereadores da então capital da província de Rio Grande de São Pedro. O Hospital de Caridade de Santa Maria foi fundado em 1903, sob inspiração de um médico formado. Mesmo em dois momentos distintos, vários elementos podem ser levantados para refletirmos: as características dessas instituições em momentos distintos; como e quando elas se aproximam enquanto práticas de atendimento à saúde; como os contextos específicos de cada uma das regiões interfere na sua organização; o que essas instituições significam nos contextos específicos e como representam formas de organização hospitalar próprias.

Esta ainda é uma análise inicial, cuja principal função é suscitar o debate. O intercâmbio com outras regiões do sul da América Latina, a fim de avaliarmos as possíveis similaridades e especificidades de cada um dos contextos, é fundamental para o enriquecimento e maior densidade da análise.

A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi um dos principais locais de recolhimento e assistência existentes em Porto Alegre ao longo de todo o século XIX. Era uma instituição de origem portuguesa, típica do período colonial. As Misericórdias tiveram caráter assistencial em quase todas as colônias, recolhendo “alienados”, menores abandonados, doentes e necessitados que não tinham para onde ir, e enterrando, gratuitamente, os indigentes¹.

A Santa Casa de Porto Alegre foi fundada em 1803, após a instalação da sede do governo do continente de São Pedro em 1773, numa cidade com uma

¹ As Misericórdias seguiram uma tradição de tratamento e abrigo aos doentes que havia desde a Antiguidade, sendo sua origem a Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia em Florença no século XIII. A preocupação da Coroa portuguesa, em estabelecer uma política oficial sobre a assistência social, durante o século XV, fez com que fossem centralizadas as formas de filantropia, em Portugal, na Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, em 1498, origem das Misericórdias do Brasil, presentes durante toda o período colonial como concessões reais e regidas pelo Compromisso de Lisboa, como a Misericórdia de Porto Alegre. (Rosen, 1979, p. 336-338, p. 343-344. Carneiro, 1986, p. 35-37. Russel-Wood, 1981, p. 2-3. Basto, 1934, p. 43-47. Vianna, 1992, p. 8-9. Caldas, 1985, p. 105-107).

população de 6.035 habitantes, em 1808 (Macedo, 1973, p. 59-67. Pesavento, 1991. p. 9-21. Laytano, [s. n], p. 117). Inicialmente, visava a atender aos viajantes e desamparados, vinculando-se às preocupações da Câmara de Vereadores e do Governador da Província em torno da função de curar “por caridade os enfermos pobres”². Organizou-se com o *status* de Misericórdia, em 1814, com direito de receber esmolas, legados e outros rendimentos deixados para serem aplicados na construção de um hospital, cuja primeira enfermaria foi inaugurada em 1816. Em 1855, a Santa Casa tinha cinco enfermarias: de homens, mulheres, menores, sócios da Beneficência Portuguesa e dos “presos civis pobres”. O hospital era “socorrido” por três “professores”, médicos contratados, e por dois “enfermeiros”, pessoas com prática na atividade que, geralmente, haviam sido recolhidos como pacientes e ficavam na instituição, auxiliados por serventes. Ao entrar no estabelecimento, o paciente deixava tudo que tinha na entrada, recebendo roupa e calçado da casa. Os médicos visitavam os pacientes algumas vezes por semana, mas a responsabilidade pelo cuidado e tratamento era dos enfermeiros³.

Os estudos que tratam das Misericórdias procuraram recuperar a história de algumas das entidades ao longo de suas existências (Mesgravis, 1972. Russell-Wood, 1981, Carneiro, 1986, Vianna, 1992), apresentando-se com um grande volume de informações e pouca problematização de seu significado na sociedade na qual estavam inseridas. Alguns trabalhos procuraram realizar questionamentos mais específicos, indicando a riqueza do potencial de pesquisas possíveis sobre irmandades religiosas (Boschi, 1986). Algumas teses têm sido produzidas procurando problematizar essas instituições como entidades de assistência social ou através do enfoque de algum dos grupos que essas instituições atendiam (Schindler, 1992. Guzinski, 1995).

As Misericórdias apresentavam uma perspectiva da religiosidade católica, originada durante o período colonial. Essa religiosidade era marcada pelo aspecto teatral, com maior preocupação com a exterioridade das manifestações religiosas e menos afeição a suas funções espirituais, tudo impregnado de misticismo e magia. Havia grande apego às missas, às procissões e forte culto aos santos (Souza, 1986, p. 16, p. 91). Nesse contexto religioso, as Misericórdias eram irmandades que possuíam um caráter predominantemente leigo. Para os católicos, participar das associações religiosas era parte fundamental da sociabilidade cotidiana, ponto de referência para todas as atividades realizadas. As irmandades eram um tipo de confraria, associações religiosas dos leigos, encarregadas dos encargos assistenciais e espirituais dos seus membros, pelas benesses para os tempos de doença, invalidez e garantia de sepultamento. Tinham uma organização hierárquica com uma seletiva admissão de seus membros, delas fazendo parte apenas os indivíduos mais abastados,

² Resoluções da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Ata de 24 jan 1814 e de 5 jan 1815 (manuscrito). CEDOP/SCMPA.

³ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Porto alegre no anno de 1855. Rio de Janeiro: Typ. Episcopal de Agostinho de Freitas Guimarães & Cia, 1856. p. 4-5. CEDOP/SCMPA.

que podiam arcar com as despesas de inserção na entidade. Eram menos seletivas e sofisticadas que as “ordens terceiras”, que se preocupavam com a perfeição da vida cristã dos seus membros, pelo vínculo às regras de uma ordem religiosa, mas também significavam proximidade do poder e de sua proteção (Boschi, 1986. Hoornaert, 1985, p.13-19. Russel-Wood, 1981, p. 21-22).

Para essa religiosidade, a imagem de Deus apresentava expressões específicas numa sociedade marcada pela escravidão. Deus apresentava-se como Pai, aproximando-se da imagem do senhor dono de escravos, que exercia poder de vida e morte sobre seus dependentes. Junto a esse senhor só valeria a prece, a intercessão, a petição, nunca a desobediência. A imagem paternalista de Deus fazia com que só a ele coubesse conceder benéncias. A caridade era uma virtude periférica, que tinha a função de preservar o contexto paternalista, com a concessão de esmolas. A ajuda atingia aos pobres, não aos escravos, porque estes deviam ser atendidos pelos seus senhores, únicos e absolutos responsáveis pela sua propriedade, o que se estendia ao socorro em caso de doença.

Numa religiosidade ostentatória, dar esmolas e fazer caridade era mais uma exposição pública de prestígio. A percepção dos mais abastados era de que estariam cumprindo com seus deveres cristãos ao exercer a virtude da caridade, que quase se compreendia restritivamente com o gesto de dar esmolas. Não se questionava a escravidão ou a existência da pobreza, considerada um sofrimento que tinha que ser suportado, podendo haver ajuda em caso de doença. O pobre estava num purgatório, que era, no entanto, uma anteporta do céu. Era visto como um desamparado da sorte, um doente, merecedor de toda a compaixão (Hoornaert, 1985, p. 230, p. 240-241). Nesse contexto, uma instituição como a Santa Casa de Misericórdia cumpria vários papéis, pois além de oferecer abrigo aos pobres enfermos, era sustentada pelas doações dos fiéis que, assim, cumpriam com seus deveres da caridade e garantiam seu lugar no reino dos céus e nas hierarquias terrenas.

Essa percepção não se modificou para os católicos após a República, apesar de a Igreja haver se separado do Estado. Continuou a haver uma preocupação ostentatória, na qual a caridade era vista como um dever, mantendo-se, neste contexto, as instituições de atendimento aos “desamparados da sorte”. Isso era marcado também por um forte conteúdo místico: os fiéis acreditavam no poder absoluto de Deus no atendimento das suas necessidades, como expressam muito claramente os discursos e publicações das pessoas vinculadas à Santa Casa. Os provedores argumentavam que os desígnios divinos intervinham para que se realizassem as obras quando elas eram necessárias. “Deus proveria”, concedendo “graças”, por meio de seus santos, bastando que fosse feito o pedido. Quase na metade do século XX, ainda podemos encontrar exemplos: Arquimedes Fortini, que foi provedor de 1943 a 1948, chegou a escrever um livreto chamado *O Poder da Fé em Santo Antônio*, descrevendo as inúmeras graças alcançadas por intervenção divina. Eram verbas recebidas em momentos providenciais, milagrosamente, intervenções que resolviam “irregularidades” com funcionários “transviados”, material para obras descarregadas “por engano”, mas que vinham atender aos pedidos por ajuda, moças salvas do aliciamento para a prostituição pela intervenção do capelão e das irmãs da Santa Casa, casamentos arranjados por intervenção divina quando a moça estava na maternidade para ganhar o filho nascido de um “ato insensato”. O livreto visava a demonstrar o amor de Santo Antônio, que a ninguém desampararia: “Se sofres,

precisas de amparo, não encontras saída para as dificuldades? Ide a Santo Antônio e tudo se resolverá” (Fortini, 1947, p. 50).

A presença das irmãs franciscanas que administravam o serviço econômico e sanitário do hospital, desde 1893, e todo o hospital após 1922, garantia que a religião católica no comando⁴. A partir da descrição das atividades realizadas na instituição, constatamos que era constante a preocupação com a manifestação religiosa, pela ornamentação da capela de Nosso Senhor dos Passos, das imagens de santos e outros paramentos constantemente renovados, das procissões, tríduos, coros, indulgências e festas regulares, como o Natal. As irmãs realizavam constantemente diversas cerimônias: missas, recepção de membros da congregação das Irmãs Franciscanas da Penitência e da Caridade Cristã e de outros membros religiosos, ritos pela morte e enterro de pessoas católicas falecidas na Santa Casa. As manifestações repetiam-se nas atividades diárias da instituição, como na comunhão das irmãs e dos enfermos, na pregação do pároco da capela aos pacientes, nas orações realizadas aos pés dos moribundos, na distribuição de santinhos e medalhas, bem como na colocação desses objetos sob o travesseiro dos ateus para que se convertessem à religião católica⁵.

A capela do Senhor dos Passos, propriedade da Santa Casa, representava local de concentração da população católica de Porto Alegre. Nas obrigações regulamentares da instituição, como a transladação da imagem do Senhor dos Passos para a catedral, a comemoração do aniversário da Santa Casa e a passagem da Páscoa, a capela reunia os católicos mais abastados da cidade, sendo considerada o centro de culto da capital, em 1901, contando com a presença da hierarquia eclesiástica e dos sacerdotes da igreja matriz. Era o ponto escolhido pela elite para desenvolver a sua “fé católica”⁶. As cerimônias são descritas como de “admirável bom gosto”, destacando “a louçania com que se apresenta às vistas do crente católico, exigente na magnificência do culto e severo na exata observância das práticas impostas pelas leis que regulam os atos e cerimônias da Igreja”⁷. As atividades eram pomposas, representando uma perspectiva religiosa marcada pela exterioridade. Essa religiosidade destacava a importância do mordomo da capela e do capelão responsável, que não se restringia à atividade religiosa, mas eles também interferiam na administração geral da Santa Casa. Preocupavam-se em garantir o exercício religioso na instituição, considerando esse seu maior dever.

Em 1917, após um médico ter assumido a provedoria e haver algumas alterações no funcionamento da Misericórdia, houve a reclamação de que a capela não devia ser encarada como fonte de receita porque essa não era a finalidade da instituição. O mordomo da capela argumentava

⁴ Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresentado pelo vice-provedor Cel. Antenor Barcellos de Amorim em 1o. de jan 1923. Porto Alegre: Off. graph. d’ “A Federação”, 1923. p. 5. CEDOP/SCMPA.

⁵ Crônica da Santa Casa. Documentação Avulsa das Irmãs Franciscanas. É um relato anual das atividades das irmãs da Congregação Franciscana da Penitência e Caridade Cristã, datilografado, sem autor. Apenas exemplificando, p. 21, 27, 28, mas todo o texto, de 178 páginas, trata da religiosidade das irmãs. CEDOP/SCMPA.

⁶ Relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresentado pelo provedor Cor. Antonio Soares de Barcellos em 1º jan 1902. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1902. p. 18-19, em 1 jan 1903, p. 20. CEDOP/SCMPA.

⁷ Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresentado pelo provedor Cor. Antonio Soares de Barcellos em 1º jan 1906. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1906. p. 19-20. Refere-se a 1905. CEDOP/SCMPA.

que o fundamento compromissal de orientação católica não se colocaria contrário às modernas tendências hospitalares, pois o padre estaria ao lado do médico e, quando esgotados os recursos da ciência, o padre abriria os mananciais da religião para “derramar o bálsamo divino da resignação da alma do que parte”. Ele afirmava que o capelão não era um funcionário da Santa Casa, mas um diretor espiritual da irmandade e do hospital. Apesar de ter os deveres enumerados no compromisso, ele seria um padre “católico, apostólico, romano”, devendo ter um campo de ação bem mais vasto do que o circunscrito pelos atos do compromisso, exercendo sua atividade sacerdotal em toda a plenitude⁸. É clara a orientação religiosa e a preocupação na sua manutenção, que marcou a instituição até boa parte do século XX. A reclamação do mordomo da capela provavelmente refere-se a alterações relativas à mudança de provedor, em 1916, após o exercício por 20 anos de uma mesma orientação, do Cel. Antonio Soares de Barcellos. O serviço sanitário do hospital havia passado a ser administrado pelo médico Victor de Britto. Ele implantou uma nova sistemática de funcionamento do hospital, provavelmente mais técnica e mais vinculada à gerência médica hospitalar, que gerou reclamações e demissões, inclusive de médicos⁹. Apesar das mudanças, o forte conteúdo católico da instituição foi mantido.

A perspectiva religiosa marcou toda a história da Santa Casa, desde a organização de suas primeiras atividades. Sua origem, vinculada ao catolicismo luso, influenciou toda a sua organização. O que regia as Misericórdias era o “compromisso”: um estatuto que regulamentava as principais funções exercidas por essas instituições.

A Santa Casa de Porto Alegre adotou o compromisso da Misericórdia de Lisboa em 1827, elaborado em 1618. A determinação da Coroa portuguesa era de que todas as Misericórdias do Império deveriam adotar esse documento. As cópias existentes na Santa Casa são de compromissos publicados em 1739 e 1818¹⁰. Esses regulamentos indicam um Portugal arraigado aos códigos de nobilitação medieval e essencialmente católico até o século XIX. No Rio Grande do Sul, não houve modificação significativa dos artigos do compromisso de Lisboa, que regeu a Santa Casa até 1857, mantendo as mesmas exigências feitas nas cortes portuguesas.

Das funções enumeradas no compromisso, o atendimento aos doentes era apenas uma das obras da misericórdia¹¹. Como exemplo, em 1837, a instituição passou a ser encarregada da criação dos expostos, que, desde 1773, era responsabilidade da Câmara de Vereadores, pagando amas para a criação. A Santa Casa assumiu o pagamento das “criadeiras” e instituiu a “casa dos

⁸ Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresentado pelo provedor Dr. Dioclécio S. Pereira da Silva em 1 jan 1918. Porto Alegre: Off. Graph. d’ “A Federação”, 1919. p. 105-106. Refere-se a 1917. CEDOP/SCMPA.

⁹ Relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresentado pelo provedor Dr. Dioclécio S. Pereira da Silva em 1 jan 1917 e 1 jan 1918. Porto Alegre: Off. Graph. d’ “A Federação”, 1917 e 1919, respectivamente. Referem-se a 1916 e 1917. CEDOP/SCMPA.

¹⁰ Compromisso da Misericórdia de Lisboa. Lisboa Occidental: Officina de Manoel Fernandes da Costa, 1739 e Lisboa, Typ. de Bulhoes, 1818. CEDOP/SCMPA.

¹¹ As obras da Misericórdia, conforme as agrupou São Tomás de Aquino no século XIII, incluem as obras espirituais, que são: ensinar os simples, dar conselho a quem pede, castigar os que erram, consolar os desconsolados, perdoar os que nos ofenderam, sofrer injúrias com paciência, rezar pelos vivos e pelos mortos; e as obras corporais: resgatar cativos, visitar prisioneiros, curar os enfermos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pouso aos peregrinos e enterrar os mortos. (Carneiro, 1986, p. 36).

expostos” (Franco, 1988, p. 158-160), que funcionou até 1937. Entretanto, o atendimento aos doentes era sua principal atividade, recebendo os irmãos com enfermidades, idosos, inválidos e doentes mentais que não tivessem quem os amparasse, alimentando-os, vestindo-os e curando-os. O compromisso de 1857 aponta o caráter assistencial da instituição:

“Art. 2o. O seu principal fim, e verdadeira instituição é o estabelecimento de um hospital de caridade para se exercer, e praticar as obras de misericórdia de preferência com aqueles de nossos próximos, que por suas enfermidades curáveis, e por sua reconhecida pobreza, carecerem dos socorros e auxílios alheios, para não perecerem ao abandono e miséria em que a sorte os havia colocado”.¹²

Era necessário ser católico para se tornar um irmão, mas, por requerimento e pagando uma jóia, qualquer cidadão poderia sê-lo, desde que tivessem as seguintes qualidades:

“1o. Notória probidade e bons costumes. 2o. De boa consciência e temente a Deus. 3o. Modesto, caritativo, humilde qual se quer para servir a Deus e a seus pobres com perfeição devida. 4o. Saber ler e escrever e contar e de boa inteligência. 5o. Ter vinte e um anos completos de idade se for solteiro. 6o. Que não esteja e não tenha sofrido alguma condenação passada em julgamento por crime de homicídio, furto, roubo, bancarrota, estelionato, falsidade ou moeda falsa. 7o. Que não tenha sido escravo ou casado com mulher de cor preta. 8o. Que não esteja ao salário da Santa Casa na ocasião de pretender entrar de Irmão. 9o. Que seja abastado de bens e pelo menos tenha comércio, emprego, ou ofício rendoso de maneira que possa acudir ao serviço da Irmandade sem cair em necessidade e sem suspeita de se aproveitar do correr por suas mãos”¹³.

O maior peso dado ao requisito de riqueza deixa claro que somente aos mais abastados membros da sociedade de Porto Alegre poderia ser facultado o direito de participar da Santa Casa. Esses membros é que votariam na administração e fariam parte da mesma, tomando as medidas que mais interessavam para o seu andamento “ordenado”. Argumentavam que o sentimento de “ser útil à pobreza enferma”, para que a Santa Casa “... não baqueasse no exercício da mais sublime das virtudes, a caridade”, é que movia as pessoas que desejavam fazer parte da “comunidade” dos irmãos da Misericórdia¹⁴. Isso indica a função da caridade na sociedade do período. Os que tinham sido abençoados pela “sorte” deviam ajudar os desamparados, mantendo algumas organizações que os atendessem, para que os abandonados suportassem com resignação o seu destino nesta vida, podendo gozar do paraíso após a morte¹⁵.

¹² Compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre: Typ. do Jornal do Commercio, 1867. CEDOP/SCMPA. É o mesmo compromisso de 1857, aprovado pela lei n. 602 de 10 de jan 1867, com algumas modificações, que não incluem esse artigo.

¹³ Compromisso da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. 1857. Cap. 2, art 9o., p. 4 (manuscrito). CEDOP/SCMPA.

¹⁴ Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apresentado pelo provedor Ten. Cor. Antonio Soares de Barcellos em 1 jan 1899. Porto Alegre: Typ. à vapor da Livraria do Globo, 1899. p. 22-23. Em 1928, a provedoria ainda argumentava a função da caridade na manutenção da entidade, atendendo os deserdados da sorte, livrando-os dos males físicos, morais e sociais. Relatório do exercício de 1928 apresentado pelo provedor Dr. Aurelio de Lima Py em 1 jan 1929. Porto Alegre: Off. Graph. d’ “A Federação”, 1929. p. 5. CEDOP/SCMPA.

¹⁵ A “abnegação” dos irmãos não deixava de ter seus limites, pois eles reclamavam do peso da cruz carregada nas cerimônias de transladação da imagem de Nosso Senhor dos Passos para a catedral, tendo sido essa pesada cruz substituída por uma mais leve em 1911. Relatório da Santa Casa de

Assim, os cargos da Mesa administrativa foram disputados, nas várias Misericórdias brasileiras, pelo prestígio que representavam, significando prova de integridade e capacidade, rivalizando em prestígio com um cargo nas Câmaras Municipais. Frequentemente, durante o Império, o Presidente da Província assumia o cargo de Provedor da instituição, como aconteceu em Porto Alegre várias vezes¹⁶. As pessoas que tinham condições de ter acesso à função de Irmão da Misericórdia recebiam uma série de prerrogativas, passando a ter uma espécie de plano de “seguro social”. Seriam recolhidos à entidade, recebendo alimentação, cama e vestuário em caso de “indigência” e/ou velhice, estendendo-se o benefício às mulheres; recebiam enterro no cemitério da instituição, com honras fúnebres, assim como a mulher e os filhos não emancipados. Além disso, extensível a todos os irmãos, de acordo com as doações e contribuições à irmandade, recebiam diploma, retratos na galeria dos benfeitores, títulos de benfeitor, benemérito ou de membros natos e, com isso, prestígio social¹⁷. A religiosidade do período era composta de elementos pragmáticos. O interesse das pessoas em participar de entidades religiosas significava a garantia de atendimento hospitalar em caso de doença, abrigo e cuidados na velhice, enterro na hora do falecimento e preces após a morte. Isso era assegurado aos benfeitores de todas as instituições de caridade, principalmente se fosse uma entidade assistencial. A Santa Casa designava instalações especiais aos seus benfeitores, melhores que as do restante dos pacientes¹⁸. Também as irmãs de caridade que atuavam na Santa Casa dedicavam uma atenção especial a essas pessoas e aos demais membros declaradamente católicos¹⁹.

As alterações dos compromissos não apresentaram elementos que modificassem as funções e a organização fundamental da entidade. Apesar dos relatórios da Provedoria falarem da necessidade de alteração do compromisso em 1874, 1879, 1883, 1884 e 1929, a reforma de 1885 não trouxe inovações, com exceção de alguns artigos suprimidos ou adicionados. Essas modificações referiam-se a questões administrativas (como concentrar a função da tesouraria nas mãos de uma só pessoa, pois oito pessoas atendiam essas funções, uma em cada atividade exercida pela Santa Casa); ao tempo do mandato de Provedor, que variou de um a quatro anos, podendo ser reeleitos; à aposentadoria de funcionários, etc²⁰.

A distribuição das atividades na instituição era regulada por um regimento interno, havendo uma cópia de 1882. Ficavam a cargo dos mordomos os cuidados com a comida e sua distribuição, roupas, cozinha, desinfecção, lavagem e asseio das enfermarias. Eles também eram

Misericórdia de Porto Alegre apresentado pelo provedor Cel. Antonio Soares de Barcellos em 1 jan 1912. Porto Alegre: Off. Typ. da Livraria do Globo, 1912. p. 17. CEDOP/SCMPA.

¹⁶ De 1815 a 1818, foi provedor o Marquês de Alegrete, governador e capitão geral da Província; em 1825, foi o Desembargador José Feliciano Fernandes Pinheiro, Presidente da Província; em 1842, foi provedor Saturnino de Souza e Oliveira; de 1842 a 1846, foi Duque de Caxias. Relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. 1855 a 1930. CEDOP/SCMPA. (Russell-Wood, 1981, p. 2-3).

¹⁷ Compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. 1867. Op. cit., art. 3 e cap. VI, art. 27 a 36, p. 9. Repete-se no compromisso de 1886. CEDOP/SCMPA.

¹⁸ Regimento Interno da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Porto Alegre organizado pelo Provedor José Pinto da Fonseca Guimarães. Porto Alegre: Typ. de Gundlach & Cia, 1882. p. 9-10, art. 6 ao 11. CEDOP/SCMPA.

¹⁹ Crônica da Santa Casa. Documentação Avulsa das Irmãs Franciscanas. CEDOP/SCMPA.

²⁰ Compromissos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre de 1867, 1886 e 1898. Relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre de 1855 a 1930. CEDOP/SCMPA.

encarregados de tratar com os empregados e de indagar aos enfermos se faltava algo e se eram bem tratados²¹. À medida em que aumentavam os encargos da instituição, as responsabilidades foram sendo transferidas para setores administrativos remunerados, cabendo ao provedor e aos mordomos a fiscalização das atividades. Com seu crescimento, a Santa Casa tornou-se uma instituição complexa, tanto na sua organização como nas funções desempenhadas na cidade de Porto Alegre. No início do século XX, abrigava as mais modernas experiências médicas do período, mas permanecia uma instituição marcadamente assistencial, com um forte conteúdo religioso.

As atividades desempenhadas pelo hospital eram fundamentais para a cidade de Porto Alegre. Em 1895, o hospital possuía 180 leitos e uma média diária de 258 enfermos internados. Em 1920, recebeu 7.060 doentes, apresentando uma média diária de 400 a 450 pacientes, crescendo gradativamente. A instituição procurou constantemente aumentar o número de enfermarias, criou o serviço de pediatria²² e o serviço de atendimento pelo sistema de plantão médico. Somente por volta de 1914 foi construído o “bloco cirúrgico”, indicando que apenas no século XX essa área da Medicina consolidou-se, depois das descobertas da anestesia e da assepsia. Melhoramentos significativos na área física só foram possíveis a partir de 1926, tendo como marco a inauguração do Hospital São Francisco, em 1930, com capacidade para 300 leitos. Era uma organização que visava integrar uma perspectiva “moderna” à organização hospitalar.

As condições hospitalares, no início do século, eram muito precárias. A situação do prédio, do atendimento, a falta de espaço, equipamento e pessoal, eram constantes. Não havia algo semelhante a um sistema de atendimento à saúde. A sua transformação em uma instituição terapêutica ocorreu lentamente: sua ocupação como escola para preparação dos alunos da Faculdade de Medicina, a partir de 1900, fez com que novas tecnologias fossem sendo adotadas e a pesquisa se tornasse um elemento de modificação das condições do hospital, mas que só foi efetivamente viabilizada após os médicos terem assumido a administração. Eles insistiam na necessidade de maiores cuidados com higiene. A Medicina foi ganhando espaço e implantando sua perspectiva, especialmente sobre a organização do espaço hospitalar. Eram poucos médicos ao longo do século XIX (apenas três atendiam em 1882), mas, em 1910, o corpo clínico era composto por 42 médicos.

Um momento crucial para a construção de uma hegemonia “científica”, que ocasionou rearranjos na instituição, ocorreu com a troca do provedor, tenente-coronel Antonio Soares de Barcellos (1894 a 1914), em 1915, que ocupou o cargo por 20 anos. A troca de provedoria revelou que havia discordâncias sobre a situação do hospital, que só vieram à tona quando mudaram os responsáveis pela administração. Foi uma oportunidade de refazer a organização da instituição sobre novos padrões, questionando a sistemática de funcionamento e os preceitos de higiene que eram usados até então. Nessa perspectiva, o médico Victor de Britto assumiu a direção do Serviço

²¹ Regimento Interno da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Porto Alegre organizado pelo Provedor José Pinto da Fonseca Guimarães. Porto Alegre: Typ de Gundlach & Cia, 1882. CEDOP/SCMPA.

²² Em 1890, a Santa Casa realizou a ampliação das enfermarias e uma divisão das atividades, como de Ginecologia e Partos, dos Inválidos, o Dispensário das Crianças. Em 1896, estabeleceu uma enfermaria específica de moléstias infecto-contagiosas. A partir de 1898, instituiu a divisão do hospital por seções, sendo que 17 delas com funções específicas.

Sanitário, tornando-se superintendente do serviço clínico e fiscal supremo do serviço sanitário, além de intermediário entre o corpo médico e a alta administração. Fez um projeto para organização de um Regulamento Sanitário do Hospital, que foi aprovado, em 1919, quando ele assumiu a provedoria. Preocupou-se com a administração hospitalar, reformulando o funcionamento e organização do mesmo²³.

A presença de médicos nesse instituição só ocorreu a partir de um novo contexto, já no século XX. Condições diferenciadas no interior do Rio Grande do Sul também organizaram instituições com perspectivas diferentes.

A cidade de Santa Maria, localizada no centro do estado, era uma vila com pouco mais de 5.000 habitantes, em 1859, tendo por volta de 11.000, em 1890. Essa população compunha-se de imigrantes de diversas regiões do Brasil; alemães, vindos nas primeiras levas de imigração e que haviam se afastado dos centros coloniais, e seus descendentes; e alguns poucos indígenas egressos do território missioneiro. A cidade movimentava-se entre as atividades de estancieiros e comerciantes. A propriedade de grande parte das vendas estabelecidas na sede do município e no interior era de alemães. O restante da população compunha-se de lavradores, dedicados à produção para subsistência e para o comércio regional e local, artesãos e jornaleiros. A principal atividade desenvolvida na cidade era o comércio regional, sendo uma localidade bastante pobre, devido a pecuária acanhada, limitado número de escravos e as grandes distâncias, que dificultavam o crescimento e o escoamento da produção local (Witter, 1999. Isaia, 1983).

Nessa localidade pequena e pobre, os que praticavam a cura compunham um universo bastante diversificado. Havia médicos formados, cirurgiões-mores, médicos homeopatas, boticários, curandeiros indígenas e descendentes de africanos, além de uma variedade de outros práticos. Era difícil estabelecer a formação dos que aí atuavam. Também havia uma grande mobilidade, principalmente dos cirurgiões-mores, muitos vinculados ao Exército. A medida que avançava para o fim do século XIX, a permanência desses profissionais aumentou, muitos deles se estabelecendo na localidade, uma tendência mais clara a partir das décadas de 1860-70. Da mesma forma, os títulos e a formação desses curadores ficavam mais evidenciados. A medicina era um saber novo e em movimento de conquista de espaço de cura com outros tratamentos. A disputa entre os médicos oficializados e as demais práticas nem sempre ocorria com resultado favorável para os médicos autorizados. Na análise desenvolvida por Witter, afirma que não é possível estabelecer uma hierarquia entre os curadores, nem entre eles e os curandeiros mais populares (Witter, 1999, p. 51).

Na medida em que avança para o final do século XIX, os médicos formados aprofundaram suas ações no sentido de diferenciarem-se dos seus congêneres. Os métodos usados nessa separação foram múltiplos. A melhoria das técnicas médicas foi de grande importância, mas só efetivou-se ao longo do século XX, especialmente depois da II Guerra Mundial, quando popularizou-se o uso de antibióticos.

Entretanto, outras estratégias foram usadas. Uma delas foi a ocupação de cargos públicos, que permitia aos médicos colocarem em prática suas idéias a respeito de higiene e saúde

²³ Relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, de 1897 a 1930. Regulamento do Serviço Sanitário do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. 1919. CEDOP/SCMPA.

pública, assim como exerceram uma poderosa influência em suas comunidades. Um exemplo, em Santa Maria, foi a atuação de Pantaleão José Filho, filho de um poderoso estancieiro local, neto de sesmeiros e recém formado em medicina por volta de 1872. Era filho de uma família conhecida e respeitada na região, servira na Guerra do Paraguai quando estudante e era o primeiro santamariense diplomado. Isso contribuiu para que sua carreira se fizesse de forma muito rápida, tanto clínica quanto politicamente. Ocupou a Presidência da Câmara de Vereadores de 1877 a 1880. Foi um republicano que participou da Junta Governativa que administrou o município entre 1889 e 1891, exercendo, também, diversos outros cargos, entre eles, mais de um mandato de vereador. O doutor Pantaleão foi a própria incorporação do arquétipo do médico do século XIX: sábio, humanitário e abnegado, características que serviam para propagandear as qualidades da prática médica, mesmo que não tão eficiente. Com suas atitudes excêntricas, como acertar o relógio pelos astros na esquina central da cidade, construía, diariamente, a prova de que a medicina e o conhecimento científico permitiam-lhe diferenciar-se dos outros curadores. A demonstração pública da eficácia do saber erudito também foi preciosa no estabelecimento de uma hierarquia entre a medicina e outras formas de cura (Witter, 1999, p. 53-54).

A medicina não era o saber por excelência, mas uma entre diversas outras práticas de cura, precisando conquistar espaço e afirmar-se como a melhor. Diversas disputas ocorreram, em Santa Maria, para o estabelecimento da superioridade da medicina acadêmica, como destaca o trabalho de Witter. Nesse contexto de disputas, insere-se a chegada do médico Astrogildo de Azevedo à Santa Maria, em 1890. Ele foi convidado a substituir um colega da Faculdade de Medicina que atuava na cidade (dr. Deocleciano Azambuja) e que adoeceu, precisando retirar-se do município. Dr. Astrogildo formou-se em 1889, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Isaia, 1983).

Como médico acadêmico, preocupou-se com a organização de um hospital de caridade no município de Santa Maria. Inicialmente, angariaram donativos pela Sociedade Artística Beneficente, uma agremiação de socorros mútuos nos moldes da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Contudo, dr. Azevedo considerava inadequado essa arrecadação porque a sociedade era composta de operários, faltavam recursos pecuniários e competência técnica para realizar aquele empreendimento. Escolhendo os membros a participar, incluindo os mais influentes nomes do município, fundaram a Sociedade de Caridade Santamariense, em 1898. Através de leilões, espetáculos beneficentes, quermesses, venda de ações do Prado, começaram as atividades de construção do hospital. Seu término efetivou-se por um empréstimo da Compagnie Auxiliaire de Chemins de Fer au Brésil, que atuava na rede férrea que percorria a cidade desde 1885. O hospital deveria, dentre outras funções, atender e tratar os doentes e feridos na companhia (Isaia, 1983).

O hospital recebeu os primeiros doentes em 1903. Seu prédio era um modelo de edificação sanitária, tendo atendido aos requisitos de higiene do período, desde a escolha do terreno (espaçoso, perfeitamente seco, com natural escoamento para as águas, mais alto que a rua, numa rua larga e arejada, possuía um abundante poço de boa água, e a obra foi edificada sobre um banco de tabatinga impermeável). O edifício possuía um pavilhão central e várias dependências. No pavimento térreo havia um saguão de entrada ladrilhado de mármore, com escada de mármore para um jardim e um corredor que percorria o prédio de frente a fundo, com um gabinete para a madre

superiora, consultório, farmácia com laboratório, sala de visitas, latrina, banheiro, rouparia e três enfermarias. No pavimento superior havia um corredor central, refeitório dos doentes e das irmãs, 2 dormitórios para as irmãs, latrina, banheiro e 6 enfermarias. As peças eram ladrilhadas e cimentadas. As latrinas de porcelana adaptavam-se a tubos de esgoto e recebiam descargas d'água automática. As matérias fecais e águas servidas iam para um cano subterrâneo, que levava a uma sanga por meio de um tubo de alvenaria coberto de terra. As demais dependências do edifício compreendiam uma cozinha, com fogão de tijolos e aquecimento de água, despensa, sala de operações, necrotério, capela e lavanderia. A sala de operações teria paredes e teto escariolados, ladrilho cimentado, lavatório de mármore, barris de cristal para soluções, estufa, encanamentos de água quente e fria e focos de luz elétrica. O necrotério era separado do edifício. A lavanderia compunha-se de tanques de alvenaria e uma caldeira de cobre para ferver as roupas. Todo o prédio era iluminado por luz elétrica (Isaia, 1983, p. 44-45). Essas medidas obedeciam as mais modernas designações de como deveria ser um hospital na época²⁴.

O hospital possuía 45 leitos, atendendo uma média de 40 pessoas. Procuravam evitar que entrassem cegos, idiotas, alienados e pessoas atacadas de enfermidades incuráveis nas enfermarias, porque ocupariam um lugar por longos anos (Isaia, 1983, p. 50). Essa preocupação indica que não tinham a intenção de servir de asilo, mas de local de tratamento dos pacientes, preocupados com a terapêutica dos mesmos.

O corpo médico era composto por 5 médicos formados, com seus pacientes separados em enfermarias independentes. A opção de divisão do trabalho das enfermarias visava evitar a falta de unidade na orientação dos tratamentos e a aumentar a responsabilidade. Todos os médicos davam consultas aos pobres no ambulatório. O hospital era considerado um campo fecundo de observação para os estudiosos completarem suas investigações de enfermaria, com os subsídios do necrotério: “o hospital é elemento de insofismável relevância para conservar e aperfeiçoar o patrimônio científico dos médicos” (Isaia, 1983, p. 52). A instituição hospitalar passava a ser considerada um espaço de pesquisa e aprimoramento dos procedimentos médicos. Como modelo hospitalar, que a Santa Casa só passou a ter em 1930, no hospital São Francisco, representava uma possibilidade “científica” única para os médicos que ali atuavam.

A integração de irmãs de caridade no Hospital de Caridade de Santa Maria ocorreu integrada nessa perspectiva médico-científica, diferente do contexto da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, onde elas comandavam a perspectiva religiosa que aí imperava. Em Santa Maria, elas deveriam “imprimir à direção interna da casa o cunho de ordem, economia e moralidade, indispensáveis à prosperidade de uma instituição deste gênero”. Essa diferença destaca-se no contrato estabelecido com as irmãs, que garantia liberdade religiosa aos funcionários do hospital e aos doentes, mesmo sem professarem a religião católica (Isaia, 1983, p. 45-46).

²⁴ Numa tese da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, de 1906, que criticava asperamente a edificação e as condições de higiene da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, afirmava que cidades pequenas tinham condições muito melhores de conforto e salubridade dos seus hospitais, como era o caso de Santa Maria. As condições apontadas para um hospital moderno eram de espaço, ventilação, higiene e maior isolamento dos doentes, descrevendo condições que o Hospital de Caridade de Santa Maria atendia em suas instalações, como as recomendações para o escoamento do esgoto, uso de luz elétrica, espaço entre as instalações, etc. (Hecker, 1906).

Contudo, as irmãs que atuavam em ambos os hospitais eram Irmãs da Congregação de São Francisco, portanto, regidas pelas mesmas normas e preocupadas com a mesma perspectiva religiosa, muitas vezes, sendo transferidas de uma para outra das casas. Em Santa Maria, elas reclamavam que os pacientes eram ignorantes em tudo e jamais haviam ouvido algo sobre Deus, tendo o dever de orientar sobre o catolicismo (Isaia, 1983, p. 71). Através das irmãs, a religiosidade católica também inspirou a prática no hospital de caridade em Santa Maria.

Mesmo nesse contexto religioso, as estratégias dos médicos, para justificarem suas práticas como as únicas legítimas, incluíram a construção de modelos de comportamento e de versões da história da medicina no Rio Grande do Sul. O dr. Astrogildo de Azevedo, considerado o fundador do hospital, é apresentado como um desses modelos. Ele é considerado um exemplo para os médicos no Rio Grande do Sul. Sua trajetória é construída como de abnegação e devotamento:

“É tão vasto o acervo moral, profissional e social de nosso homenageado, tão multiformes foram suas atividades (...), tão brilhantes são as facetas de sua afanosa vida, quer pública, quer particular, (...)

Como médico, esse homem de passado límpido e sem jaça encaneceu (sic) fazendo o bem. Sua longa trajetória no palmilhar áspero da clínica é todo um devotamento ao próximo.

Seu caráter sereno e equilibrado, sua contração viva ao trabalho que enobrece, sua inteligência arguta e perspicaz e a sólida cultura básica adquirida num curso de humanidades e mais tarde aprimorada nos bancos acadêmicos, fizeram com que o Dr. Astrogildo deixasse em Santa Maria um rasto luminoso e indelével.

No exercício cotidiano e afanoso da clínica, sem medir obstáculos, não conhecendo impecilhos (sic) para praticar o bem, esse homem envelheceu e consumiu a mocidade. Foi ele, em seu tempo, a encarnação (sic) viva do sacerdócio em sua profissão” (Isaia, 1983, p. 24).

Outra estratégia, na construção de uma perspectiva sobre a história da medicina no estado, foi a publicação do *Panteão Médico Rio-Grandense*, em 1943, historiando a participação dos médicos “exemplares” na extinção do charlatanismo. Essa estratégia favoreceu a construção de muitas versões da historiografia sobre a trajetória inexorável dos médicos rumo à ciência médica, considerando-a a única prática passível de curar. Dr. Astrogildo de Azevedo também é destacado nessa construção da imagem da medicina no Rio Grande do Sul, em uma matéria especial, intitulada *A Carreira de Um Médico do Interior há 50 Anos*, como uma homenagem a toda “velha geração de médicos gaúchos, que tão devotadamente consagram suas vidas ao bem estar do próximo” (Franco, Ramos, 1943, p. 53-55).

As instituições, onde esses médicos atuaram, são locais privilegiados para a reflexão sobre o contexto em que se inseriam. Apesar das diferenças entre as duas instituições abordadas, elas indicam que somente o estudo sistemático de cada um dos contextos é que pode oferecer visões mais abrangentes dos significados das práticas de cura para as pessoas que delas se utilizaram.

BIBLIOGRAFIA:

- BASTO, A. de Magalhães. **História da Santa Casa de Misericórdia do Porto**. Porto: Santa Casa de Misericórdia do Porto, 1934.
- BOSCHI, Caio César. **Os Leigos e o Poder**. São Paulo: Ática, 1986.

- CALDAS, José César. A Implantação e o Desenvolvimento Histórico das Misericórdias e outras Instituições no Brasil In: **As Misericórdias. Ontem, Hoje e Amanhã**. Lisboa: II Congresso Internacional das Misericórdias, 1985, pp. 105-107.
- CARNEIRO, Glauco. **O Poder da Misericórdia. A Santa Casa na História de São Paulo. 1560/1985**. Vol. 1. A Serviço de Deus e do Rei. São Paulo: Press Grafic, 1986.
- FORTINI, Archymedes. **O Poder da Fé em Santo Antônio**. 2. Ed. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1947.
- FRANCO, Álvaro, RAMOS, Sinhorinha Maria. **Panteão Médico Riograndense: síntese cultural e histórica**. São Paulo: Ramos, Franco Editores, 1943.
- FRANCO, Sérgio da Costa. **Porto Alegre: Guia Histórico**. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1988.
- GUZINSKI, Maria Aparecida Magnante. **Política Social para o Idoso Carente no Governo Borges de Medeiros 1898-1928**. Porto Alegre: PUC-RS, 1995. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica, 1995.
- HECKER, José. **Crítica e Saneamento do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1906.
- HOORNAERT, Eduardo et alii. **História da Igreja no Brasil. Tomo II/2**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- ISAIA, Antônio. **Os 80 Anos do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo 1903-1983**. Santa Maria: Edição comemorativa do 80º aniversário de inauguração do Hospital de Caridade de Santa Maria, 1983.
- LAYTANO, Dante de. **História da República Rio-Grandense**. Porto Alegre: [s. n., s. d.].
- MACEDO, Riopardense de. **Porto Alegre: História e Vida da Cidade**. Porto Alegre: UFRGS, 1973.
- MESGRAVIS, Laima. **A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599?-1884)**. São Paulo: USP, 1972. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo, 1972.
- PESAVENTO, Sandra Jatahy. **Memória de Porto Alegre. Espaços e Vivências**. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS; Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 1991.
- ROSEN, George. O Hospital In: **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, pp. 336-344.
- RUSSELL-WOOD, A. J. **Fidalgos e Filantropos. A Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1981.
- SCHINDLER, Anamaria Cristina. **O Estado e o Social: o Papel das Instituições de Assistência Social em São Paulo, 1880-1910**. São Paulo: USP, 1992. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade de São Paulo, 1992.
- SOUZA, Laura de Mello e. **O Diabo e a Terra de Santa Cruz**. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.
- VIANNA, Arthur. **A Santa Casa de Misericórdia Paraense. Notícia Histórica. 1650-1902**. 2. ed. Belém: Secretaria do Estado da Cultura, 1992.
- WITTER, Nikelen Acosta. **Dizem que foi Feitiço. Curadores e práticas de cura no sul do Brasil. (Santa Maria – RS, 1845 a 1880)**. Porto Alegre: PUC-RS, 1999. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Pontifícia Universidade Católica, 1999.