

Espaços de cura em Paranaguá (Paraná – Brasil) na segunda metade do século XIX

João Pedro Dolinski

Universidade Federal do Paraná
Curitiba – Paraná – Brasil
joaodolinski@gmail.com

Resumo: Este artigo busca compreender a estrutura, o funcionamento e a organização dos serviços médicos em Paranaguá (Paraná – Brasil) durante a segunda metade do século XIX. Para isso, optou-se por analisar os principais espaços de cura existentes naquela cidade durante o respectivo período, ou seja, a Santa Casa de Misericórdia e o lazareto da Ilha das Cobras. O exame das práticas médicas e hospitalares exercidas na Paranaguá oitocentista permitem o entendimento da formação da saúde pública no Paraná, uma vez que a região fora palco das primeiras iniciativas de organização sanitária e controle de epidemias. O trabalho adotará uma perspectiva mais afinada com a historiografia regional, buscando verificar a veracidade dos postulados feitos a partir de generalizações que tomam como referência o nacional ou regiões hegemônicas.

Palavras Chaves: Espaços de cura; Paranaguá; Santa Casa de Misericórdia; lazareto.

Introdução

Este artigo tem como enfoque a História Local, conforme denominada por Pierre Goubert (1968). Segundo José D'Assunção Barros (2006), o surgimento da História Local possibilitou a confirmação ou correção de problemas levantados em abordagens historiográficas desenvolvidas dentro de quadros referenciais mais amplos, capaz de ressaltar aspectos ou detalhes da realidade até então não observados pelas análises gerais. Assim, entende-se por historiografia regional o estudo de determinado tema no interior de um recorte espacial e temporal específicos, possibilitando, dessa forma, verificar a veracidade dos postulados feitos a partir de generalizações que tomam como referência o nacional ou regiões hegemônicas.

Além de recursos estatísticos, este trabalho adota também como metodologia a história comparativa, uma vez que, de acordo com Vera Alice Cardoso Silva (1990), a perspectiva regional seria um rico substrato para análises comparativas, denotando, inclusive, as continuidades e rupturas no interior de processos de mudança econômica e social. Conforme assinala Peter Burke (2012), por meio da comparação é possível compreender as ausências de determinadas práticas, sejam elas científicas, culturais, econômicas, políticas ou sociais, em uma dada cultura ou sociedade. No entanto, se o

método comparativo ajuda a iluminar determinado acontecimento, costume ou hábito, sua utilização requer alguns cuidados a fim de se evitar argumentações estáticas e etnocêntricas. Pensando nisso, buscou-se uma perspectiva mais afinada com a abordagem contextualista, abordagem esta que, conforme observa Flavio Edler (2011), articula criticamente os aspectos cognitivos do conhecimento com os contextos socioprofissionais que o regulam.

Após breve reconstrução de um panorama mais geral a respeito da saúde pública na Europa e no Brasil Imperial, centrarei a análise especificamente nas questões relativas a Paranaguá, buscando estabelecer vínculos, nexos, relações e comparações com este quadro mais amplo traçado em um primeiro momento. Em seguida colocarei em relevo aspectos ligados à formação, organização administrativa, cotidiano e ações desenvolvidas no campo da saúde pela Santa Casa de Misericórdia e o lazareto da Ilha das Cobras.

O surgimento do hospital moderno e as primeiras iniciativas de organização sanitária no Brasil

Os hospitais sofreram transformações ao longo do tempo de acordo com as mudanças operadas nas estruturas sociais das quais faziam parte. George Rosen (1980) descreve a organização e o modelo dessa instituição em diferentes contextos históricos. Durante a Idade Média, o hospital exercia função essencialmente eclesiástica. Administrados por religiosos, os pobres e mendigos recolhidos àquele espaço eram fundamentais para a salvação daqueles que praticavam a caridade. Acreditava-se que a realização de boas obras junto aos necessitados garantiria a salvação e a vida eterna. A figura do médico ainda não estava presente nos hospitais desta época.

No período compreendido entre o século XVI e meados do XIX o hospital começou gradativamente a ser controlado pelo poder público e pela iniciativa privada. Surgem então, sobretudo na Grã-Bretanha, os primeiros dispensários, hospitais gerais e hospitais para grupos específicos de doentes. Pensava-se àquela época em termos de economia social, ou seja, seria menos custoso oferecer tratamento médico a enfermos que pudessem exercer novamente uma função útil na sociedade. Entretanto, em relação aos hospitais medievais, algumas práticas e finalidades ainda foram mantidas, como a assistência aos pobres moribundos e necessitados e a manutenção da ordem social.

No final do século XVIII a representação do hospital como leito de morte começou a ser substituída por uma nova concepção, a de instituição eficaz no tratamento e recuperação de pessoas doentes. A medicina de cabeceira cedeu lugar à medicina

hospitalar e o médico assumiu a organização e administração do hospital. Até então, como observa Michel Foucault (2007), medicina e hospital não interagiam. Essa mudança, segundo este autor, se deu em função do aperfeiçoamento de uma tecnologia política, a disciplina, e da reconfiguração epistêmica da medicina, mais precisamente, do desenvolvimento do paradigma climatológico¹, onde o meio ambiente climático e telúrico era considerado responsável pelas alterações dos processos fisiológicos e, por conseguinte, das diversas patologias. Para Foucault (2007), a questão não foi a medicalização do hospital, mas a anulação de seus efeitos negativos. Assim, esse novo hospital, produto sociocultural do final do século XVIII, tornou-se um lugar de cura, registro, acúmulo e formação de saber em razão de nova distribuição interna, inversão das relações hierárquicas e organização de um sistema de registro permanente.

No Brasil, os serviços de saúde sofreram significativa transformação com a chegada da Corte Portuguesa em 1808. O controle sanitário foi intensificado também em virtude da abertura dos portos brasileiros às “nações amigas”. Dessa forma, foram transferidas de Portugal para o Brasil instituições como a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor, que substituíram a Junta do Protomedicato, criada em 1782 com a responsabilidade de fiscalizar os ofícios relacionados à cura. Eram atribuições da Fisicatura-mor fiscalizar alimentos, comércio, bebidas, medicamentos e as artes de curar. O controle destas era dividido entre físico-mor (médicos, boticários e curandeiros) e cirurgião-mor (parteiras, dentistas e sangradores). Por sua vez, a Provedoria-mor tinha como responsabilidade a inspeção sanitária dos portos.

Após a proclamação da independência do Brasil, a Fisicatura começou a ser hostilizada em função do sentimento antilusitano que a relacionava aos interesses portugueses. A lei de 30 de agosto de 1828 extinguiu os cargos de Físico-mor e Provedor-mor e suas atribuições foram transferidas para as Câmaras Municipais e Justiças Ordinárias². Em outubro de 1828, nova lei reordenou as funções das Câmaras Municipais, ampliando-as e diversificando-as. Serviços ligados à segurança, saúde pública, ordenamento do espaço urbano e o comércio local ficaram a cargo dos municípios³. Essa lei foi regulamentada em 1832 com a participação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) que se ofereceu para apoiar as Câmaras Municipais nas questões relacionadas à saúde pública. Fundada em 1829 sob a influência do movimento higienista

¹ A respeito da relação entre clima e patologia no interior dos séculos XVIII e XIX ver: Edler (2011).

² Após o Ato Adicional de 12 de agosto de 1834, os municípios perderam sua autonomia e ficaram subordinados aos governos provinciais.

³ No período anterior à emancipação política do Paraná, ocorrida em 1853, as Câmaras Municipais ficavam responsáveis pelas licenças para a execução da profissão médica. Tais licenças eram de caráter temporário e podiam ser suspensas caso fosse comprovada a incompetência do facultativo. A partir de 1886, a Inspetoria de Higiene ficou responsável pela fiscalização do exercício legal da medicina e da saúde pública da Província.

francês de fins do século XVIII, a SMRJ representa os primórdios da institucionalização da higiene no país. Em 1835 foi transformada em Academia Imperial de Medicina, e seu estatuto sofreu uma reorganização para que se adequasse aos interesses estatais, tornando-se conselheira do governo central sobre questões sanitárias. As ações em saúde pública das municipalidades receberam inúmeras críticas. Em função disso criou-se em setembro de 1850 a Junta de Higiene Pública. Em tese, a Junta tinha jurisdição nacional, embora na prática ela não exercesse tal influência, tendo o seu campo de ação limitado na maioria das vezes ao âmbito da Corte⁴.

Desde a expulsão dos jesuítas em 1759 até o raiar do século XIX o Brasil vivenciou uma lacuna cultural e educacional. Com a vinda da Família Real, tornou-se o centro administrativo do Império Português. Foram então tomadas iniciativas que tiveram grande impacto no ambiente cultural da colônia, como o estabelecimento de associações e sociedades científicas e literárias; a Imprensa Régia; a Biblioteca Nacional; o Jardim Botânico do Rio de Janeiro; o Museu Nacional e os primeiros espaços de ensino médico-cirúrgico, fundados em 1808 nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro, com o objetivo de formar médicos para ampliar o escasso quadro profissional do Império. Até as primeiras décadas do século XX, couberam às faculdades de medicina e às Santas Casas de Misericórdia as ações no campo da saúde, sobretudo a criação de hospitais e asilos.

Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá

A fundação das irmandades está vinculada ao assistencialismo e à caridade, cuja prática, segundo Maria Renilda Nery Barreto (2011), remonta ao século XI. A partir do século XV, a caridade assumiu caráter individual, distinguindo-se da assistência, que tinha cunho institucional (confraria e hospitais). Tanto a caridade como a assistência tinham em comum o aspecto religioso e devocional, ainda que ambas fossem consideradas laicas. Nesse período, o assistencialismo foi sacralizado e a doutrina da caridade, institucionalizada. Esse modelo, de acordo com Barreto (2011), envolvendo articulação entre igreja, monarquia e poderes locais, serviria como fonte de inspiração para a fundação das Santas Casas de Misericórdia portuguesas nas colônias ultramarinas.

A partir do século XVIII as Misericórdias iniciaram um processo sistemático de anexação de hospitais. Na prática isso significou a ampliação de recursos econômicos e da visibilidade das irmandades. Buscando mitigar a concorrência com outras entidades, as

⁴ Sobre a Junta Central de Higiene Pública ver: Delamarque (2011).

Santas Casas formaram um monopólio da administração hospitalar que se estendeu ao Brasil e persistiu até às primeiras décadas do século XX. A assistência à saúde durante o período imperial é considerada por alguns historiadores como um modelo eminentemente liberal, não havia intervenção incisiva por parte do poder público. No entanto, os serviços sanitários estavam centralizados e a autonomia de municípios e províncias foi relativa.

A Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá foi inaugurada em 8 de dezembro de 1836. Sua fundação está relacionada ao surgimento da Sociedade Patriótica dos Defensores da Independência e Liberdade Constitucional e à construção da capela do Senhor Bom Jesus dos Perdões. Segundo Júlio Moreira (1953), um dos principais objetivos da sociedade foi garantir a transição segura do Primeiro para o Segundo Reinado. A sociedade instalou-se em Paranaguá em 9 de outubro de 1831, durante o período regencial, arregimentando, inicialmente, quarenta e oito pessoas, todas influentes, pertencentes à elite política, econômica e social da região⁵. Logo na primeira sessão foi aprovado o estatuto que regeria a sociedade e o projeto de construção de um hospital. Segundo Moreira (1953), o comerciante Manoel Francisco Correa Junior foi o responsável pela apresentação deste projeto ao conselho da entidade em 26 de julho de 1835. Previa também a alteração do estatuto da sociedade de modo a transformá-la em irmandade de misericórdia, o que possibilitaria a manutenção de uma Santa Casa. Seus sócios passariam a pagar uma taxa anual para a manutenção do hospital.

A primeira mesa tomou posse três dias após a inauguração da Santa Casa. O compromisso da irmandade, no que dizia respeito à parte eclesiástica, fora aprovado pelo prelado da diocese D. Manoel Joaquim Gonçalves de Andrade. Em relação à parte civil e administrativa, o compromisso fora aprovado pela Assembleia Provincial, conforme a lei nº30, de 7 de março de 1836. Seu fundo inicial totalizava aproximadamente 630 mil réis⁶.

O hospital funcionou provisoriamente na casa do tenente coronel Manoel Francisco Correia, na Rua Boa Vista. O aluguel da casa foi estipulado em 10 mil réis por mês. O cirurgião Manoel José da Cunha Machado foi o primeiro médico a prestar serviços ao hospital da irmandade, tendo como auxiliares dois enfermeiros e três serventes (MOREIRA, 1953). Contudo, destoando das afirmações de Foucault (2007) a respeito do protagonismo da profissão médica na medicina hospitalar, as Santas Casas de Misericórdia, inclusive a de Paranaguá, não eram administradas somente por facultativos.

⁵ Para Barreto (2011), as irmandades da misericórdia eram subordinadas às elites locais, e constituíam um espaço de afirmação de poder e prestígio social das oligarquias, assim como, de negociação entre riqueza e pobreza.

⁶ Informações e mapas da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá enviados pelo provedor Joaquim Cândido Correa ao presidente da Província do Paraná, Antônio Barboza Gomes Nogueira. Paranaguá, 30 de novembro de 1862. Arquivo Nacional, Fundo AA, Série Interior IJ 9 430 cx 373.

Muitos de seus provedores eram membros destacados da elite local que não tinham formação específica no campo da medicina.

A construção do hospital definitivo só foi concluída em 1841, junto à capela do Bom Jesus dos Perdões, cuja existência data de 1710. Leiamos a descrição que fez dele Antonio Vieira dos Santos (2001, p. 151-152):

Sua frente é de cem palmos, fronteado com o frontispício da capela, e de fundos setenta para o lado da Rua da Misericórdia. Na face que olha para o lago do mesmo nome, tem 6 janelas de peitoril e para a rua da Misericórdia, 1 porta principal da entrada deste edifício. Suas divisões interiores são: uma grande sala onde se fazem as sessões da Irmandade, que ocupa duas janelas da frente. Tem mais uma hospedaria com uma janela, outra hospedaria maior, que tem duas janelas e nesta cabem dez enfermos, e na esquina uma sala com outra janela a cada lado e que serve de botica. Entre estas salas as divide um corredor desde a entrada até o fundo para a parte da capela do Bom Jesus de 8 palmos de largo. No lado do fundo tem uma sala e alcova, onde moram os enfermeiros e três salas que servem de enfermarias de mulheres e despejos do serviço do hospital. Em um grande puxado de continuação do mesmo edifício tem quartos de serviço, despensas da casa e cozinha.

As fontes primárias indicam que a Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá enfrentou na segunda metade do século XIX constantes dificuldades para prestar atendimento médico à população pobre em virtude da falta de recursos:

Até, senhores, por falta de meios, teve ela com dor de fechar seu estabelecimento a muitos desvalidos, recebendo apenas marinheiros, como é obrigada, por ser seus únicos réditos os emolumentos da marinha, como se demonstra da conta corrente n°7! Ainda assim o documento n°8, vos fará ver o número dos enfermos marinheiros e pobres que se tem tratado no hospital desde seu estabelecimento até 31 de dezembro do ano findo. Agora não tendo a Irmandade outros réditos além dos emolumentos da marinha, dos módicos anuais e de poucas esmolas que tudo junto chega apenas para as despesas já muito economizadas no tratamento dos marinheiros, pois talvez em breve a necessidade a force a não socorrer como é de seu dever, esses mesmos, atendendo a que esse ano parece ter decrescer muito a navegação, em razão da baixa de gêneros que exporta esta Cidade para os mercados do Rio da Prata (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARANAGUÁ, 1850, *apud* SANTOS, 2001, p. 158-159).

Vê-se assim que, segundo este documento, as principais fontes de receita da Santa Casa eram emolumentos da marinha; esmolas e anuidades dos irmãos. Porém, a documentação primária ainda revela outras fontes como: contribuições da Alfândega; joias; aluguéis; juros de apólices; subvenções provinciais e pagamento dos doentes mais abastados. Por sua vez, as principais despesas eram com tratamento e alimentação de enfermos; medicamentos; déficits que se acumulavam durante os anos; despesas com médico; vencimento dos empregados; esmolas; missas; materiais e objetos para uso do hospital. Em 1870 a irmandade tinha uma apólice da dívida pública no valor de um conto de réis a juros de 6%. Ela também recebia uma quantia da Alfândega de acordo com o movimento das exportações. Se os impostos recolhidos sofressem redução, caía o valor

repassado à Santa Casa⁷. Dessa forma, o comércio marítimo exercia influência direta sobre a assistência proporcionada pela Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá.

A citação, trazida à luz por Antonio Vieira dos Santos, informa que a assistência aos desvalidos foi suspensa em função dos poucos recursos. No entanto, confrontando com outras fontes, percebe-se que a Santa Casa de Paranaguá tinha outras fontes de receita, além daquelas mencionadas. Uma análise sucinta das receitas e despesas daquela irmandade entre os anos de 1865 a 1885 demonstra que os déficits foram inferiores aos lucros⁸. Nesse aspecto, a atuação da Santa Casa não pode ser pensada somente pelo viés caritativo, uma vez que não se mantinha apenas com doações. Entre outras fontes de renda, havia os pagamentos recebidos por doentes que podiam arcar com os custos do seu tratamento. Todo enfermo pensionista recolhido à enfermaria geral da Santa Casa pagava uma diária no valor de 2.000 réis, independente da sua condição social⁹. Para os pensionistas especiais, tratados em quartos particulares, o valor da diária era maior.

Segundo o capitão do porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, o hospital da Santa Casa não fornecia tratamento digno aos doentes, além de não tratar casos de moléstia contagiosa e epidêmica. O doente cujo tratamento duraria alguns dias na enfermaria da Companhia de Menores Aprendizizes, levaria muito mais tempo na Santa Casa, pois como eram cobradas diárias, o período de tratamento era estendido o máximo possível. Mello Carrão afirmava que a Santa Casa não exercia a caridade¹⁰.

A documentação da qual disponho pode ajudar a compreender melhor a acusação levantada pelo capitão do porto. Se analisarmos estatisticamente os relatórios e mapas do hospital da irmandade, entre as décadas de 1860 a 1880¹¹, notaremos que o número de mendigos e escravos tratados foi muito reduzido, o que pressupõe a recorrência, por parte

⁷ Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá enviado ao presidente da Província, Venâncio José de Oliveira Lisboa, pelo provedor Joaquim Cândido Correia em 25 de dezembro de 1870. Arquivo Público do Estado do Paraná, AP 344, Arquivo IJIP v.21, Ofícios. O imposto cobrado pela Alfândega e doado à Santa casa era sobre "líquidos espirituosos" e os equipamentos de embarcações entradas na barra. Quando a navegação costeira era feita com vapores e não com navios a vela, esse imposto não era cobrado. Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá enviado ao presidente da Província, Carlos Augusto de Carvalho, pelo provedor Visconde de Nacar em 25 de setembro de 1882. Arquivo Público do Estado do Paraná, AP 672, Arquivo IJIP v.26, Ofícios.

⁸ Receitas e despesas da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá. Arquivo Público do Estado do Paraná, AP 230, Ano 1866, Arquivo IJIP v.2, Ofícios; AP 293, Ano 1868, Arquivo IJIP v.20, Ofícios; AP 344, Ano 1870, Arquivo IJIP v.21, Ofícios; AP 511, Ano 1877, Arquivo IJIP v.1, Ofícios; AP 537, Ano 1878, Arquivo IJIP v.4, Ofícios; AP 672, Ano 1882, Arquivo IJIP v.26, Ofícios; AP 766, Ano 1885, Arquivo IJIP v.6, Ofícios.

⁹ Conforme Barreto (2011), a Santa Casa de Misericórdia de Salvador, em 1835, cobrava o valor de mil réis por uma diária. As receitas do hospital daquela irmandade provinham de doações; recursos do poder público; contratos firmados com a provedoria da Santa Casa; rendas de propriedades rurais e loterias.

¹⁰ Ofício enviado pela Capitania dos Portos ao presidente da Província, Rodrigo Octávio de Oliveira Menezes, em 4 de novembro de 1878. Arquivo Público do Estado do Paraná, AP 553, Arquivo IJIP v.20, Ofícios.

¹¹ Mapas estatísticos da Santa Casa de Paranaguá. Arquivo Público do Estado do Paraná, AP 147, Ano 1862, Arquivo IJIP v.18, Ofícios; AP 230, Ano 1866, Arquivo IJIP v.2, Ofícios; AP 293, Ano 1868, Arquivo IJIP v.20, Ofícios; AP 344, Ano 1870, Arquivo IJIP v.21, Ofícios; AP 456, Ano 1875, Arquivo IJIP v.1, Ofícios; AP 511, Ano 1877, Arquivo IJIP v.1, Ofícios; AP 537, Ano 1878, Arquivo IJIP v.4, Ofícios; AP 672, Ano 1882, Arquivo IJIP v.26, Ofícios; AP 766, Ano 1885, Arquivo IJIP v.6, Ofícios. Até o momento só foi possível encontrar documentação referente a esse período.

desses grupos, a métodos alternativos de cura. Constata-se ainda que a maior parte dos doentes era do sexo masculino. Entre as profissões predominaram marítimos, serviços domésticos¹² e militares. Em relação à nacionalidade dos enfermos, a maioria era de origem brasileira, mas também foi significativo o número de portugueses e italianos, indicando o aumento da imigração durante o século XIX.

Portanto, o doente típico da irmandade foi o homem branco com algum ofício que lhe permitisse arcar com pelo menos parte dos custos do tratamento. A Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá, apesar de ser um dos principais espaços de cura da Província do Paraná durante o século XIX, não foi um local relevante para o tratamento de pobres e escravos.

Lazareto da Ilha das Cobras

Um aviso circular de 10 de junho de 1855 recomendava ao governo da Província do Paraná que tomasse todas as medidas necessárias para que a população local não fosse atingida pela epidemia de cólera que assolava a Província do Pará. A principal medida de impacto na área da saúde foi a decisão de construir um lazareto na Ilha das Cobras, distante três léguas de Paranaguá. O vice-presidente da Província do Paraná, Theófilo Ribeiro de Resende, nomeou em 11 de agosto de 1855 uma comissão composta pelo delegado de Polícia de Paranaguá, pelo provedor de Saúde do porto e por um engenheiro civil para demarcar, na ilha, o local onde seria construído o hospital, que contaria ainda com uma casa para quarentena de passageiros e para alojar mercadorias. Ambos os prédios ficariam em uma parte da ilha denominada “Ponta do Corvo”. No dia 31 de agosto o governo abriu licitação para as obras. Como nenhum interessado compareceu, ficaram por conta do próprio governo, cabendo a fiscalização ao escriturário da Alfândega de Paranaguá, Francisco José Pinheiro¹³.

Segundo a comissão, o lazareto teria 50 palmos de frente por 40 de fundo, porém, Pinheiro sugeriu que fossem acrescentados mais 25 palmos de frente para que as enfermarias fossem mais amplas, sugestão aceita pelo vice-presidente da Província do Paraná. Em 22 de dezembro de 1855, Francisco José Pinheiro informou ao governo da

¹² Pode ser que a categoria “serviços domésticos” incluísse escravos, no entanto essa distinção não pôde ser verificada nas fontes primárias. Em Salvador, o hospital atendia ainda presidiários, soldados e alienados (BARRETO, 2011).

¹³ Ofício enviado pelo governo da Província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda, datado de 28 de novembro de 1857. Arquivo Nacional, Fundo AA, Série Interior IIJ 9 429 cx 373.

Província que as obras estavam concluídas, restando fazer apenas alguns aterramentos e a caiação das paredes. O custo total da obra foi de aproximadamente quatro contos e meio de réis, valor considerado elevado na época¹⁴.

O lazareto era propriedade do governo nacional, mas a Ilha das Cobras pertencia a José Pereira Malheiros, que foi “indenizado” para que a mesma passasse a pertencer ao Império brasileiro. A compra da Ilha das Cobras foi autorizada no ano de 1857, contudo, somente em 1859, o vice-presidente da Província do Paraná, Luiz Francisco da Camara Leal, persuadido pelo provedor de Saúde do Porto de Paranaguá, Alexandre Bousquet, que temia uma epidemia de febre amarela na Comarca de Paranaguá, efetivou a transação¹⁵. Segundo a nota autorizando a compra da Ilha, emitida em 30 de dezembro de 1857, o valor pago foi de um conto e meio de réis, três vezes menos que o valor pago na construção do prédio do lazareto. A documentação da qual disponho informa que nem Malheiros nem qualquer outro morador poderiam morar ou usufruir de benefícios na Ilha em virtude do fim a que se destinaria o lazareto. Os “benefícios” certamente diziam respeito à fertilidade do solo, à água abundante e de boa qualidade e à extensão da Ilha, então com perímetro de meia légua (3,3Km).

O lazareto da Ilha das Cobras, subordinado à Inspeção de Saúde do Porto de Paranaguá, mais tarde à Inspeção de Higiene da Província do Paraná, tornou-se o local para onde passavam a ser enviadas as pessoas suspeitas de portar ou já estarem acometidas por doenças pestilenciais, sobretudo, cólera, varíola e febre amarela, para que lá fossem isoladas e colocadas em quarentena, para tratamento e observação.

Quase dois anos após o término da construção do lazareto, ele foi alvo de uma inspeção minuciosa solicitada pelo governo da Província ao engenheiro civil do Paraná, Carlos Stoppani, cujas conclusões não foram nada positivas. Stoppani inicia seu relatório enaltecendo os responsáveis pela construção do lazareto, uma ação humanitária em prol da sobrevivência das futuras gerações. Elogiava o local escolhido, distante do contato humano, em terreno seco e arenoso, às margens do oceano, portanto exposto aos ventos que impediam a concentração de miasmas. Para Stoppani, externamente, o edifício do lazareto parecia um palacete, mas não julgou que estivesse em condições de fornecer

¹⁴ Ofício enviado pelo governo da Província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda, datado de 28 de novembro de 1857. Arquivo Nacional, Fundo AA, Série Interior IJJ 9 429 cx 373.

¹⁵ Relatório do estado da Província do Paraná de 1859 apresentado ao presidente, José Francisco Cardoso, pelo vice-Presidente, Luiz Francisco da Camara Leal, por ocasião de lhe entregar a administração da mesma Província. Arquivo Nacional, Fundo B5, Série Marinha XM 54. O motivo da construção do lazareto foi a epidemia desenvolvida na província do Pará, que eu suponho, teria sido de cólera morbo. Em relação à compra da ilha, ela teria sido motivada pelo receio da introdução da febre amarela na cidade de Paranaguá.

serviços de qualidade, em virtude, talvez, de a obra estar inacabada ou do abandono em que já se encontrava o prédio¹⁶.

Afirmava o engenheiro que não bastava uma sólida e elegante construção para o bom funcionamento de um lazareto; seriam necessários também bons funcionários e administradores. Quando Stoppani chegou à Ilha das Cobras, deparou-se com um edifício sem assoalho, sem forro, com portas sem fechaduras, janelas sem vidraças e telhado muito frágil. Ficou impressionado também, com o quadro caótico formado pelas camas, colchões, cobertores, roupas de cama, mesas, macas, penicos, pratos, tigelas, canecas, talheres e copos. A botica estava em igual desordem, com medicamentos acondicionados em copos e vidros destampados, alguns quebrados e espalhados pelo chão. Stoppani declarou-se inconformado com o desperdício de dinheiro público e com o fato de o presidente da Província ter sido ludibriado quanto ao real estado de conservação do lazareto¹⁷.

O edifício tinha 2.800 palmos quadrados (135,5m²), dos quais, 2.000 (96,8m²) destinados à enfermaria, com capacidade para até trinta enfermos, distribuídos em quatro quartos. Segundo Stoppani, todo lazareto deveria possuir uma botica completa, um boticário e um enfermeiro, além do médico¹⁸. A moradia deste não precisaria estar situada dentro do lazareto¹⁹, mas o boticário e o enfermeiro deveriam residir junto aos doentes, possuindo o lazareto, cômodos para esse fim. O engenheiro propunha que um dos quartos fosse destinado à botica e à moradia do boticário. Outro quarto deveria abrigar o enfermeiro e o cozinheiro quando o número de enfermos fosse reduzido, além do depósito de objetos. Argumentava o engenheiro que, com essa distribuição mais racional dos aposentos e serviços, melhoraria a condição sanitária, a confiança moral dos doentes, a conservação dos materiais, resultando tudo isso em significativa economia aos cofres do governo. Os objetos que se achavam em desordem deveriam ser organizados, numerados, inventariados e recolhidos a algum aposento. Recibos passariam a ser entregues ao zelador, que ficaria responsável pela conservação dos objetos, devendo entregá-los ao enfermeiro em bom estado quando houvesse necessidade deles. Os serviços de reforma do lazareto foram orçados por Stoppani em aproximadamente um conto e duzentos mil réis, incluindo o reparo do telhado, envidraçamento das janelas, colocação de fechaduras nas portas, confecção do assoalho e do forro.

¹⁶ Exposição a respeito do lazareto da Ilha das Cobras apresentada ao presidente da Província pelo engenheiro Carlos Stoppani. Arquivo Nacional, Fundo AA, Série Interior IJ 9 429 cx 373.

¹⁷ Exposição a respeito do lazareto da Ilha das Cobras apresentada ao presidente da Província pelo engenheiro Carlos Stoppani. Arquivo Nacional, Fundo AA, Série Interior IJ 9 429 cx 373.

¹⁸ O lazareto de Paranaguá não dispunha integralmente desses recursos. A botica não era completa e não havia um boticário que residisse no local para fornecer medicação aos enfermos.

¹⁹ Stoppani recomendava a construção de uma casa para abrigar o médico durante as quadras epidêmicas.

No entanto, tudo indica que as reformas propostas não saíram do papel, ou então os materiais nela empregados foram tão ruins que não resistiram muito, pois novos pedidos de restauração foram feitos nos anos de 1858 e 1860. Os constantes reparos sofridos pelo lazareto poderiam ser atribuídos não apenas à ausência de um zelador que cuidasse da sua manutenção, mas também à falta de planejamento e ao emprego de material ruim no edifício. Medidas preventivas poderiam prolongar o tempo útil de uma reforma, mas não foi esse o raciocínio utilizado pelas autoridades responsáveis por aquele patrimônio.

Uma comparação com o lazareto de Ilha Grande

O lazareto de Paranaguá não dispunha de alas separadas para homens e mulheres. O Dr. Ricardo Augusto da Silva Rego, inspetor de Saúde do Porto, em relatório de 1863, sugeriu que o lazareto dispusesse de um espaço para mulheres enfermas²⁰. Até esse ano, as fontes não indicam qualquer intenção de separar passageiros e enfermos por classes ou gêneros, diferentemente do que ocorria no lazareto de Ilha Grande, no litoral do Rio de Janeiro²¹.

Construído em 1884, em virtude de uma epidemia de cólera que grassava no Mediterrâneo, este último fora projetado por comissão composta pelo engenheiro do Império, Francisco Antonio de Paula Freitas; pelo inspetor de Saúde dos Portos, Dr. Nuno de Andrade e pelo Barão de Teffé, Antonio Luis Von Hoonholtz. Em relatório enviado ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Paula Freitas fez questão de frisar que os passageiros de primeira, segunda e terceira classe dos navios não deviam se misturar. Além disso, no lazareto de Ilha Grande o projeto levaria em consideração a renovação do ar e a vigilância dos quarentenários, pois o lazareto era um serviço de isolamento e não um hospital (SANTOS, 2007).

Aberto em fevereiro de 1886, o lazareto de Ilha Grande ficou subordinado à Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, órgão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O decreto 9.554, de 3 de fevereiro de 1886, dividia os serviços em administrativos e médicos. Aos primeiros caberia a conservação dos prédios. O serviço médico era responsável pelas visitas (tanto aos internos quanto aos navios), tratamento de

²⁰ Relatório da Inspetoria de Saúde do porto de Paranaguá enviado pelo inspetor Ricardo Augusto da Silva Rego ao governo da Província do Paraná. Arquivo Nacional, Fundo AA, Série interior IJ 9 430 cx 373.

²¹ No ano de 1868, em um novo orçamento para reforma do edifício do lazareto de Paranaguá, é possível constatar que um cômodo exclusivo para o internamento de mulheres já havia sido disponibilizado.

enfermos e inspeção das cartas de saúde. A internação dos passageiros teria duração conforme os períodos de incubação das doenças a controlar. Na febre amarela e no cólera era, respectivamente, de oito e dez dias. O mesmo decreto estipulava que o inspetor geral de Saúde dos Portos seria responsável pela organização de um regimento interno para o lazareto de Ilha Grande, fixando o número de empregados e suas atribuições (SANTOS, 2007).

Como vimos, o lazareto de Paranaguá era um edifício que não comportava mais do que quatro aposentos. Já em Ilha Grande existiam dois conjuntos de prédios. O primeiro consistia em seis armazéns próximos ao cais, ocupando área de 9.000m² ladeada por altos muros. Nesses armazéns fazia-se a desinfecção de cargas e bagagens. Quatro armazéns recebiam as cargas dos navios e dois estavam equipados com estufas de desinfecção sistema *Virchow*, e a elas eram levadas as bagagens dos passageiros por meio de pequeno vagão sobre trilhos. Após a desinfecção, as bagagens passavam a outro armazém onde permaneciam estocadas. Existiam ainda no lazareto de Ilha Grande construções destinadas a armazenamento de água, sistema de esgoto, caixas para lavagem dos pavilhões, dois galpões para armazenagem de materiais e fiscalização de cargas, uma casa reservada ao destacamento e à guarda da Alfândega, além de várias casas para os vigias (SANTOS, 2007).

O segundo prédio ficava em região da Ilha denominada Praia Preta e destinava-se à recepção dos passageiros. Era uma construção grande e quadrangular que abrigava até quinhentos passageiros da terceira classe. Em seu interior havia vários pequenos salões e dois pátios internos com banheiros e lavatórios. Os pavilhões para passageiros da segunda e primeira classe foram construídos em terreno que distava aproximadamente quinhentos metros da enseada. Aí foram erguidos cinco prédios divididos em blocos. Aqueles destinados à primeira classe possuíam dezesseis quartos, cada um com capacidade para até três pessoas. Os prédios destinados à segunda classe abrigavam número maior de pessoas, e seus quartos eram relativamente menores. Dois outros prédios serviam à enfermaria e ao almoxarifado. Todos os pavilhões possuíam banheiros, salas e varandas comuns, além de cozinhas e refeitórios. As refeições eram realizadas separadamente. Os serviços não eram completamente gratuitos: cobravam-se taxas de internação para a cobertura dos gastos com a manutenção de enfermos e quarentenários, variando as taxas conforme a classe, como nos navios de passageiros (SANTOS, 2007).

Sem dúvida, o número de imigrantes e passageiros que desembarcavam no porto do Rio de Janeiro era muito superior ao do porto de Paranaguá, o que explica, em parte, as diferenças entre seus lazaretos. Pelo menos até 1886, o do Paraná não dispunha de sistema de desinfecção como aquele da Ilha Grande (o que não significa que as

desinfecções não fossem realizadas). Este lazareto passou por diversas reformas, inclusive nos métodos de controle dos quarentenários, atendendo a novas necessidades impostas pelos avanços no conhecimento científico. Isso não aconteceu no Paraná, onde pessoas doentes eram alojadas junto com as sadias. No entanto, as autoridades sanitárias de Paranaguá sabiam da importância dessa separação e reivindicavam recursos para executá-la.

Ao contrário de Ilha Grande, onde eram cobradas taxas de internação, o lazareto de Paranaguá atendia gratuitamente, mas só os indigentes. Oficiais do exército, por exemplo, enviados à ilha para internação ou tratamento, tinham suas despesas pagas pelo Ministério da Guerra. Em relação aos imigrantes, tudo indica que os custos eram pagos pelo Ministério do Império.

Quando nenhum surto epidêmico ameaçava a população de Paranaguá, o lazareto permanecia desativado, sem dúvida por razões econômicas. Os serviços de vigilância e conservação do edifício pareciam não funcionar, como indica o fato de que era necessário comprar novos materiais toda vez que ele era reativado. Além de ineficácia administrativa, isso demonstra pouca preocupação com a saúde pública. A proposta mais comprometida com o patrimônio público foi sugerida somente pelo engenheiro Carlos Stoppani. Nenhuma fonte indicou-me que os inspetores de saúde do porto de Paranaguá ou mesmo os próprios presidentes da Província tivessem tomado iniciativa semelhante.

As reformas foram constantes no lazareto da Ilha das Cobras em Paranaguá, mas não para adequá-lo a novos conhecimentos científicos, e sim para evitar a completa ruína do edifício. Segundo Dalledone (1980), o governo provincial pouco podia fazer em relação à saúde pública. As iniciativas públicas de organização sanitária e controle de epidemias não tinham caráter permanente em virtude da escassez de recursos financeiros. Para José Murilo de Carvalho (1980), as áreas de saúde e saneamento, durante o Segundo Reinado, só recebiam investimentos durante as crises epidêmicas. E, de fato, no Paraná, durante as quadras epidêmicas, verbas especiais eram aprovadas por meio de decretos na tentativa de solucionar a crise rapidamente. Os investimentos em saúde não eram considerados parte da estratégia de crescimento econômico e sim despesas extraordinárias. Os gastos nessa área não eram permanentes. Em função disso, praticava-se a caridade para suprir tal deficiência. Algumas pessoas, sobretudo, desvalidos, pobres e escravos, recorriam, como mencionado anteriormente, a curandeiros e homeopatas para resolver seus problemas de saúde.

Conclusão

Inaugurada em 8 de dezembro de 1836, a Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá tem sua origem ligada à construção da capela do Senhor Bom Jesus dos Perdões e à Sociedade Patriótica dos Defensores da Independência e Liberdade Constitucional, cujo objetivo foi garantir a transição segura do Primeiro para o Segundo Reinado. As fontes primárias revelam as constantes dificuldades financeiras enfrentadas pela irmandade para manter o atendimento médico à população, porém, indicam que entre 1865 e 1885, a diferença entre receitas e despesas do hospital totalizaram saldos positivos superiores aos negativos.

A Santa Casa não era uma instituição puramente filantrópica, pois cobrava diária de 2.000 réis de todo enfermo, independente de sua condição social. Seus pacientes eram predominantemente homens brancos, brasileiros e estrangeiros, sobretudo portugueses e italianos que possuíam alguma profissão como, por exemplo, marítimo, trabalhador doméstico ou militar. O número de escravos e mendigos tratados pela Santa Casa foi muito pequeno, portanto, apesar de sua importância para a saúde pública da região, não foi um local relevante para esses grupos sociais marginalizados, que recorriam a terapeutas populares para solucionar seus problemas de saúde.

O estudo referente à Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá revelou ainda um processo de continuidade com o paradigma assistencialista medieval, ou seja, a mobilização da piedade cristã e a atribuição a grupos sociais dominantes de responsabilidade pelos indivíduos desamparados ainda estava presente nas práticas hospitalares da irmandade em pleno século XIX. Outro ponto importante a destacar diz respeito ao fato de a Santa Casa não ter sido hegemônica no cuidado aos doentes durante aquele período, em outras palavras, ela não detinha o monopólio da rede hospitalar. Para auxiliá-la no tratamento aos enfermos marítimos existia outro importante espaço de cura, o lazareto da Ilha das Cobras.

Finalizado em dezembro de 1855, o lazareto havia sido construído por receio do cólera, que grassara na província do Pará. Subordinado à Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá, era o local para onde se enviavam as pessoas suspeitas de portar ou já estarem acometidas por doenças pestilenciais, para que lá fossem isoladas, tratadas, colocadas em quarentena e mantidas em observação. O edifício media 135,5m² divididos em quatro aposentos com capacidade para até trinta enfermos, sem alas separadas para homens e mulheres. O edifício da Ilha das Cobras passou por diversas reformas para evitar a ruína completa e não para se adequar às necessidades impostas pelos avanços científicos. Porém,

ao contrário de Ilha Grande, onde eram cobradas taxas de internação, o lazareto de Paranaguá atendia gratuitamente os indigentes. A história do lazareto da Ilha das Cobras revelou uma estrutura administrativa ineficaz a nível provincial, além de problemas constatados em conjunturas mais amplas como a crônica falta de recursos e a pouca atenção dada à saúde pública.

MEDICAL SPACES IN PARANAGUÁ (PARANÁ - BRAZIL) IN THE SECOND HALF OF THE NINETEENTH CENTURY

Abstract: This paper seeks to understand the structure, functioning and organization of medical services in Paranaguá during the second half of the nineteenth century. For this, we chose to analyze the main medical spaces in that city, in other words, the “Santa Casa de Misericórdia” and the lazaretto of “Ilha das Cobras”. The analysis of medical and hospital practices exercised in Paranaguá during the nineteenth-century allow the understanding of the formation of public health in Paraná, since the area had been the scene of the first initiatives of health organization and control of epidemics. The paper has a more refined approach with the regional historiography seeking to verify the accuracy of the assumptions made from generalizations that take as reference the national or hegemonic regions.

Keywords: Medical spaces; Paranaguá; Santa Casa de Misericórdia; lazaretto.

Referências

BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa de Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: BARRETO, Maria Renilda Nery; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011.

BARROS, José D’Assunção. História, espaço e tempo. Interações necessárias. *Varia História*, Belo Horizonte, v.22. n.36, jul.-dez 2006, p.460-476.

BURKE, Peter. *História e Teoria Social*. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

DALLEDONE, Márcia Teresinha Andreatta. *Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná (1853-1889)*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em História do Brasil, UFPR, Curitiba, 1980.

DELAMARQUE, Elizabete Viana. *Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, 2011.

EDLER, Flávio. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: E. Grall, 2007.

GOUBERT, Pierre. História Local. *Revista Arrabalde*. Ano 1, n.1, maio-agosto, 1988.

MOREIRA, Júlio. História da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá (Fundação). In: *Revista médica do Paraná*. Curitiba: v.12, n.4-6, jul.-dez. 1953, p.155-162.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Ordem do Graal na Terra, 1980.

SANTOS, Antonio Vieira dos. *Memória Histórica de Paranaguá*. vol. II. Curitiba: Vicentina, 2001.

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.14, n.4, Out-Dez. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000400005>> Acesso em: 20 fev. 2012.

SILVA, Vera Alice Cardoso. Regionalismo: o enfoque metodológico e a concepção histórica, In: SILVA, Marcos A. da. *República em migalhas. História regional e local*. São Paulo: Editora Marco Zero, 1990.

SOBRE O AUTOR

João Pedro Dolinski é doutorando do Programa de Pós-graduação em História Social da Universidade Federal do Paraná.

Recebido em 30/11/2014

Aceito em 01/12/2014