CEFET/RJ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

O HOSPITAL MARÍTIMO DE SANTA ISABEL: ASSISTÊNCIA AOS ESTRANGEIROS (1851-1889)

Roberto da Silva Corrêa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Relações Étnico-Raciais (PPRER), do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Relações Étnico-Raciais.

Orientadora: Prof. Drª. Maria Renilda Nery Barreto

Rio de Janeiro
Fevereiro / 2018

O HOSPITAL MARÍTIMO DE SANTA ISABEL: ASSISTÊNCIA AOS ESTRANGEIROS (1851-1889)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Relações Étnico-raciais (PPRER), do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Relações Étnico-raciais.

Roberto da Silva Corrêa

Banca Examinadora:

_____

Presidente, Professora Dr.ª, Maria Renilda Nery Barreto (CEFET-RJ), (Orientadora)

_____

Professor Dr. Ricardo Augusto dos Santos (CEFET/RJ)

_____

Professora Drª. Dilma Fátima Avellar Cabral da Costa (Arquivo Nacional)

SUPLENTES

_____

Professor Dr. Samuel Silva Rodrigues de Oliveira (CEFET-RJ)

_____

Professora Drª. Tânia Salgado Pimenta (COC/FIOCRUZ)

Rio de Janeiro
Fevereiro / 2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do CEFET/RJ

C824 Corrêa, Roberto da Silva
O Hospital Marítimo de Santa Isabel : assistência aos estrangeiros (1851-1889) / Roberto da Silva Corrêa.—2018.
81f. + anexos : il.color. , tabs. ; enc.

Dissertação (Mestrado) Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca , 2018.
Bibliografia : f. 78-81
Orientadora : Maria Renilda Nery Barreto

1. Estrangeiros – Assistência hospitalar. 2. Hospital Marítimo de Santa Isabel (Niterói, RJ). 3. Assistência hospitalar – Niterói (RJ). 4. Saúde pública. I. Barreto, Maria Renilda Nery (Orient.). II. Título.

CDD 362.1098153

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,
Marinete da Silva Corrêa e
Sérgio Lopes Corrêa.

AGRADECIMENTOS

À Marinete da Silva Corrêa.

Ao meu pai, Sérgio Lopes Corrêa.

À minha irmã, Raquel da Silva Corrêa

À minha esposa Brenda Fonseca Machado Silva, mãe da Nicole

A minha orientadora Maria Renilda Nery Barreto, pela dedicação, carinho e ajuda na confecção da dissertação.

Ao Programa de Pós-graduação em Relações Étnico-Raciais (PPRER), do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, pela coragem pela luta contra o racismo.

EPÍGRAFE

Minha mãe por estar ao meu lado sempre.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo analisar a teia de relações entre epidemias, políticas de saúde pública, público atendido e medicina no âmbito da assistência aos estrangeiros a partir da investigação historiográfica sobre o Hospital Marítimo de Santa Isabel, criado em 03 de janeiro de 1853, pelo decreto Imperial nº 1.103, no contexto do recrudescimento das epidemias de meados do século XIX. A instituição destinou-se ao tratamento de tripulantes e passageiros de navios nacionais e estrangeiros que ancoravam no Rio de Janeiro, atingidos ou sob suspeitas de portar doenças contagiosas. O diálogo com as fontes foi mediado pelas premissas da história social da assistência à saúde, uma vez que o exercício de compreensão da criação e do funcionamento de um hospital para pacientes portadores de doenças epidêmicas fez parte de um padrão de assistência que seguiu, minimamente, um protocolo internacional, mas que foi marcado pelas especificidades da cultura científica brasileira e da organização do Estado no âmbito da saúde pública. Esta pesquisa concluiu que o Hospital Marítimo de Santa Isabel fez parte do processo de legitimação e consolidação do Estado nacional e, ao oferecer assistência aos doentes de fora, possibilitou a movimentação dos estrangeiros no porto do Rio de Janeiro – área comercial central na dinâmica econômica do Império. Ao mesmo tempo em que o nosocômio assistiu aos estrangeiros, excluiu a população escrava – principal força de trabalho do país.

Palavras-chave: lazareto de jurujuba. hospital marítimo de santa isabel. assistência à saúde. assistência aos estrangeiros.

ABSTRACT

This study aims to analyze the web of relationships that exist between epidemics, public health policy, populations being served, and medicine with regard to medical assistance provided to foreigners. For such purposes, historiographical research was done on the Hospital Marítmo de Santa Isabel, which was created on January 3, 1853, by Imperial decree number 1103, at a time when there was an upsurge of epidemics in the mid-nineteenth century. The hospital was designed to treat crewmembers and passengers of national and foreign ships that anchored in the city of Rio de Janeiro. The patients carried or were under suspicion of carrying contagious diseases. The sources used in the present study were analyzed based on the principals of a social history of healthcare, since it is understood that the creation and operation of a hospital for patients with epidemic diseases was part of a care pattern that minimally followed international protocol. However, it was also impacted by the specificities of Brazilian scientific culture and the organization of the Brazilian State with regard to public health. This investigation concluded that the Hospital Marítmo de Santa Isabel was part of the process of legitimizing and consolidating the nation state and, by offering assistance to foreign patients, allowed for the movement of foreigners into the port of Rio de Janeiro – a central commercial area that played a large role in the economic dynamics of the Brazilian empire. Even though the hospital served foreigners, it denied assistance to the enslaved population - the main labor force of the country.

Keywords: lazareto de jurujuba. hospital marítimo de santa isabel. healthcare. foreign assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Quadro referente ao Hospital Marítimo de Santa Isabel em 1856 49

Figura 2 Mapa da localização do Hospital Marítimo de Santa Isabel 50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Atendidos por nacionalidade no Hospital Marítimo de Santa Isabel	67
Tabela 2 -	Taxa de mortalidade entre solteiros, casados e viúvas do Hospital Marítimo de Santa Isabel	72
Tabela 3 -	Grupo etário dos enfermos no H.M.S.I.	72
Tabela 4 -	Taxa de mortalidade por profissões	73
Tabela 5 -	Taxa de mortalidade por horário	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN – Arquivo Nacional

APERJ – Arquivo Público geral do Estado do Rio de Janeiro

CEFET – Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca

H.M.S.I. – Hospital Marítimo de Santa Isabel

HSC – Hospital de São Cristóvão

NDC – Núcleo de Documentação da UFF

PP - Presidência da Província

R.A.L.I – Relatórios da Assembleia Legislativa do Império

UFF – Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

Introdução **14**

1 A cidade e a organização dos aparelhos de assistência à saúde **31**

1.1 As epidemias e a quarentena 35

2 Os projetos de hospitais modernos **38**

2.1 O papel dos lazaretos 38

2.2 O Lazareto de Jurujuba e o seu Regulamento 40

2.3 A transformação de Lazareto para Hospital 46

3 O Hospital Marítimo de Santa Isabel **48**

3.1 O Funcionamento do Hospital 49

3.1.1 A equipe de trabalho e as suas funções 51

3.1.2 O abastecimento do hospital 60

3.1.3 Produtos utilizados no hospital 61

3.1.4 As diretrizes para a reforma do hospital 61

3.1.5 O Atendimento 62

3.2 Os doentes 63

3.2.1 O custo do tratamento 65

3.2.2 O regulamento dos doentes 66

3.2.3 O perfil dos doentes: homens, brancos e estrangeiros 66

3.3 A taxa de mortalidade 68

3.4 O Fechamento do H.M.S.I. 74

Considerações Finais **75**

FONTES PRIMÁRIAS **77**

Referências Bibliográficas **78**

ANEXO A Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba **82**

ANEXO B Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba **83**

ANEXO C Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba **84**

ANEXO D Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba **85**

ANEXO E Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba **86**

ANEXO F Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba **87**

ANEXO G Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba **88**

ANEXO H Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba **89**

ANEXO I Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **90**

ANEXO J Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **91**

ANEXO L Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **92**

ANEXO M Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **93**

ANEXO N Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **94**

ANEXO O Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **95**

ANEXO P Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **96**

ANEXO Q Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **97**

ANEXO R Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **98**

ANEXO S Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **99**

ANEXO T Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **100**

ANEXO U Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel **101**

Introdução

Apresentação do Objeto

Essa pesquisa tem por objetivo ampliar a investigação historiográfica sobre o Hospital Marítimo de Santa Isabel, criado em 03 de janeiro de 1853, pelo decreto Imperial nº 1.103, no contexto do recrudescimento das epidemias de meados do século XIX. A instituição destinou-se ao tratamento de tripulantes e passageiros de navios nacionais e estrangeiros que ancoravam no Rio de Janeiro, atingidos ou sob suspeitas de doenças contagiosas.

Dentre as medidas sanitárias voltadas às epidemias registra-se a fundação de lazaretos. O Estado Imperial, em 1851, alugou em Jurujuba um prédio para instalação de um lazareto, sob a direção do presidente da Junta Central de Higiene Pública, Francisco de Paula Cândido. O lazareto de Jurujuba funcionou até agosto de 1851, sendo reaberto em março de 1852. O recrudescimento da epidemia de febre amarela manteve-o aberto até março de 1853, quando foi criado o Hospital Marítimo de Santa Isabel (H.M.S.I.), que funcionaria como um lazareto permanente (CABRAL, 2015). Como afirma a equipe de pesquisadores do Núcleo de Documentação da UFF, o nome do hospital Marítimo de Santa Isabel homenageou a princesa Isabel[1], filha do então Imperador D. Pedro II, sendo inaugurado em 29 de julho de 1856, na data do seu aniversário de dez anos de idade.

A diminuição das epidemias na sede da corte imperial fez com que o governo, em junho de 1860, fechasse o hospital para o público, um procedimento comum para os hospitais destinados ao tratamento de doentes vitimados por epidemias. O funcionamento foi interrompido, acontecendo apenas a manutenção do prédio. Após cinco anos o hospital foi reaberto, em 1865, devido a uma epidemia de cólera e inclusive os periódicos de época deram ênfase à visita do Imperador à instituição.

Com a falta de doentes, em 1873 o hospital foi fechado novamente. No ano de 1876, o hospital voltou a funcionar de forma permanente segundo a recomendação do Conselho de Medicina do Império, por causa das epidemias de febre amarela e varíola na cidade do Rio de Janeiro, sendo os enfermos da cidade que estavam em outras

[1] Ver mais em: NDC 36 anos: Um olhar sobre o passado e uma luz para o futuro/ Ana Maria de Holanda Cavalcanti de Sá Couto; Cecília Maria Pereira do Nascimento; Elisabeth Schineider de Sá, Márcia Japor de Oliveira Garcia; Rosale de Matos Souza. Niterói: DDC, 2006.

instituições encaminhados para o H.S.M.I. Como afirmou Shatzmayr e Cabral (2009), a instituição contava com um corpo médico qualificado e com atendimento poliglota, sendo reconhecido internacionalmente no tratamento do pessoal marítimo.

A localização do hospital era no bairro de Jurujuba, em Niterói (também chamada Terras do Além), de frente para a Baía de Guanabara. O local foi uma sesmaria pertencente aos jesuítas, cujo nome vem do latim *charitas*, que significa caridade. Já o nome Jurujuba vem de uma fazenda do século XVIII, onde o prédio histórico se encontra preservado até hoje. Cabe enfatizar que no século XIX a região tinha uma baixa densidade demográfica, o que era requisito importante para a criação de um lazareto e para o procedimento de quarentena dos doentes; já os navios ficavam ancorados por prevenção, daí o nome do morro hoje na região se chamar Preventório (COUTO, et al. 2006).

A pesquisa em desenvolvimento tem por finalidade investigar a fundação, o funcionamento e a população atendida no hospital Marítimo de Santa Isabel, de 1851 a 1889. A proposta é apreender a teia de relações entre epidemias, política de saúde pública, público atendido, medicina e assistência aos imigrantes.

O interesse pela assistência à saúde no II Reinado começou no contato com os relatórios da assembleia legislativa do Império, quando iniciamos as pesquisas preliminares que culminaram no projeto de seleção para o mestrado de Relações Étnico-raciais apresentado no CEFET/RJ, em novembro de 2015, intitulado: O Atendimento Médico no Hospital Marítimo de Santa Isabel aos Imigrantes e Escravos na Metade do Século XIX. Naquele momento pesquisávamos a interiorização da assistência no atendimento aos escravos. Porém, o contato permanente com as fontes primárias revelou uma rica documentação sobre o hospital Marítimo de Santa Isabel, redimensionando a intenção de pesquisa para uma temática que ainda não foi explorada de forma aprofundada pela historiografia.

O diálogo com as fontes foi mediado pelas premissas da história social da assistência à saúde, uma vez que o exercício de compreensão centrou-se na dinâmica de grupos sociais e inter-raciais que foram submetidos a um padrão de assistência que seguia, minimamente, um protocolo internacional, mas que foi marcado pelas especificidades da cultura política e científica brasileira. O quotidiano desse local de assistência, a identificação dos assistidos, a dinâmica de administração do espaço hospitalar e as tensões em torno da doença epidêmica marcaram o olhar para as fontes.

Os assistidos foram estrangeiros, ou seja, grupos alijados de uma estrutura familiar e/ou de solidariedade que os acolhesse em momento de vulnerabilidade. A historiografia recente vem apontando a tendência da assistência hospitalar no Brasil

do século XIX destinar-se àqueles que não possuíam redes de solidariedade na cidade, a exemplo dos marítimos estrangeiros (BARRETO, 2013).

As fontes investigadas são de natureza institucional e governamental em destaque os relatórios da assembleia legislativa do Império (1851-1889), a documentação do Arquivo Geral do Estado do fundo presidência de província, a documentação do acervo do Arquivo Nacional da série saúde e os periódicos *Annaes Brasilienses de Medicina*, *O Diário do Rio de Janeiro*, *O Globo*, *Actualidade* e o *Diário do Povo* de 1851 a 1889, disponíveis na hemeroteca da Biblioteca Nacional.

A temática da pesquisa se enquadra no programa de Pós-Graduação em Relações Étnico-Raciais, que entre os seus objetivos busca compreender os argumentos para organização de políticas públicas voltadas a grupos étnicos. Em nosso caso, o olhar está voltado para o passado, para o Brasil do século XIX, para os argumentos utilizados pelo Estado e pelos médicos, usados na criação e manutenção de um hospital destinado a estrangeiros.

Problematização

O objetivo geral é compreender o processo de criação, organização e funcionamento do hospital Marítimo de Santa Isabel, na segunda metade do século XIX. Interessa a essa pesquisa identificar os assistidos, a dinâmica de administração do espaço hospitalar e as tensões em torno da doença epidêmica.

A partir desses objetivos, a questão central da investigação está na representação desse hospital. Qual o papel do estado Imperial? Qual o significado dessa alternativa de assistência, diversa do modelo caritativo/privado, prestada pelas irmandades? Quais os atores sociais envolvidos na criação e administração do hospital Marítimo de Santa Isabel? Como funcionava o hospital? Qual a população atendida?

A pretensão deste trabalho é responder as indagações acima, a partir da análise da documentação do hospital Marítimo de Santa Isabel (H.M.S.I.). Com uma verificação criteriosa das fontes primárias listadas acima e com uma revisão historiográfica sobre assistência e hospital, fizemos um estudo de caso com objetivo de contribuir para compreensão da assistência à saúde pública no Brasil Império, marcadamente voltada para estrangeiros.

Objetivos

O Estado Imperial brasileiro, na segunda metade do século XIX, promoveu políticas públicas na área da assistência à saúde para combater as epidemias, distanciando-se da filantropia[2] e da caridade. Com isso, a pesquisa tem como intuito a utilização de um estudo específico sobre uma instituição hospitalar para interpretar a dinâmica da assistência à saúde e do tratamento hospitalar no Império, destinados aos estrangeiros, em contexto de doenças epidêmicas.

O estudo que realizamos abrange uma instituição criada e mantida pelo poder público, daí o olhar para as fontes foi orientado a partir dos seguintes objetivos específicos:

1- Relacionar a criação do hospital ao contexto das grandes epidemias do século XIX.
2- Identificar os grupos que idealizaram a criação do hospital e suas relações com a Corte.
3- Pesquisar como se deu o funcionamento do lazareto de Jurujuba.
4- Apontar as diferenças do lazareto de Juruba para o hospital Marítimo de Santa Isabel.
5- Investigar como se dava o funcionamento do hospital Marítimo de Santa Isabel.
6- Mapear o corpo médico e os profissionais de saúde que trabalharam no hospital.
7- Identificar o perfil dos doentes atendidos por nacionalidade, sexo, idade e profissão.
8- Entender o hospital Marítimo de Santa Isabel como um agente de mobilidade social.

O recorte cronológico

O recorte temporal da pesquisa situa-se de 1851 a 1889, período em que a instituição atuou sobre a tutela do Império, sendo a sua criação motivada pela epidemia de febre amarela nos anos de 1849, 1850 e 1851, na capital do Império. Porém, para entendermos o percurso do processo de racionalização, institucionalização e organização dos equipamentos de assistência à saúde no Império, temos que ir às décadas de 30 e 40 do século XIX, na construção do estado nacional.

O período regencial foi um momento histórico marcado por revoltas que se multiplicaram pelo Brasil com diversas reivindicações, entre a mais importante, o

[2] A diferença entre caridade, filantropia e assistência. Ver mais em (SANGLARD, 2013).

federalismo. O avanço das rebeliões de diversas camadas sociais levou ao país a uma intensa instabilidade política e o governo central, por sua vez, se preocupou em reprimir as manifestações para manter o território nacional, a grande propriedade e a mão de obra cativa.

Os liberais moderados, liderados pelo regente Diogo Antônio Feijó, governaram com um viéis federalista. A ideia era fazer concessões aos revoltosos em troca da estabilidade política. Em 1837, o insucesso do governo dos liberais levou a saída deste grupo e a entrada dos conservadores, com o regente Araújo Lima, que promoveu a repressão às rebeliões e a concentração do poder. Em 1840, a centralização foi corroborada pelo golpe da maioridade que possibilitou um processo de estabilidade política e abriu caminho para a reforma do estado imperial, em direção de maior domínio do aparelho estatal, especialização dos órgãos/instituições e da normatização da burocracia institucional (CAMARGO e CABRAL, 2017).

A lei nº 243, de 30 de novembro de 1841, possibilitou ao Império executar reformas nos aparelhos estatais, desde que fossem submetidas e aprovadas pela assembleia geral. Nesse sentido, aconteceu a ampliação da reorganização estatal que permitiu o Estado reformar instituições em prazo de um ano, como a inspeção de saúde dos portos. Esta instituição foi criada em 1829, sendo sua administração de responsabilidade do município do Rio de Janeiro até o início da década de 40, quando a sua gerência e atribuições foram transferidas para o governo imperial, pelo decreto nº 268, de 29 de janeiro de 1843. A centralização administrativa possibilitou avanço significativo dos serviços sanitários no Brasil, porque promoveu uma homogeneização dos procedimentos sanitários nos portos, adotando as diretrizes internacionais de profilaxia (BARBOSA; REZENDE, 1907; CABRAL, 2017).

A vigilância sanitária em uma cidade portuária como o Rio de Janeiro era estratégica para os negócios, pois se o controle sanitário fosse bem sucedido, aumentaria as relações comerciais e a política imigracionista. O porto era visto como a porta de entrada das epidemias, por isso a política sanitária dos portos[3] antecedeu a institucionalização por parte do Império dos serviços de saúde (REBELO, 2010).

A Secretaria de Negócios do Império, em 1843, concentrou a administração dos serviços de higiene e saúde pública. Sendo assim, durante o Império, o poder central foi responsável pela junta de higiene, repartições de higiene de saúde pública, lazaretos, Instituto Vacínico do Império, Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. A preocupação por parte das autoridades com as medidas sanitárias fez

[3] Em seu trabalho Rebelo (2010), explica que antes da montagem por parte do Império dos serviços de saúde, foi priorizada a política sanitária dos portos, visto como a porta de entrada das doenças infectocontagiosas.

com que o saber médico fosse valorizado, dando notoriedade à Imperial Academia de Medicina nas diretrizes do regulamento sanitário dos portos (FONSECA, 2008).

A reforma do Estado Imperial na administração pública, nas décadas de 40 e 50 do século XIX, foi uma das sinalizações da edificação do Estado-nação, demonstrando um processo de modernização estatal em novas bases, em detrimento das antigas instituições portuguesas. Nesse sentido, tivemos o código comercial, a lei de Terras, a lei Eusébio de Queirós, a Comissão Central de Saúde Pública e a Junta de Higiene Pública, criada pelo decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850 (CABRAL, 2017).

A criação da Junta de Higiene se refere à epidemia de febre amarela que em dezembro de 1849 atingiu a cidade do Rio de Janeiro. A resposta das autoridades foi a fundação, em 14 de fevereiro de 1850, da Comissão Central de Saúde Pública, composta por médicos [4] filiados à Academia Imperial de Medicina. Em 1851, a Comissão foi transformada em Junta de Higiene, que denotou do ponto de vista institucional a centralização estatal na criação de políticas públicas de saúde. Essa repartição tinha como primazia a promoção do livre-comércio nos portos e a intensificação da colonização europeia para o trabalho na lavoura cafeeira (GONÇALVES, 2005).

O Império, a partir de 1850, fundou lazaretos[5] em ilhas e hospitais, além de executar obras de saneamento e proibir o enterramento em igrejas, visando evitar o contágio das doenças. O Lazareto, na ilha de Jurujuba em Niterói, foi criado pelo governo imperial em 1851, a fim de colocar o país em um patamar internacional nas medidas de profilaxia e de combate das epidemias. Atendia às reclamações dos ingleses (principais parceiros comerciais do Brasil Império) contra o procedimento de quarentena, que prendia os navios nos portos, atrapalhando o comércio, portanto, demonstrando os esforços das autoridades em atenuar as causas da expansão da doença na cidade do Rio de Janeiro.

Em 1853 o lazareto foi transformado em hospital. Essa transformação não foi uma simples mudança de nomenclatura. Percebe-se outra concepção estatal de como intervir na área da assistência à saúde. Com isso, o hospital funcionou nos anos 60,

---

[4] Como afirma Gonçalves (2005) a criação da Comissão Central de Saúde Pública e *aposteriore* da Junta de Higiene não significou a legitimação de uma elite médica no aparelho do Estado. Ao contrário, a Academia Imperial de Medicina perdeu o monopólio de conselheira relacionada às medidas de saúde.

[5] Em 1850, foram construídos os Lazaretos da Ilha de Bom Jesus, o do Saco de Alferes e o Hospital Nossa Senhora do Livramento. Além de Lazareto da Ilha de Maricá (ano indefinido) e o Lazareto da Ilha Grande em 1886. "Os Hospitais de Isolamento". Disponível em <http://ibamendes.com>. Acesso em: maio de 2016.

70 e 80 do século XIX, como referência no tratamento de marítimos com doenças infecto-contagiosas.

A reforma sanitária feita em 1889, com o decreto lei nº 10.181, determinou a criação de hospitais para isolamento e tratamento das pessoas acometidas por febre amarela no perímetro da cidade. A ideia e a prática de isolar os enfermos em instituições hospitalares promoviam a desinfecção dos objetos e das residências dos doentes, tratamento similar dos antigos lazaretos coloniais, dos quais os indivíduos eram isolados, mas não a doença (OLIVEIRA, 2005).

As transformações políticas no final do século XIX no Brasil, com o fim do regime monárquico e a proclamação da República, ocasionaram mudanças na questão da assistência. As instituições herdadas pela República foram reestruturadas seguindo os princípios do federalismo e da descentralização, corroboradas pela constituição de 1891. Contudo, as mudanças foram fragmentadas, feita por uma sucessão de decretos que eram motivados em alguns momentos pelas disputas políticas de grupos dentro do aparelho estatal e em outros pela divergência acerca da organização sanitária (BENCHIMOL, 1999). Portanto, estas outras correlações de forças no que tange à assistência, configuradas por um novo cenário político, com outros atores sociais, extrapola o objetivo desta pesquisa que é a investigação do hospital Marítimo de Santa Isabel, no Império.

Metodologia

O desafio desta pesquisa é analisar o papel desempenhado pelo hospital Marítimo de Santa Isabel, na segunda metade do século XIX, no contexto do recrudescimento das epidemias de meados do século XIX, destinado ao tratamento de tripulantes e passageiros de navios nacionais e estrangeiros que ancoravam no Rio de Janeiro, atingidos ou sob suspeitas de enfermidades infecto-contagiosas. A proposta é apreender a teia de relações entre epidemias, políticas de saúde pública, público atendido, medicina e assistência aos estrangeiros. Para isso, pretende-se centrar a atenção no quotidiano desse local de assistência, na identificação dos assistidos, na dinâmica de administração do espaço hospitalar e nas tensões em torno da doença.

No intuito de traçar esse panorama, optamos por dois caminhos metodológicos que foram executados em concomitância. O primeiro foi localizar e estudar todas as publicações disponíveis que abordam, direta ou indiretamente, o HMSI; a segunda ação foi iniciar o levantamento das fontes primárias sobre o hospital Marítimo de Santa Isabel em arquivos, bibliotecas e por meio digital. A partir do cruzamento dessas fontes respondemos, ao longo dos capítulos, aos objetivos propostos.

Fontes e Arquivos

O primeiro contato com as fontes foi em outubro de 2015 – por ocasião da construção do projeto de pesquisa para a seleção do mestrado em Relações Étnico-raciais do CEFET – quando iniciamos a leitura dos relatórios da assembleia legislativa do Império de 1851 até 1889, que se encontram digitalizados na internet, disponíveis eletronicamente.

Nesses documentos nos deparamos com informações diversas sobre o H.M.S.I., como o recolhimento de marítimos estrangeiros doentes para a Santa Casa de Misericórdia e com o agravamento da epidemia de febre amarela, a necessidade da abertura do lazareto de Jurujuba, em 1851. Esses documentos sinalizam a movimentação de doentes, as medidas de quarentena, a manutenção do prédio, o período em que a instituição ficou aberta e a visão das autoridades sobre as causas das epidemias.

Em novembro de 2015 exploramos a Biblioteca Central do Gragoatá, no campus da UFF em Niterói, porque parte do prédio que constituía o H.M.S.I. pertence hoje à Universidade. Em uma conversa com a responsável da biblioteca, fui apresentado a um artigo sobre o histórico do prédio intitulado: *NDC 36 anos: Um olhar sobre o passado e uma luz para o futuro*. Na ocasião fui orientado a conhecer o Núcleo de Documentação da UFF (N.D.C.), no bairro de Jurujuba (Niterói), localizado no prédio do antigo hospital. Entretanto, uma greve dos servidores federais impossibilitou o acesso ao acervo e ao arquivista. Mantive contato por e-mail com a instituição e consegui agendar, depois de alguns dias, uma entrevista com o arquivista responsável. Infelizmente, não foi localizada nenhuma documentação do século XIX referente ao H.M.S.I.

Outra possibilidade de encontrar documentação sobre o hospital seria o arquivo da Câmara Municipal de Niterói, porque as responsabilidades na execução de medidas de combate às epidemias no século XIX eram compartilhadas entre o Império e a municipalidade. Com isso, fiz uma visita ao arquivo, em janeiro de 2016, o qual exigiu como procedimento para a pesquisa ao acervo a abertura de um protocolo. Após o prazo da burocracia institucional, retornei ao arquivo, sem sucesso de pesquisa por conta de reorganização deste, segundo os responsáveis pela instituição. Retornei em março de 2017; o arquivista responsável separou uma série de livros contendo atas da câmara de um período que abrangia a segunda metade do século XIX. Os documentos apresentados são muito diversos e estão mais ligados a

questões burocráticas. Encontrei relatos de epidemias e da higiene pública, mas nada que remetesse ao hospital Marítimo de Santa Isabel.

A visita ao Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro ocorreu em janeiro de 2017. Após chegar ao prédio, realizei os processos de cadastramento e identificação com os seguranças do arquivo. O setor de documentação fica no 3º andar. Foi necessária uma triagem, desta vez com uma senhora que regulava a entrada no setor. Após descrever o que desejava pesquisar, dando datas e nomes, fui informado de que havia uma grande chance de não existir documentação sobre este tema. A arquivista responsável informou que toda documentação do arquivo é voltada ao município do Rio de Janeiro e recebi a informação de que não havia nada referente ao H.M.S.I. Após consultar o banco de dados, as arquivistas confirmaram a inexistência de documentação.

A pesquisa no Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro foi em fevereiro de 2017. Ao passar pelo cadastramento, fui encaminhado ao 3º andar do prédio onde se encontra a sala de pesquisa e a documentação. Uma das arquivistas me recebeu prontamente e me explicou como funcionava a pesquisa no banco de dados. Além disso, fui informado de que o objeto da pesquisa seria encontrado, apenas, no fundo presidência da província (PP), que abrange períodos relativos ao século XIX.

A pesquisa foi feita em um computador, digitando todos os nomes possíveis no banco de dados. Rapidamente, encontrei títulos que remetiam de forma direta ao hospital Marítimo e às suas finalidades, além de documentação referente aos indigentes, imigrantes e ao cemitério do hospital. Esse material está em processo de análise e não foi incorporado nesta dissertação.

A pesquisa ao Arquivo Nacional começou em março de 2017 e foi direcionada pelas referências do artigo de Cabral (2015), intitulado *Hospital Marítimo de Santa Isabel*. A documentação encontrada sobre a instituição foi da série saúde, possibilitando inúmeras informações sobre o H.M.S.I., tais como o regulamento interno do lazareto e do hospital que estão no anexo, a relação do material comprado para a botica, a folha de pagamento dos funcionários dentre outros.

Shatzmayr e Cabral (2009) afirmam que uma parte da documentação sobre a instituição se encontra no Museu de Marinha da Holanda. Com isso, de forma quase que imediata entrei em contato por e-mail com os museus marítimos da Holanda, perguntando sobre a possível documentação. No entanto, apesar de receber respostas dos arquivistas, nada foi encontrado.

Na hemeroteca da Biblioteca Nacional privilegiamos os jornais que apresentavam maior número de ocorrências sobre a instituição e situados no mesmo recorte temporal da pesquisa, ou seja, de 1851 a 1889. Os jornais pesquisados foram:

Annaes Brasilienses de Medicina, *O Diário do Rio de Janeiro*, *O Globo*, *Actualidade* e o *Diário do Povo.* Ao todo foram lidas 37 matérias, as quais trazem artigos que revelam o movimento dos doentes, do corpo clínico, da estrutura física, da dieta e dos salários dos funcionários, além de matérias que retratavam os dados da saúde pública, as críticas ao governo pelo gasto com a instituição, as obras do cemitério e os elogios de capitães estrangeiros à equipe do hospital.

O *Diário do Rio de Janeiro* foi um jornal que descrevia o dia a dia do hospital como, por exemplo, a dieta da instituição, edital de compras com os itens especificados e informações como horário de visita, ademais de narrar a estrutura física da instituição e da natureza no entorno. Nossa atenção voltou-se para as matérias que tratavam do pagamento do tratamento dos marítimos estrangeiros, questionando se esse deveria ficar a cargo do Estado ou das empresas.

O *Actualidade* foi um jornal que produziu matérias mais críticas sobre o H.M.S.I., como exemplo, a observação feita sobre o prédio do hospital, edificado em cima de um lago e os altos gastos da instituição com funcionários, nos períodos que não tinham surtos epidêmicos.

O *Diário do Povo* seguia uma linha descritiva dos fatos mais significativos do hospital. Em 1868 foi dado ênfase à visita do imperador ao hospital, onde estavam aquartelados os aprendizes de marinheiros.

Por fim, desejamos destacar a tese do médico José Maria Teixeira apresentada à Academia Imperial de Medicina, intitulada *Estudos sobre a Febre Amarela observada no Hospital Marítimo de Santa Isabel* (1877), encontrada nos *Annaes Brasilienses de Medicina*. Essa obra foi de fundamental relevância, porque possibilitou mapear vários dados estatísticos sobre o H.M.S.I., do período de março a junho do ano de 1877. Permitiu também a visualização da relação entre a medicina, epidemias e as políticas de saúde pública no Império.

O Globo, no último quartel do século XIX, trouxe informações significativas sobre o H.M.S.I., relatando a criação de um lazareto flutuante a 600 metros da instituição, descrevendo os procedimentos de quarentena e até os salários dos funcionários.

Revisão Historiográfica sobre o hospital Marítimo de Santa Isabel

Dentre os estudos que tratam, direta ou indiretamente, sobre o hospital Marítimo de Santa Isabel destaca-se *Hospital Marítimo de Santa Isabel*, de autoria da pesquisadora Dilma Cabral (2015).

O verbete inicia apresentando o decreto imperial de criação do hospital em 1853. Entretanto, para explicar este momento a autora se remete à vinda da Corte para o Rio de Janeiro, em 1808, mostrando as mudanças sofridas pela cidade, tais como o aumento populacional, a intensa atividade portuária e a questão da insalubridade do espaço público, fatores que contribuíram no meado do século XIX para o aparecimento de surtos endêmicos e epidêmicos que vitimavam tanto os locais como os estrangeiros. Com esta narrativa construída, o artigo passou a focar nas epidemias de febre amarela e de cólera que atingiram a cidade do Rio de Janeiro em meados do século XIX, levando as autoridades do Império a criarem os lazaretos (da ilha de Bom Jesus, do Saco do Alferes, Hospital Nossa Senhora do Livramento) e o Hospital Marítimo de Santa Isabel. A partir deste momento, o artigo traça a trajetória do H.M.S.I. no Império, utilizando como fonte primária os decretos-leis, referentes ao hospital e às políticas de saúde da época.

O verbete foi de significativa importância, pois possibilitou uma visão panorâmica em relação ao hospital no contexto das epidemias, além de citar e identificar as fontes documentais sobre o hospital no Arquivo Nacional.

Outro trabalho que nos deu alguma pista sobre o H.M.S.I. foi o histórico do prédio do Arquivo Central do Núcleo de Documentação da UFF, feito pela pesquisadora Rosale de Mattos Souza (2006). O artigo foi escrito por ocasião da comemoração do aniversário de 36 anos do NDC, instituição que funciona até hoje no antigo prédio do H.M.S.I. O objetivo do artigo foi fazer um histórico do prédio até os dias de hoje e não do hospital, mas, ainda assim, o texto foi útil por trazer um breve histórico da região e a descrição do ambiente físico em torno da instituição no século XIX.

O artigo de Maria Isabel de Jesus Chrysostomo e Laurent Vidal (2014), intitulado “Do depósito à hospedaria de imigrantes: gênese de um "território da espera" no caminho da emigração para o Brasil”, tem como objetivo apresentar os diversos tipos de hospedarias de imigrantes, desde as primeiras experiências em 1808 até 1930. Os autores mostram, no decorrer do texto, como o aumento das epidemias no meado do século XIX teve como consequência a criação dos lazaretos em ilhas, por parte das autoridades do Império.

A política de quarentena e, portanto, de isolamento dos estrangeiros, levou à criação do lazareto de Jurujuba, em 1851. Além disso, menciona em 1853 o decreto-lei que criou o hospital Marítimo de Santa Isabel para atender marítimos, estrangeiros e viajantes que estavam enfermos, ou indivíduos com suspeita de contágio por doenças infecto-contagiosas. O trabalho ainda segue, de forma cronológica,

apresentando as diversas formas de atendimento aos imigrantes, chegando até as hospedarias em 1930.

Já a obra de Shatzmayr e Cabral (2009), intitulada "A Virologia no Estado do Rio de Janeiro: Uma visão Global", tem como meta identificar as principais epidemias que afetaram a cidade do Rio de Janeiro nos séculos XIX e XX, além de apresentar o histórico das instituições criadas pelo poder público para o tratamento médico da população enferma. O texto, ao falar da febre amarela, cita o hospital Marítimo de Santa Isabel, utilizando uma pintura da instituição em 1856, outra em 1922 e uma foto de 2006. A contribuição desse texto está na informação sobre a equipe médica e de enfermagem do hospital, caracterizada como poliglota e a qualificação de que era um dos melhores hospitais do mundo no tratamento de marítimos.

Conceitos

A assistência social na atualidade é um tema importante e polêmico. A sua gênese remete ao processo histórico de transição do fim da Idade Média e do início da Idade Moderna, conjuntura que vivenciou um aumento significativo da pobreza e, portanto, da questão social[6]. Com isso, as redes primárias de solidariedade oriundas do medievo não foram mais capazes de dar conta da proteção social aos indivíduos, pois "a sociabilidade primária é definida como os sistemas de regras que ligam diretamente os membros de um grupo a partir de seu pertencimento familiar, da vizinhança, do trabalho" (CASTEL, 2010,59). A existência de redes de interdependências sem a mediação de instituições específicas na Idade Média, por exemplo, era uma forma importante de assistência, uma proteção próxima.

Com a modernidade tivemos a formação de uma estrutura social mais complexa, junto a uma diluição das redes de solidariedades primárias. Assim, surgiram novos atores sociais no campo do serviço social que buscaram um processo de instrumentalização e de racionalização da assistência para intervir na questão social. É o que Castel (2010) chama de sociabilidade secundária, quando o atendimento aos carentes constitui objeto de práticas especializadas. Desta forma, o hospital, o orfanato, a distribuição organizada de esmolas são instituições "sociais". Procedem ao tratamento particular (especial e especializado) de problemas que, em sociedades menos diferenciadas, eram assumidos sem mediação pela comunidade. Sob configurações históricas concretas, o social-assistencial apresenta certo número de características formais.

---

[6] Ver mais Castel (2010).

A igreja foi a principal instituição mantenedora e administradora da caridade, edificando uma relação intrínseca entre assistência e salvação. A ação caritativa tem uma motivação religiosa comum ao cristianismo que se refere ao temor a Deus em uma atitude de resignação ante à pobreza, além do anonimato ser importante (SANGLARD, 2013). Todavia, a Igreja sozinha não deu conta do aumento da questão social, fazendo com que novos atores sociais se mobilizassem para intervir.

O Estado moderno e parte da sociedade civil criaram novas estratégias de assistência para atender os mais humildes, tendo um duplo objetivo: atenuar a questão social para manutenção do *status quo* e utilizar do ato ou da responsabilidade de assistir para se legitimarem frente à sociedade.

O pluralismo das políticas assistenciais tornou a assistência cada vez mais elemento em disputa, pelos diversos atores sociais. Assistir e determinar critérios de quem deve ser assistido se tornou parte de um jogo político pelo poder e por prestígio social. Com isso, emergiram instituições diversas: eclesiásticas e laicas, privadas e públicas, centrais e locais (CASTEL, 2010).

O discurso e a ação de quem deve ser atendido e quem vai assistir é intrincado em uma teia conflituosa que captura os diversos atores. A ideia é conseguir diferenciar entre o beneficiário "vagabundo" e o "inválido", porque o indivíduo capaz de trabalhar não deve ser atendido por uma questão moral de uma sociedade que segue a lógica do trabalho. Dois critérios são importantes para definir quem merece ser assistido: o do pertencimento comunitário e o da inaptidão ao trabalho. A assistência acolhe preferencialmente os que são carentes e "honestos", mas com pertencimento geográfico (CASTEL, 2010).

O final da Idade Média foi marcado pelo renascimento comercial na Europa, tendo como consequência um maior afluxo de indivíduos entre o oriente e o ocidente, o aumento demográfico das cidades e uma intensificação das mercadorias nos portos. Este cenário urbano de desenvolvimento agravou alguns problemas sociais como a violência, a falta de moradias, lixo na rua, esgoto a céu aberto, os matadouros de animais nas feiras, a insalubridade; portanto, fatores oportunos para a disseminação de epidemias como a peste negra.

O espaço urbano medieval foi um facilitador para propagação de doenças que afetaram a população europeia, entre os anos de 1200 e 1300. O aumento do número de leprosos fez com que as autoridades elevassem o número de asilos para os doentes, daí o termo leprosário. No século XIV tivemos a difusão da peste Bubônica e novamente ocorreu um acréscimo dos leprosários, chamados de lazaretos por causa de São Lázaro, tendo como ideia separar/isolar os doentes da comunidade (PORTER, 2004).

Concomitantemente aos lazaretos, a instituição hospitalar se originou no processo de especialização e de territorialização da assistência como espaço legítimo do atendimento aos inválidos. Os primeiros hospitais[7] são fundados entre os séculos XII e XIII e de uma forma geral eram administrados pelos municípios, deixando de ser um monopólio da Igreja. A partir do fim do século XIII, o exercício da caridade tornou-se uma espécie de serviço social local, que era de responsabilidade dos diversos atores sociais e do governo da cidade (CASTEL, 2010, p. 72).

A assistência à saúde pode acontecer em vários espaços, no ambiente privado de caráter doméstico ou o espaço privado organizado para assistir e acolher os doentes, loucos e inválidos. Para dar conta das epidemias que vitimavam a população em todos os continentes, tivemos a proliferação de espaços especializados para o atendimento aos assistidos como os hospitais, que tinham uma dupla finalidade, a de curar os doentes e amenizar a pobreza (PORTER, 2004).

Nos séculos XVI e XVII, o hospital geral[8] era uma instituição de assistência e reclusão dos indivíduos. O trabalho forçado entremeado de incessantes orações, a aprendizagem da ordem e da regularidade foram receitas bem conhecidas de uma pedagogia autoritária. Acreditava-se na ideia de que a reclusão fosse para o indivíduo um processo de reeducação, de ressocialização que o habilitava ao retorno à comunidade e à utilidade para o Estado (CASTEL, 2010).

No século XVIII a instituição hospitalar começou a se separar da caridade, com o início da clínica médica e da pesquisa médica. O processo de medicalização do hospital fez com tivéssemos a especialização e a profissionalização das funções médicas, diagnósticos de doenças e o acompanhamento dos pacientes. O tratamento hospitalar passou a ser mais completo, tendo os convalescentes abrigo e comida. De forma processual, o ambiente do hospital passou a ser entendido como um espaço de cura e salvação (PORTER, 2004; FOUCAULT, 2001).

O hospital foi entendido pelo corpo social como espaço reconhecido de ajuda, sendo a sua transformação relacionada à própria metamorfose do Estado. Por isso, o atendimento hospitalar se modificou da disciplinarização dos assistidos — inclusive com a reclusão dos "indesejáveis" socialmente — para a profissionalização. Sendo assim, a assistência hospitalar se especializou em local de atendimento aos doentes e

---

[7] Segundo Porter (2004), o hospital como tratamento dos doentes surgiu na era cristã, associado à caridade do Cristianismo. Constantino "oficializou" o Cristianismo e criou os hospitais.

[8] Para Foucault (2001) é importante a separação metodológica entre Medicina e hospital. A Medicina nos séculos XVI e XVII era individualista e o hospital o lugar de colher e proteger.

a partir daí a vinculação com a medicina e com as escolas e faculdades de medicina (CAVALLO, 1989).

Para esta dissertação interessa compreender o hospital em sua configuração moderna, como espaço especializado, com hierarquização das profissões, voltado à cura dos doentes, em estreita conexão com o saber médico-acadêmico.

No Império Português, diferentemente de outros estados europeus, a assistência estava na esfera da caridade. O modelo que predominou foi o das Santas Casas da Misericórdia – instituições privadas e laicas que exerciam uma função pública. O processo se iniciou com a Rainha Leonor na criação da Misericórdia de Lisboa, em 1498, e foi exportado para a América Portuguesa como um elemento da colonização. Com isso, no Brasil Colônia as câmaras municipais e as misericórdias formaram uma rede de serviços de saúde, recolhimento de órfãos e de auxilio à pobreza (FRANCO, 2104). Nos últimos anos a pesquisa no Brasil sobre a assistência avançou bastante, principalmente em relação às Misericórdias [9], em que os historiadores conseguiram encontrar uma consistente documentação em Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Goiás e Rio Grande do Sul. Então, é possível hoje ter um panorama razoável das Misericórdias em seus diversos aspectos: a assistência à população carente (velhos, presos, crianças, doentes e viúvas), as dificuldades financeiras da confraria[10], a sua composição elitista, as disputas de poder no interior da própria instituição, os conflitos com as câmaras municipais e a tentativa da monopolização da assistência com a incorporação de lazaretos e hospitais.

No século XIX tivemos a fundação das misericórdias com maior regularidade, e com a Independência do Brasil, desenvolveu-se um modelo de assistência luso-brasileiro que foi de significativa importância para a sociedade desassistida. Contudo, a epidemia de febre amarela e depois de cólera, em meados do século XIX, induziu o governo imperial a adotar novos espaços de assistência à saúde, como a fundação de lazaretos e do H.M.S.I.

Segundo Pimenta (2015), esse contexto merece ser destacado, uma vez que se identifica com um intenso processo de medicalização do hospital, de organização da administração com definição de normas e hierarquias, além da construção do hospital Marítimo de Santa Isabel e do Hospício de Pedro II. Também se observa um

---

[9] (FRANCO, 2014); (PIMENTA, 2004) e (BARRETO, 2011).

[10] Segundo LOPES (2012) e COIMBRA (1986) não existiram crises financeiras nas Misericórdias. Na verdade era uma estratégia da provedoria para angariar recursos e receber privilégios do Estado.

aumento da demanda pelos serviços de assistência à saúde organizada pelas misericórdias e uma inflexão no modo como o Estado passou a encarar a saúde pública em virtude das primeiras grandes epidemias — febre amarela, em 1849-1850, e cólera, em 1855-1856, que devastaram várias cidades do Brasil.

O estudo sobre epidemias na história teve notoriedade com a terceira geração da escola dos Annales, a partir dos anos 80 do século XX. A ideia foi mostrar que as doenças têm uma historicidade e que interferem no tecido social. Esta abordagem filia-se à história social tributária da renovação historiográfica chamada de nova história, que produziu pesquisas sobre surtos epidêmicos e que possibilitou e instrumentalizou os pesquisadores a entrelaçarem doenças, assistência, medicina, hospital e sociedade.

Esta pesquisa, ao ter como objeto um hospital marítimo que foi criado para atender aos estrangeiros vitimados pela epidemia de febre amarela, se insere no campo da história social. Os hospitais marítimos foram o ponto de partida para reorganização do espaço e a disciplinarização hospitalar. É o período em que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões e técnicas profissionais passaram a ter um preço para a sociedade, por isso, a importância da instituição hospitalar como lugar de cura (FOULCAULT, 2001).

No século XIX, as epidemias eram percebidas quando uma moléstia atacasse "ao mesmo tempo e no mesmo lugar grande número de pessoas de uma vez" e que dependesse "de uma causa comum e geral sobrevindo acidentalmente". A duração das epidemias seria incerta: raro que cessassem antes de três ou quatro semanas, e que se prolongassem além de três meses (CHERNOVIZ, 1890, 35).

Para os contagionistas, as doenças seriam transmitidas de pessoa a pessoa, diretamente, através do contato, ou indiretamente, através de objetos contaminados por doentes. Por isso, a importância da quarentena, sistema instituído no período da peste negra e que consistia em isolar as pessoas do convívio social e em observá-las até se ter certeza de que não estivessem com a moléstia. É tratada pelos historiadores contemporâneos como uma das primeiras contribuições fundamentais à prática da saúde pública. As quarentenas seguiam um padrão internacional e eram feitas para tentar evitar a entrada das "doenças importadas" como a febre amarela. Contudo, eram realizadas de modo pouco sistemático, exceto em momentos de surtos epidêmicos e criticada pela sua ineficácia e pelos comerciantes, porque atrapalhavam o comércio (CZERESNIA, 1997; PIMENTA, 2005).

Por sua vez, os anticontagionistas ou infeccionistas, como eram referidos, consideravam que as doenças eram causadas por miasmas, que seriam emanações resultantes da putrefação de substâncias animais e vegetais[11].

A principal diferença entre as teorias do contágio e da constituição epidêmica não reside na oposição entre miasma e contágio. Para ambas, a doença origina-se de estímulos provenientes do mundo externo e do contato com outros homens. A teoria do contágio enfatiza valores operativos de localização e especialização que possam produzir terapêutica generalizável; as da constituição epidêmica, valores de singularidade e totalidade, que acarretam terapêuticas não generalizáveis (CZERESNIA, 1997, p. 83).

Até a primeira metade do século XIX o contagionismo era considerado ultrapassado. Entretanto, o conceito de transmissão revigorou e deu continuidade à teoria do contágio, que a partir da segunda metade do século XIX foi mais aceita. Apesar do debate entre contagionistas e anticontagionistas, uma terceira posição predominou e foi mais popular, a de conciliar as duas teorias (ROSEN, 1994).

Sendo assim, as duas teorias confluíram para o entendimento de que o espaço urbano era insalubre e fétido, portanto, propício à propagação de doenças e epidemias. Logo, a necessidade de reformar as cidades para o combate aos surtos epidêmicos encontrou eco no higienismo do século XIX, doutrina que se preocupou com as condições de saúde nas cidades. Os higienistas participavam dessa temática, colocando-se como solução através da higiene e tentavam legitimar o discurso do médico higienista na esfera social, como atores e intérpretes da pretendida regeneração da sociedade (LIMA, 1998). Foi nessa conjuntura de compreensão da doença que estava inserida a construção do H.M.S.I., um hospital de isolamento para atendimento aos estrangeiros, sendo uma medida de saúde pública gerida pelo Estado.

Os Desenhos dos Capítulos

[11] Ver mais em (CZERESNIA, 1997).

A proposta do primeiro capítulo é discutir a organização dos aparelhos de saúde na cidade do Rio de Janeiro oitocentista, relacionando estes aparelhos à função portuária da cidade, ao fluxo de estrangeiros e aos surtos epidêmicos. Para isso, foi feito um breve histórico sobre o Brasil com o recorte no Rio de Janeiro, capital do Império luso-brasileiro e do Estado brasileiro, a partir de 1822. Além do mapeamento das instituições de saúde da cidade até a criação do lazareto de Jurujuba, em 1851, no contexto da epidemia de febre amarela.

O segundo capítulo se debruçou sobre a necessidade de construção de espaços reservados para doentes portadores de doenças contagiosas. De partida, a construção e o funcionamento do lazareto de Jurujuba e, por fim, a criação de um hospital. Discutiu-se a inserção do hospital Marítimo de Santa Isabel no cenário político brasileiro, as pressões das autoridades sanitárias, as tensões entre políticos e médicos, bem como a posição do Estado frente a uma demanda internacional.

O terceiro capítulo trouxe o perfil de uma instituição hospitalar pública do século XIX, sua organização interna, seu quotidiano, o corpo médico, os serviços de enfermagem, a administração, a assistência espiritual, o valor do tratamento e o abastecimento da instituição; sendo o regimento do hospital de fundamental importância para compreensão dessa estrutura. Além de mapear os pacientes assistidos: quais eram, qual nacionalidade, quais as principais doenças, como eram tratados, qual o fluxo de entrada e saída, qual a faixa etária, qual o estado civil.

1 – A cidade e a organização dos aparelhos de assistência à saúde

Este capítulo tem por objetivo apresentar o porto como parte orgânica da cidade e como o seu cartão de visita, posicionando-o como local de entrada de mercadorias, de circulação do capital, mas também como ameaça aos negócios e à sobrevivência "salubre" da cidade. Além de mapear a organização dos aparelhos de saúde no Rio de Janeiro, relacionado à história da cidade e com o processo de formação da administração pública do Império brasileiro.

A história da cidade do Rio de Janeiro é indissociável de sua vocação portuária e comercial. O Rio de Janeiro setecentista e do início dos oitocentos tinha um aspecto insalubre, com péssimas condições sanitárias que pioravam na medida em que a

população crescia. As ruas eram estreitas, vielas, becos, sem pavimentação, com esgoto a céu aberto e com ladeiras bem íngremes. Um relevo acidentado com a formação de morros que se localizavam no centro da cidade, áreas pantanosas, aterros com lixo, casas pequenas e aglomeradas que não tinham água potável, vendedores ambulantes e matadouros de animais sem qualquer hábito de higiene, considerados necessários para a conservação da saúde da população. Além de um clima quente com chuvas fortes no verão que provocavam alagamentos, um conjunto de fatores que fazia do Rio de Janeiro uma cidade suja e fétida, na opinião dos contemporâneos que narraram o panorama urbano da capital do Império (ARAÚJO, 1982).

No século XVIII, com a atividade mineradora nas Minas Gerais, o Rio de Janeiro passou a ter uma posição estratégica para a administração colonial, tanto para o escoamento da produção aurífera para a metrópole portuguesa como para o abastecimento da colônia com produtos europeus e escravos. A política de vigilância urbana era feita pelos provedores e guardas-de-saúde dos portos que promoviam um policiamento sanitário, fiscalizando a entrada das embarcações por meio de visitas e efetuando o desembarque dos indivíduos contaminados (CRUZ, 1999; FONSECA 2008).

O quadro apresentado no contexto colonial sobre a insalubridade do Rio de Janeiro levou as autoridades e setores da sociedade civil a criarem aparelhos de assistência à saúde na cidade, a exemplo do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, do Hospital de Nossa Senhora do Monte do Carmo, do Hospital de São Francisco da Penitência, do Hospital das Guarnições da Armada/Hospital Real Militar, e do Hospital dos Lázaros (ARAÚJO, 1982).

Com a vinda da corte portuguesa para o Brasil em 1808 e a abertura dos portos, houve um incremento significativo da atividade comercial e do fluxo de pessoas na capital do império luso-brasileiro, aumentando o risco de contaminação por doenças infecto-contagiosas que vinham pelos portos. A partir disto, o Estado, preocupado com a saúde pública, instalou novos aparelhos de assistência médico-hospitalar, por exemplo, foram criados a Junta Central de Vacinação e um primeiro lazareto provisório na ilha de Bom Jesus, que tinha como responsabilidade a fiscalização de navios.

Em 1822, com a formação do Estado brasileiro, o porto foi visto como a porta de entrada das epidemias, por isso, a importância da política sanitária dos portos. Esta reorganização estatal para o controle da atividade comercial nos portos e de vigilância sanitária promoveu a própria construção da máquina administrativa do Império brasileiro. Contudo, a conjuntura de crise econômica e política no I Reinado (1822-

1831) e que atravessou o Período Regencial (1831-1840), não permitiu ao governo brasileiro a ampliação de forma significativa na área da assistência à saúde, porém, aconteceu a criação dos hospitais das ordens terceiras dos Mínimos de São Francisco de Paula e do Hospital Central da Marinha Império (CRUZ, 1999; FONSECA 2008).

O Estado teve a necessidade de intervenção nos casos de doentes portadores de febre amarela, varíola e cólera. Contudo, as casas de saúde, de modo peculiar, compuseram o panorama da assistência à saúde no Rio de Janeiro oitocentista. Ainda pouco explorado pela historiografia[12], o quantitativo destas instituições privadas, por um lado aponta para uma oferta de serviços de saúde afinada com o caráter liberal do império, por outro. As casas de saúde particulares foram: a casa de saúde do Doutor Peixoto, a casa de saúde dos doutores Antônio Costa e Luís Bompani, a casa de saúde Homeopática, a casa de saúde do Saco do Alferes, a casa de saúde do Livramento, a Casa Imperial e Medicina Operatória, a Casa de Saúde para Moléstias e Operações de Olhos e Ouvidos, a Casa de Saúde Previdência, a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, a Casa de Saúde Godinho & Bezerra, a Casa de Saúde de São Sebastião, a Casa de Saúde da Nossa Senhora da Ajuda, a Casa de Saúde São Pedro de Alcantara, o Sanatório da Gávea, a Casa de Saúde do Doutor Pertence, a Casa de Convalescência e Saúde, o Instituto Oftamológico de Nossa Senhora D' Ajuda, a casa de convalescência e grande estabelecimento hidroterápico Dr. Eiras, a Casa de Saúde do Dr. Azevedo, a Casa de Saúde do Dr. Godinho, a Casa de Saúde do Senhor Bom Jesus do Calvário, o hospício oftamológico do Senhor Bom Jesus do Calvário, a Casa de Saúde do Dr. Chidloe, a Casa de Saúde de Santa Thereza, a Casa de Saúde Allo-Homeopática de Nossa Senhora da Glória, a Casa de Saúde do Dr. Alfredo Guimarães, a Casa de Saúde Catta-Preta, Marinho e Werneck, a Casa Especial das Moléstias das Crianças e do Estômago, a Casa de Saúde do Morro de São Lourenço, a Casa de Saúde e Convalescência São Sebastião, a clínica cirúrgica do Dr. Franklin, o Retiro Higiênico do Andaraí, a Casa de Saúde do Dr. Tavano, a Casa de Saúde de Nossa Senhora da Conceição do Engenho Novo, a Casa de Saúde do Dr. Miranda & CIA (ARAÚJO, 1982; FONSECA, 2008).

A instabilidade política foi uma característica significativa do Período Regencial, materializado pela eclosão de inúmeras revoltas que tinham uma multiplicidade de reivindicações, dentre a mais importante, o federalismo. À medida que as rebeliões ocorriam em diversas partes do país, o poder central respondeu ora com medidas federalistas como, por exemplo, o Ato Adicional de 1834 e, ora com uso de forte

[12] Ver Araújo (1982) e Cruz (1999).

repressão. O objetivo do governo regencial era manter, a qualquer custo, a unidade política territorial e as estruturas econômicas, como a escravidão e o latifúndio.

A crise política no país levou a saída dos liberais do poder com a renúncia do regente Diogo Antônio Feijó e a subida dos conservadores com o regente Araújo Lima, em 1837. Com o controle dos conservadores no estado brasileiro tivemos a repressão às revoltas, conjugado a um processo de centralização política, que em um pacto político entre as elites levou ao trono brasileiro D. Pedro II, em 1840. A subida ao poder do Imperador proporcionou um período de estabilidade político-institucional, legitimando o poder central, e permitiu espaço para as reformas do Império no que se refere a um maior controle sobre o aparelho estatal e especialização das instituições (CAMARGO e CABRAL, 2017).

A lei nº 243, de 30 de novembro de 1841, permitiu ao Império fazer reformas nos órgãos estatais, portanto que fossem submetidas e aprovadas pela assembleia geral. Com isso, aconteceu a ampliação da reorganização estatal objetivada, por que liberou o Estado a reformar instituições em um prazo de um ano, como a inspeção de saúde dos portos. Esta instituição foi criada em 1829, sendo sua administração de responsabilidade do município do Rio de Janeiro até o início da década de 40, quando a sua gerência e atribuições foram transferidas para o governo imperial, pelo decreto nº 268, de 29 de janeiro de 1843. A centralização administrativa trouxe uma melhora dos serviços sanitários no Brasil, por que efetivou uma homogeneização dos procedimentos sanitários nos portos brasileiros, adotando as diretrizes internacionais de profilaxia (BARBOSA; REZENDE, 1907; CAMARGO e CABRAL, 2017).

A partir de 1843, a Secretaria de Negócios do Império, concentrou a coordenação dos serviços de higiene e saúde pública. Com isso, durante a vigência da Monarquia o governou centralizou sob sua responsabilidade a Junta de Higiene, as repartições de higiene de saúde pública, os lazaretos[13] de quarentena, o Instituto Vacínico do Império e as faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Dessa forma, a especialização das práticas sanitárias fez com que o saber médico tivesse maior visibilidade, ampliando, assim, a importância da Imperial Academia de Medicina nas diretrizes do regulamento sanitário dos portos e das obras para melhorias da capital imperial (FONSECA, 2008).

A continuidade de uma política de assistência médico-hospitalar veio corroborada com a reorganização da administração pública, nos anos de 1840 e 1850. Essa foi uma das dimensões da construção do Estado-nação, sinalizando um

[13] Com a epidemia de febre amarela Corte, em 1849, ocorreu uma ampliação dos serviços de saúde. Com isso, a fundação de algumas instituições, tais como o Lazareto da Ilha de Bom Jesus (18/01/1850), o Lazareto do Saco do Alferes (01/03/1850) e o Hospital de Nossa Senhora do Livramento (10/03/1850) (ARAÚJO, 1982).

processo de modernização do estado Imperial brasileiro em novas bases, em detrimento das antigas instituições portuguesas. Com isso, a partir de 1840, foram criadas novas instituições de assistência à saúde como: a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o Hospício de D. Pedro II, a Enfermaria de São Vicente de Paula, o Hospital de São João de Deus, a Maternidade Municipal de Santa Isabel[14], o Hospital-Hospício de Nossa Senhora das Dores e o Hospital de São Sebastião. Além da criação desses aparelhos de saúde, se colocava com urgência para o Estado Imperial o sucesso da vigilância sanitária no porto do Rio de Janeiro, com objetivo de aumentar as relações comerciais (REBELO, 2010; CAMARGO e CABRAL, 2017; ARAÚJO, 1982).

A reorganização estatal promoveu a criação da Comissão Central de Saúde Pública e da Junta de Higiene Pública, esta última foi criada pelo decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850, sendo presidida, de 1851 a 1864, pelo médico Francisco de Paula Cândido. Esse médico foi um dos idealizadores e diretor do lazareto de Jurujuba e depois do hospital Marítimo de Santa Isabel. Portanto, foi no contexto de reestruturação do estado brasileiro no campo da saúde pública, e com o advento de surtos epidêmicos em meados do século XIX que se inseriu a criação do H.M.S.I.

1.1 As epidemias e a quarentena

A febre amarela é o nome completo que usamos para uma doença causada por um vírus, sendo o primeiro registro de febre amarela ocorrido na América na metade do século XVII, na Ilha de Barbados, possessão colonial inglesa. Os ovos do mosquito *aedes aegypti* teriam vindo nos tonéis de água dos navios negreiros, ficando o vírus inoculado na saliva dos mosquitos. Para muitos, na época a febre amarela seria um castigo divino por causa do tráfico de escravos.

A primeira epidemia de febre amarela descrita no Brasil ocorreu no nordeste em 1685, em Recife (PE), o vírus teria vindo em um barco procedente de São Tomé, na África, com escala em Santo Domingo, nas Antilhas, onde a enfermidade dizimava a população. A febre amarela permaneceu no Recife por pelo menos dez anos, apresentando-se em caráter efêmero e, às vezes, recrudescendo na época do inverno.

Em 1686, a doença chegou a Salvador, havendo relatos de sua presença ali até meados de 1692, período em que cerca de 25 mil pessoas adoeceram e 900 morreram. Os primeiros sinais em terras baianas tinha sido de dois homens, depois de jantarem num bordel da cidade baixa. Logo, a peste se espalhou pela cidade. O

[14] Ver Barreto (2016).

cronista da época, Sebastião da Rocha Pita, refere-se há dias em que havia mais de 200 mortos (WOOD, 1968; COSTA 2011).

A chegada de uma embarcação estadunidense em Salvador no ano de 1849 espalhou uma das mais terríveis epidemias de febre amarela no país. A epidemia chegou à capital do Império no mesmo ano e se prolongou nos anos de 1850 e 1851, infectando 90 mil dos 266 mil habitantes do Rio de Janeiro, matando cerca de 4.200 pessoas (BENCHIMOL, 1999; VIDAL, 2014).

A epidemia provocou uma modificação significativa sobre a vida social dos indivíduos e de sua relação com o Estado. As autoridades entenderam a cidade como um objeto de intervenção, seguindo uma direção higienista para o combate às doenças e paralelamente tivemos uma montagem dos aparelhos estatais. Diante desse quadro, a febre amarela foi um dos fios condutores para a compreensão da política de assistência à saúde no Império.

Sendo assim, a resposta das autoridades foi a fundação, em 14 de fevereiro de 1850, da Comissão Central de Saúde Pública, composta por médicos filiados à Academia Imperial de Medicina. Em setembro de 1850, a Comissão foi transformada em Junta de Higiene Pública, que significou do ponto de vista político-administrativo a centralização estatal na formulação de políticas públicas de saúde. Esse órgão tinha como prioridade a conservação da salubridade pública, com o objetivo de contribuir com o livre-comércio nos portos e com a intensificação da colonização europeia para o trabalho na lavoura cafeeira (GONÇALVES, 2005).

As estratégias de promoção da saúde pública foi objeto de disputa entre médicos com concepções diferenciadas sobre a transmissão das doenças, a exemplo dos contagionistas e anticontagionistas. A teoria do contágio acreditou que as doenças seriam transmitidas de indivíduo para indivíduo de forma direta ou de forma indireta, por objetos e utensílios contaminados. No entanto, os anticontagionistas ou infeccionistas, defendiam que as doenças eram provocadas por miasmas que se espalhavam pelo ar, resultado das emanações geradas pela putrefação de substâncias animais e vegetais[15]. Cabe lembrar que Francisco da Paula Cândido, presidente da Junta de Higiene Pública e administrador do lazareto, foi um defensor da teoria anticontagionista.

Um dos pontos principais da polêmica entre os grupos foi em relação ao procedimento de quarentena, defendido pelos seguidores da teoria contagionista e criticado pelos infeccionistas, comerciantes, empresários e autoridades estrangeiras,

[15] Como afirma Gonçalves (2005), a criação da Comissão Central de Saúde Pública e *aposteriore* da Junta de Higiene Pública, não significou a legitimação de uma elite médica no aparelho do Estado. Ao contrário, a Academia Imperial de Medicina perdeu o monopólio de conselheira relacionada às medidas de saúde.

devido ao sequestro de navios que atrapalhava o comércio. A quarentena partiu do princípio de isolar os indivíduos portadores ou suspeitos de moléstias do meio social, para através da observação da pessoa, se ter certeza ou não da enfermidade. Na área da saúde pública foi considerado um procedimento importante para controle e vigilância dos portos, evitando as "doenças importadas". A quarentena no século XIX seguiu um padrão internacional e era adotada com regularidade em períodos epidêmicos, porém, muito criticada por dificultar o comércio nos portos (CZERESNIA, 1997; PIMENTA, 2005).

O procedimento de quarentena era um obstáculo para o comércio nos portos. Caso o capitão do navio recusasse a desinfecção, a embarcação tinha que ficar 30 dias no mar para cumprir o tempo de quarentena. No entanto, se na tripulação do navio tivesse algum suspeito ou portador de doença infecto-contagiosa, a embarcação não poderia descarregar suas mercadorias nos portos brasileiros, ainda se o capitão aceitasse o procedimento de desinfecção o tempo perdido ainda assim era considerável (Regulamento do Lazareto, 1851).

Havia nações que se opunham, veementemente, ao sistema de quarentena, como a Inglaterra. Em 1830-1832 o Reino Unido vivenciou uma pandemia de cólera, o que fez as autoridades adotarem medidas sanitárias de desinfecção, quarentena e controle nos portos. Porém, como a cólera é transmitida pela água, as medidas foram ineficazes. A partir daí, a Grã-Bretanha foi contra a aplicação da quarentena como forma rotineira de controle de doença, pois este procedimento causou prejuízo ao comércio, o que evidenciou que a política científica era ditada pelos fatores comerciais (BYNUM, 2008).

A cidade do Rio de Janeiro no século XIX já era conectada a uma economia global, tendo uma função comercial e portuária central para a economia brasileira, além de ser o núcleo político e administrativo do Império. Por isso, a polêmica sobre os procedimentos sanitários a serem adotados no porto e na cidade, que estariam intrinsecamente vinculados aos interesses políticos e comerciais nacionais e internacionais. Dentre as estratégias de intervenção na questão da saúde pública existia uma infinidade de métodos como o aterramento de pântanos, a coleta de lixo, a fiscalização sanitária nas feiras, a criação de cemitérios, a adoção da quarentena, a desinfecção dos navios, a criação de lazaretos e de hospitais para o atendimento dos indivíduos.

Por fim, foi na conjuntura da metade do século XIX que o aumento dos surtos epidêmicos na cidade do Rio de Janeiro - febre amarela nos anos de 1849, 1850 e 1851 - promoveu a urgência da regularização dos aparelhos de saúde no Império. Nesse sentido, houve a necessidade da fundação do lazareto de Jurujuba, em 1851,

que em 1853 foi transformado em hospital Marítimo de Santa Isabel, destinado ao atendimento e tratamento de tripulantes e passageiros de navios nacionais e estrangeiros que aportavam no Rio de Janeiro, vitimados ou sob suspeitas de enfermidades infecto-contagiosas.

2 - 2. Os projetos de hospitais modernos

Este capítulo analisa a construção e o funcionamento de aparelhos modernos de assistência à saúde, a saber o lazareto de Jurujuba e o hospital Marítimo de Santa Isabel. Ambas instituições foram criadas a partir de meados do século XIX e estão inseridas no esforço de organização de um modelo de assistência pública do estado imperial brasileiro. O esforço de investigação busca responder como essas instituições foram organizadas, qual o público alvo e como funcionavam no quotidiano. Tais indagações têm como pano de fundo a percepção da construção da assistência pública do estado brasileiro para grupos populacionais excluídos de uma rede de proteção primária.

As fontes utilizadas, referentes ao lazareto de Jurujuba e ao hospital Marítimo de Santa Isabel são a série saúde, sob guarda do Arquivo Nacional, os relatórios da assembleia legislativa do Império pesquisados de 1851 a 1889, a documentação do Arquivo Geral do Estado e os periódicos de 1851 a 1889, disponíveis na hemeroteca da Biblioteca Nacional; e para o diálogo teórico sobre o lazareto foram utilizados Risse (1999), Bynum (2008) e Foucault (2001). Apesar de seus trabalhos de pesquisas serem feitos no contexto europeu da Idade Moderna, espaço e recorte cronológico diferentes do corte temporal dessa pesquisa, os conceitos utilizados foram importantes para aprofundarmos a análise historiográfica sobre o lazareto, saindo da mera descrição documental.

2.1 O papel dos lazaretos

A gênese da instituição hospitalar vem do Império Romano, cujos objetivos eram acolher, abrigar, cuidar dos soldados feridos e enfermos. Em português, o termo hospital vem da mesma raiz que as palavras hospitalidade e hotel. Na Era Cristã, os primeiros hospitais eram instituições religiosas que tinham como norte a caridade, sendo mantidos por ordens religiosas e que serviam como locais de abrigo, hospitalidade para viajantes, enfermos, inválidos e órfãos (BYNUM, 2008; PORTER, 2004; RISSE, 1999).

Com o aumento do número de leprosos, entre os anos de 1200 e 1300, tivemos a criação de inúmeros leprosários[16] na Idade Média. A ideia era, através de hospitais, isolar da comunidade os doentes dos saudáveis. O "ostracismo social" era uma resposta eficaz para o combate das pestes (qualquer epidemia virulenta). A mesma lógica seguida em Portugal, onde a construção de hospitais para doentes com pestes foi afastada da cidade, como o hospital de São Lázaro fundado no século XIII. Além disso, o objetivo era o controle do fluxo de mercadorias e pessoas, daí a localização dos leprosários era estratégica, em lugares viajados (regiões com intenso fluxo de estrangeiros), rotas importantes e portos (RISSE, 1999; PORTER, 2004; LOPES, 2012).

No período medieval, os leprosários ou hospitais de isolamento passaram a ser chamados de Lazaretos, por causa de São Lázaro. Essas instituições que atendiam aos leprosos foram adaptadas depois para receber os indivíduos vitimados pela Peste Bubônica, no século XIV, tendo como princípio o confinamento dos doentes.

Na Europa, a epidemia mostrou a fragilidade da rede de sociabilidade primária na assistência à saúde, levando as autoridades religiosas e os conselhos municipais à criação de um aparato de saúde pública para dar conta da questão social. Como parte desta nova estratégia de intervenção na área de assistência foi criado o lazareto (BYNUM, 2008; RISSE, 1999; CASTEL,2000).

Os lazaretos europeus tinham algumas características comuns como: dormitórios, cozinha, capela, oficinas, celeiros, jardins, cercado para a criação de gado, terra arável, cemitérios, acomodações para funcionários, a divisão dos dormitórios para homens e mulheres. Um complexo autossustentável. Já a sua organização interna era constituída de estatuto, visitas reguladas, celibato entre os pacientes (leprosos) e de punição para os indivíduos que transgredissem as regras, podendo ser expulso da instituição (RISSE, 1999).

A dieta dos lazaretos na Europa moderna era diversificada, com ênfase na oferta de carne e de bebidas alcoólicas como cerveja e vinho, o que fazia com que as

[16] Segundo Risse (1999).

condições de sobrevivência nessas instituições fossem melhores para aqueles que não possuíam abrigo e trabalho. Em relação ao tratamento médico, nos lazaretos não se sabe muito, porém, ainda predominava a teoria dos humores[17] – tradição grega – onde os fluídos corporais indesejáveis tinham que ser removidos, daí uma série de procedimentos como: purgantes, diuréticos e sanguessugas (RISSE, 1999).

A aproximação do Estado e da medicina ficou evidente em contextos de crise, mostrando os limites da saúde pública na época Moderna. A saúde pública pode ser compreendida pela relação entre o Estado e o indivíduo, cujo objetivo é manter a saúde e prevenir a doença. Daí a criação de hospitais, a rotina de quarentena, o controle da circulação de pessoas e mercadorias, a vigilância sanitária nos portos, a inspeção médica. No século XVII, com a diminuição do número de enfermos na Europa, tivemos de forma gradativa a transformação dos lazaretos em diversas instituições com diferentes funções: hospitais, presídios e orfanatos. Contudo, no Oriente, onde as pestes continuaram, os lazaretos eram usados para a quarentena dos indivíduos infectados (BYNUM, 2008; RISSE, 1999).

A ideia da pesquisa é romper com uma análise restrita à instituição e ao corpo médico, utilizando a história social da medicina para uma abordagem mais ampla e qualitativa dos hospitais, em uma perspectiva de assistência aos doentes e de implantação da medicina moderna. Com isso, é fundamental compreender que a formação dos lazaretos foi importante para o estabelecimento do hospital moderno, pois a rigidez das medidas de quarentena, empregadas no espaço hospitalar, sinalizava uma direção disciplinadora dentro das instituições, ainda que essa austeridade não significasse o cumprimento efetivo, existindo uma distância entre regulamentos, procedimentos e práticas (FOUCAULT, 2001; OLIVEIRA, 2005).

2.2. O Lazareto de Jurujuba e o seu Regulamento

[17] Galeno foi o "pai" da teoria dos humores que predominou no pensamento médico até o século XVII. Os quatro humores eram sangue, bile amarela, bile negra e fleuma. A tradição grega ainda relacionou os humores às propriedades de calor, frio, secura e umidade, e aos quatro elementos: ar, terra, fogo e água (BYNUM, 2008).

As epidemias vivenciadas na cidade do Rio de Janeiro, na primeira metade do século XIX, mostraram a fragilidade da rede de sociabilidade primária na assistência à saúde dos estrangeiros, levando as autoridades religiosas, o governo imperial e os conselhos municipais à criação de um aparato de saúde pública para dar conta da questão social. Como parte desta nova diretriz aconteceu a junção de higiene, progresso e civilização; tendo como foco de intervenção a cidade. Por isso, foram criados espaços de atendimento aos doentes que punham em risco a salubridade da cidade, a exemplo do lazareto de Jurujuba, criado em 20 de janeiro de 1851 (BARRETO, 2005; OLIVEIRA, 2005).

Os registros oficiais de fundação do lazareto estão relacionados ao retorno da embarcação inglesa *Apposition* ao porto do Rio de Janeiro com quatro enfermos portadores da febre amarela, e fez com que o médico Francisco de Paula Cândido alugasse um prédio para receber os homens que vinham do mar na península do Caju, na enseada da Jurujuba, o que deu a origem[18] ao lazareto da Ilha de Jurujuba. O lazareto[19] foi fundado tendo como princípio teórico o da doença por infecção e não pela teoria do contágio. Nesse sentido, a criação do lazareto foi uma das primeiras medidas do Império para o combate da epidemia de febre amarela e uma resposta às críticas ao procedimento de quarentena (ARAÚJO, 1982; GONÇALVES, 2005; FONSECA, 2008).

Em meados do século XIX, a tentativa por parte das autoridades imperiais de uma especialização do atendimento aos marítimos portadores de febre amarela, levou a Junta de Higiene Pública a ordenar que a Santa Casa da Misericórdia não pudesse mais receber marinheiros nem outras quaisquer pessoas vindas do mar com febre amarela. O encaminhamento seria feito para o lazareto que oferecia tratamento médico-hospitalar de forma gratuita aos marítimos nacionais e estrangeiros, apesar de suas acomodações limitadas (Correio Mercantil, 1851, 00035).

Além disso, o governo brasileiro tentou legitimar a atuação do lazareto de Jurujuba junto à opinião pública nacional e estrangeira, com a publicação do regulamento institucional em jornais internacionais (Portugal, França, Inglaterra e Alemanha), demonstrando o quanto este era adequado às regras sanitárias internacionais. Nesse sentido, os periódicos da capital do Império afirmaram que o lazareto colocou a nação em um caminho civilizado, que abriu portas para o aumento

[18] O aluguel de uma casa para receber marítimos na região da Jurujuba foi o embrião para a criação do Lazareto. Existe registro de seu funcionamento em 1850, ainda como lazareto provisório (R.A.L.I., 1850).

[19] Segundo Seidl (1897), o Lazareto de Jurujuba foi o primeiro hospital criado na capital do Império para o isolamento de doentes com enfermidades contagiosas.

das relações comerciais nos portos e para a vinda dos imigrantes europeus (Annaes Brasiliense, 1853, 000005).

No entanto, em 1853, o Sr. Hudson, o ministro britânico no Brasil, fez duras críticas ao Lazareto de Jurujuba, em matéria publicada no *Annaes Brasiliense*. A ideia de tratar os doentes em lazaretos era, segundo Hudson, uma doutrina obsoleta; afirmou ainda que os marinheiros não eram infectados a bordo dos navios e que o contágio acontecia nas casas imundas e pestilenciais que eram recebidos; que a febre amarela se originou no Rio de Janeiro, onde estava localizada e que o transporte em escalares expostos aos rigores do tempo era fatal para os indivíduos (Annaes Brasiliense, 1853, 000005).

O conselheiro Francisco Gonçalves Martins, secretário do Estado do Negócio do Império reagiu às críticas do ministro britânico, com os seguintes argumentos: O governo brasileiro convidou as autoridades estrangeiras para a visita das instalações do lazareto, em destaque a presença do Visconde de Taunay da França; a criação do lazareto foi orientada pela doutrina da infecção e não do contágio; a construção de hospitais fora da cidade foi comum na Inglaterra, devido ao ar puro, limpeza, esgoto e espaço suficiente. Além disso, segundo Francisco Martins, o tratado das nações de 1852 consagrou o princípio da quarentena para os casos de febre amarela; a teoria de contágio e o lazareto não são obsoletos, existindo um debate científico sobre o contagionismo que reafirma a eficácia do isolamento; os casos de febre amarela foram registrados em outras nações, não sendo um caso específico do Rio de Janeiro; em relação aos escalares, as autoridades do Império estão cientes das condições e tomarão as providências necessárias ((Annaes Brasiliense, 1853, 000005).

Podemos analisar no discurso do ministro inglês a crítica à instituição do lazareto, considerado arcaico por uma parte siginificativa dos especialistas do meado do século XIX, que seguiam a teoria do anticontagionismo e por isso consideravam a política de isolamento aos doentes ineficaz no combate às epidemias. Outro ponto do discurso foi que o ministro afirmou que a febre amarela surgiu no Rio de Janeiro e que os marinheiros não eram infectados a bordo, mas sim nas casas que aqui se hospedavam. O Sr. Hudson ainda criticou as más condições do transporte em escalares que colocavam em risco os enfermos, já as autoridades brasileiras responderam dizendo que iam tomar as providências adequadas (Annaes Brasiliense, 1853, 000005).

O lazareto de Jurujuba era formado por um setor administrativo, no qual o administrador, com cargo máximo na hierarquia, que também era o presidente da Junta de Higiene e tinha como vencimentos 1: 200$000 réis. A sua responsabiliade

era relativa a tudo o que acontecia na instituição, tendo como afazeres saber sobre a mobília, saber sobre os alimentos dados aos empregados e aos doentes, providenciar e exercer a quantidade de pessoas e de objetos para o lazareto, exercer o controle de desembarque e embarque de objetos das pessoas em quarentena e promover junto ao serviço médico a desinfecção de objetos e pessoas. Porém, não era de sua alçada o serviço privativo aos médicos (REGULAMENTO, 1851).

Já o escriturário era subordinado ao administrador, os seus vencimentos eram de 600$000 réis, tinha como funções: fazer anotações do dia a dia do lazareto, registrar toda a correspondência da instituição, confeccionar todos os relatórios e a escrituração do lazareto. Havia um funcionário encarregado das compras dos diversos produtos e das despesas do estabelecimento, executando a contabilidade (REGULAMENTO, 1851).

As normas do lazareto instituíam que o horário da visitação aos enfermos seria feita das 9 às 11h da manhã e das 3 às 5h da tarde. Contudo, se algum indivíduo no Lazareto ou a bordo dos navios em quarentena fosse diagnosticado com moléstias transmissíveis, declarado pelo médico da instituição ou pelo presidente da Junta de Higiene, toda a comunicação direta com o Lazareto e com o navio seria interrompida, aplicando o procedimento de isolamento (REGULAMENTO, 1851).

Os medicamentos prescritos aos doentes tinham que ser pontualmente administrados conforme as orientações do médico, que marcava na papeleta a hora relativa de cada remédio, mas não havendo determinação de hora, entendia-se que o remédio deveria ser imediatamente aplicado. Outro ponto era o horário geral das refeições: ao toque de uma sineta, a primeira refeição seria servida para todos os empregados e doentes às 8h; e a segunda refeição seria posta até às 3h da tarde, indicada por outro sinal. Já as dietas dos convalescentes, o período em que os indivíduos se recuperavam da doença até o estado de saúde, eram servidas na hora prefixada da refeição geral e a dos outros enfermos nas horas marcadas pelo médico nas papeletas. Porém, quando o médico não indicava o horário, ficava entendido que estas mesmas dietas seriam postas no horário acima (REGULAMENTO, 1851).

A cozinha do lazareto era composta por dois cozinheiros, um cozinheiro recebia o salário de 25$000 réis, e tinha entre seus afazeres a fiscalização da cozinha, a desinfecção das comidas, a feitura das dietas e das rações para a alimentação dos animais que pertenciam à instituição. Ainda na cozinha, tinha outro cozinheiro encarregado, tanto da comida dos empregados como da dieta dos doentes, que recebia o vencimento de 16$000 réis (REGULAMENTO, 1851).

O corpo de funcionários da instituição ainda era formado por um feitor, que tinha como tarefa seguir as determinações do administrador, sendo a sua

renumeração de 25$000 réis. De uma lavadeira com vencimentos de 16$000 réis, que lavava a roupa de cama do lazareto e a roupa dos doentes, além da execução de quaisquer tarefas determinada pelo médico. E de dois ou mais serventes conforme as exigências do serviço.

Havia também escravos, em número de dez, empregados em atividades subalternas na hierarquia institucional que constavam na folha de pagamento de agosto de 1851. Foram eles: Estevão, cozinheiro, escravo de Antônio José Ferreira do Nascimento, com vencimento de 15$161 réis; Luis, servente, escravo de Antônio José Ferreira do Nascimento, com vencimento de 4$645 réis; Francisco, servente, escravo de Antônio José Ferreira do Nascimento, com vencimento de 4$645 réis; Agostinho, servente, escravo de Antonio José do Bacelete, com vencimento de 18$000 réis; João, servente, escravo de Joaquim Francisco de Davies Ferreira, com vencimento de 18$000 réis; José, remador, escravo de João Domingos Machado, com vencimento de 20$000 de réis; Benedito, remador, escravo de João Domingos Machado, com vencimento de 20$000 de réis; João, remador, escravo de João Domingos Machado, com vencimento de 20$000 de réis; Jozé, remador, escravo de Jozé Feliciano Pereira, com vencimento de 20$000 de réis; e Jozé, remador, escravo de Pedro Alexandrino Vieira, com vencimento de 20$000 de réis (REGULAMENTO, 1851).

O aluguel de escravos, denominados escravos de ganho, foi um tipo de trabalho utilizado por instituições e particulares que se tornou comum na cidade do Rio de Janeiro oitocentista. A escravidão urbana na cidade se iniciou no século XVIII e se fortaleceu a partir de 1808, com a chegada da Corte Portuguesa. A enorme demanda por cativos africanos se explicou pela atividade mineradora em Minas Gerais, pela cafeicultura no Vale do Paraíba e pela necessidade de uma classe senhorial urbana de não executar trabalhos manuais (em uma sociedade de mentalidade aristocrática havia rejeição a este tipo de trabalho). Com isso, no século XIX, havia no Rio de Janeiro senhores que alugavam os seus escravos para obter rendimentos, o que explica a lista de cativos no lazareto (SOARES, 2007).

O serviço médico do lazareto era composto por um boticário, apoiado por um ou dois serventes (pagos a sua custa), de um encarregado pelas enfermarias que recebia o vencimento de 40$000 réis e de um médico ou mais, dependendo das circunstâncias, que exercia um papel central no cotidiano do lazareto, sendo o seu salário de 1:200$000 réis, igual a renumeração do administrador.

Na ausência do administrador, por falta ou em qualquer emergência, o médico tinha a tarefa de representar o lazareto junto à Junta de Higiene. As funções do médico eram tratar os doentes, supervisionar o serviço da botica, fiscalizar a perfeição e a pontualidade dos medicamentos administrados pelos enfermeiros e serventes das

enfermarias e controlar a dieta dos doentes. Além disso, o médico presidia, dirigia e fiscalizava todos os processos de desinfecção que eram descritos no regulamento, sob sua responsabilidade, podendo modificar qualquer procedimento desde que trouxesse benefício para o hospital, mostrando o processo de medicalização dos hospitais (REGULAMENTO, 1851).

Um elemento que chamou atenção no regulamento do lazareto foi a preocupação com as regras de limpeza e desinfecção dentro de uma concepção higienista, procedimentos que eram detalhados de forma minuciosa: o estabelecimento era lavado todas às quartas-feiras, desinfetando-o; toda a roupa branca e de cama eram extremamente limpas para eliminar o germe que causou o falecimento do enfermo, além da recomendação de dar leite ao enfermo para qualquer moléstia extra. As diretrizes com a limpeza hospitalar eram relacionadas a uma medida profilática, dentro de uma concepção de medicina moderna que já existia no lazareto (REGULAMENTO, 1851; FOUCAULT, 2001).

Como a localização do lazareto de Jurujuba era em uma ilha, foi necessária a construção de uma barca ou vapor para transportar os marítmos infectados, visitantes e produtos. Até porque a baía de Guanabara era conhecida pelos seus bancos de areia que encalhavam os navios de médio e grande porte. A normatização para a construção do vapor seguia algumas recomendações: a barca tinha que ter trinta pés como as embarcações inglesas, seguindo as suas especificações; as madeiras empregadas deveriam ser de lei; José Francisco de Castro deveria fazer a barca no seu estaleiro na praia da Saúde nº 22, tendo seis meses de prazo. As preocupações com as regras demonstram a urgência das autoridades brasileiras em seguir as normas internacionais, até na construção de um vapor (A.N., 1849).

O regulamento do lazareto ainda continuou especificando as regras de desinfecção das embarcações, que eram: estabelecer uma bomba para levar a água do mar ao fundo da proa para limpar a sujeira; outra bomba na proa que aspire a água condensada dos porões; lavar a embarcação até que a água fique límpida e sem cheiro; verificar se a lavagem e a aspiração foram eficientes; constatar se na lavagem a quantidade de cloreto de sódio e de cal (em grãos de concentração) foi suficiente para a desinfecção da madeira dos navios; fazer a dispersão do cloreto de sódio e de cal pelas paredes e cantos do interior da embarcação; acumular cloro grosso no interior do navio, aplicando-o nas aberturas das periferias, de 24h a 30h; extrair depois das 30h o cloro e fazer a fumigação (REGULAMENTO, 1851).

Os procedimentos de desinfecção para combater os germes ainda determinavam: colocar o ácido sulforoso em uma das extremidades do navio; permitir a entrada de ar na embarcação; aquecer o ácido sulfuroso, devendo a fumigação

durar entre 12h até 24h; aspirar, se for necessário, todo o gás do interior do navio; derramar uma solução concentrada de sulfato de ferro no fundo do porão para impregnar as substâncias pútridas; extrair o sulfato de ferro por uma bomba apenas quando o navio for carregado (REGULAMENTO, 1851).

O regulamento do lazareto descrevia as regras para a desinfecção das embarcações e para o combate das epidemias, com os seguintes procedimentos: a desinfecção dos fardos e demais objetos contidos dos navios deveria ser pela exposição ao ar livre, em lugar elevado, desabrigado e sujeito às correntes de ar, colocando-se isolados uns fardos dos outros para facilitar o contato do ar a todos os objetos, sendo constantemente renovado; fazer a fumigação de cloro, ácido sulforoso ou ácido nitroso em recintos fechados. As embarcações que tivessem passado pelos respectivos processos de desinfecção e que não tivessem nemhum caso de epidemia poderiam atracar na alfândega em dois dias (REGULAMENTO, 1851).

Em relação aos custos da desinfecção, as embarcações pagavam somente o valor dos materiais empregados para a desinfecção e nada pelo serviço pessoal do estabelecimento. Aquelas que não aceitaram este serviço para a sua tripulação, recusando o processo de desinfecção, permaneciam incomunicáveis, só podendo atracar e descarregar na alfândega depois de 30 dias, do último contato. Contudo, se tivesse algum indivíduo com moléstia transmissível, estas embarcações seriam direcionadas para o mar em qualquer tempo da quarentena (REGULAMENTO, 1851).

2.3 A transformação de lazareto para Hospital

No século XVII, na Europa, o progresso do comércio marítimo e o avanço da teoria do anticontagionismo em detrimento ao contagionismo fizeram com que a ideia de isolamento dos doentes fosse aos poucos considerada antiquada. Os lazaretos que funcionaram com as atribuições de controlar a entrada dos estrangeiros e dos indivíduos oriundos do comércio marítimo eram instiuições de isolamento e, por isso, entendidos como instituições arcaicas. Nesse sentido, os lazaretos de forma contínua foram fechados e/ou transformados em uma boa parte em hospitais regulares.

No século XVIII, o aumento populacional dos centros urbanos europeus fez com que o hospital fosse transformado em um equipamento de saúde, seguindo os preceitos das ciências médicas. Com isso, o ambiente hospitalar foi entendido como um lugar de experiência e acúmulo do saber médico, daí a necessidade de reformar ou edificar novos espaços. A compreensão da arquitetura hospitalar como um instrumento de cura, sendo os projetos arquitetônicos assinados por médicos, que

priorizaram a organização do espaço físico com ventilação, luz natural, alas especializadas, áreas isoladas e pavilhões (FOUCAULT, 2001; OLIVEIRA, 2005).

O avanço científico da medicina moderna fez com que as autoridades médicas compreendessem a assistência em lazareto como algo destinado aos contagionistas, em contraposição ao hospital moderno, que seria o espaço adequado para o exercício de uma medicina atualizada que promovesse a cura dos enfermos. A mudança de lazareto para hospital não foi uma simples modificação de nomenclatura e sim uma nova forma do poder público de promover a assistência à saúde. A criação do H.M.S.I. fez parte deste processo; uma instituição pública, com pesquisa médica, hierarquização, disciplinirização, voltada aos estrangeiros em um contexto de comércio global.

As más condições do prédio do lazareto de Jurujuba ainda possiblitaram críticas internacionais e da opinião pública nacional ao governo imperial. A modernização da assistência à saúde aos marítimos no Império brasileiro fazia parte de uma padronização mundial dos serviços médico-hospitalares e sanitários nos portos, cujo objetivo foi evitar a difusão de epidemias para atender a demanda de um comércio globalizado. Com isso, o estado brasileiro investiu em novas instalações para a fundação do hospital Marítimo de Santa Isabel, em 1853.

Por fim, ao analisarmos a trajetória do lazareto de Jurujuba para a sua transformação em hospital, verificamos algumas diferenças. O lazareto recebeu em sua história institucional apenas marítimos suspeitos ou portadores de febre amarela, já o H.M.S.I., em uma percepção moderna de assistência, atendeu a enfermos marítimos ou não, vitimados por diversas moléstias infecto-contagiosas: febre amarela, cólera, varíola etc. Além disso, o regulamento do lazareto o configura em sua prática cotidiana em uma perspectiva de hospital moderno, com disciplinarização, organização e medicalização, entretanto, uma diferença evidente entre as regras do lazareto e do hospital Marítimo de Santa Isabel foi em relação às medidas sanitárias. O maior capítulo das normas do lazareto foi direcionado aos procedimentos de desinfecção de navios e objetos pessoais e as diretrizes para a quarentena, demonstrando o esforço do Brasil para se adequar às regras sanitárias portuárias internacionais; já o regulamento do H.M.S.I. priorizou o atendimento médico, além da normatização e padronização do funcionamento da instituição, como veremos a segui

3. O Hospital Marítimo de Santa Isabel

O padrão de assistência à saúde adotado no Brasil no século XIX foi o liberal. A aliança constituída entre a sociedade civil e o Estado, durante o período imperial, se deu pela vigência de um estado liberal que se estruturou, direta ou indiretamente, a partir do protagonismo das misericórdias e de outras instituições filantrópicas. A aliança se deu através de uma relação público-privada que deve ser compreendida na longa duração, ainda que cada tempo tenha sua singularidade.

Esta chave de leitura é defendida por Coimbra (1986) que afirma ter havido, durante o Império, uma ausência da participação direta do Estado no campo da assistência, e sua tímida atuação durante a Primeira República. A ação do Estado privilegiava o repasse de recursos para as entidades privadas que pudessem prestar serviço aos soldados, viajantes, libertos, loucos, mendigos, inválidos e órfãos. O apoio governamental às instituições privadas também se realizava através de subsídios, taxas alfandegárias, concessão de loterias, isenção de impostos e outros meios indiretos. Assim, a atuação estatal, no que concerne à saúde, se pautava no liberalismo [20], onde o poder público evitava intervir diretamente no campo da assistência, cabendo à filantropia o desenvolvimento de ações complementares ao Estado (COIMBRA, 1986; SANGLARD, 2014; BARRETO et al., 2015, PIMENTA el all, 2015).

Segundo a lógica liberal, o Estado intervinha em momentos emergenciais. Foi o que aconteceu em meados do século XIX com as epidemias de febre amarela e cólera. Foi esta a conjuntura de criação do lazareto de Jurujuba, em 1851, e da transformação deste para hospital Marítimo de Santa Isabel, em 1853, tornando-o uma instituição pública especializada no tratamento de doenças infecto-contagiosas. As despesas dessa instituição eram pagas ora pelo governo imperial, ora pelas empresas responsáveis por trazerem os marítimos e imigrantes.

Este capítulo tem como objetivo apresentar o resultado empírico da pesquisa realizada entre 2016-2018. As fontes utilizadas foram os relatórios da assembleia legislativa do Império, os periódicos de época (*Annaes Brasilienses de Medicina*, *O*

[20] A historiografia especializada convergiu para o entendimento de um Estado liberal na assistência à saúde, no século XIX e início do XX. Contudo, uma boa parte das instituições privadas como as Santas Casas recebiam verbas do governo, caracterizando uma parceria público-privada.

Diário do Rio de Janeiro, *O Globo*, *Actualidade* e o *Diário do Povo),* uma parte da documentação do Arquivo Nacional, série saúde e a tese do médico José Maria Teixeira sobre a febre amarela no Hospital Marítimo de Santa Isabel (1877). Neste capítulo temos por objetivo realizar uma radiografia da estrutura física do hospital, do seu funcionamento e do corpo médico. Nosso argumento é de que o hospital Marítimo de Santa Isabel se integrou à expansão da cidade, do grande comércio, permitindo assim a mobilidade populacional, em particular, dos estrangeiros. Percebemos, assim, o grande esforço do governo com o combate às epidemias, em particular a febre amarela, entretanto, o aparato de saúde foi destinado aos estrangeiros, majoritariamente europeus, ficando os africanos e seus descendentes à margem do tratamento. Ora, se os interesses políticos e econômicos das elites financeira e intelectual se somam ao Estado na edificação de um aparato de assistência à saúde, por que se excluiu a principal força de trabalho e de produção – a mão de obra escrava? Tal estrutura nos remete à interpretação de que no final do século XIX o combate às doenças, em especial a febre amarela, foi matizada com ações racialistas e com uma política de "embranquecimento" da população.



Figura 3.1 - BERTTICHEN. P e LITH, **"Hospital Marítimo de Santa Isabel". 1856.** A imagem mostra a arquitetura do Hospital Marítimo de Santa Isabel. Com o detalhe do vapor que fazia a quarentena, o píer e a vegetação ao fundo do prédio.

3.1 - O Funcionamento do Hospital

Antes da fundação do hospital Marítimo de Santa Isabel foi criado o lazareto de Jurujuba, em 1851, pelo estado imperial. Essa instituição transformou-se, em 1853, no hospital Marítimo de Santa Isabel, destinado a tratar as tripulações com ameaça de doenças epidêmicas. A intenção das autoridades foi dar uma resposta emergencial ao contexto epidêmico de meados do século XIX, caracterizado pelas grandes epidemias de febre amarela em 1849/1850/1851 e de cólera em 1855/1856, que infectaram residentes e visitantes na capital do Império.

O prédio do hospital tinha uma estrutura física imponente como pode ser observado na figura 3.1., tendo a capacidade, segundo os relatórios da assembleia legislativa do Império, de atender aproximadamente 2.000 indivíduos por ano. Além disso, o conjunto hospitalar era formado por um cemitério[21], uma botica, casas alugadas na vizinhança[22], uma embarcação que operava como "quarentena flutuante" e pelos lazaretos do Caju na Jurujuba e da ilha de Maricá (R.A.L.I., 1858, p.50).

As repartições do hospital se constituíam em enfermarias gerais e particulares, escritório, farmácia, despensa, arrecadação, cozinha, refeitório, morada para empregados, quartos para oficiais dos navios de guerra e depósito para cadáveres. As enfermarias gerais eram destinadas aos marinheiros e as particulares aos pilotos e capitães (REGULAMENTO, 1859).

[21] Em períodos epidêmicos a Junta de Higiene recomendou a cremação dos corpos e que as cinzas fossem enterradas em lugar afastado.

[22] Em momentos de surtos epidêmicos estas moradias serviam para aumentar a capacidade do hospital no atendimento dos enfermos e também para separar homens e mulheres. Este tipo de medida também aconteceu no hospital da Santa Casa do Maranhão (COE, 2013).



Figura 3.2 - Porto do Rio de Janeiro. Mapa da Baía da Guanabara, com recorte em *zoom* indicando: o Serviço Sanitário do Porto do Rio de Janeiro (ponto verde); São Gonçalo (ponto azul), a Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores (indicado por um sinal) e Niterói (ponto amarelo), Hospital de Isolamento da Jurujuba (indicado por um sinal). *Rio de Janeiro: ferrovias e porto*, Laemmert, 1892 – Acervo Cartográfico da Biblioteca Nacional/RJ.

3.1.1 A equipe de trabalho e as suas funções

A direção do hospital[23] foi exercida pelo médico Francisco de Paula Cândido (nomeado pelo Imperador), que era também presidente da Junta de Higiene Pública. Havia um conselho administrativo formado por um Cônsul estrangeiro e dois negociantes desta praça, o que indica a associação entre poder público e privado. Em 1857, o retorno da epidemia de febre amarela ao Rio de Janeiro aumentou o processo de disputa política na formulação de políticas públicas de saúde, configurando novas relações de poder no Império, o que transferiu a responsabilidade sobre o H.M.S.I. do Presidente da Junta de Higiene ao Inspetor de Saúde dos Portos (CABRAL, 2015; R.A.L.I., 1857 p.15).

Segundo Rebelo (2010), a mudança política na direção da instituição ocorreu devido à estreita relação entre o serviço do hospital e a política sanitária dos portos, na tentativa de unificação dos serviços, e daí a subordinação-controle do H.M.S.I. pelo

[23] A direção do HMSI em sua trajetória foi exercida por médicos. O que o difere do hospital de São Cristóvão na Bahia e do hospital da Santa Casa do Maranhão que o administrador era escolhido por um conselho de membros da irmandade e necessariamente não tinha formação médica (BARRETO, 2005; COE 2013).

Inspetor de Saúde dos Portos. Os documentos oficiais alegam que a razão para a mudança foi de que o acúmulo das funções do Presidente da Junta de Higiene seria incompatível com a adminstração do hospital. Em 1857, Francisco de Paula Cândido – presidente da Junta Central de Higiene – deixou a direção do hospital, sendo substituído por Bento Maria da Costa.

O H.M.S.I. teve o seu primeiro regulamento aprovado em 1859, nele contendo uma mudança no organograma da instituição em comparação ao regulamento do lazareto de Jurujuba, sendo todos os funcionários do hospital e dos lazaretos subordinados ao Inspetor de Saúde dos Portos, cujas atribuições eram: a) fiscalizar o cumprimento do regulamento; b) visitar o hospital todas as vezes que julgar necessário; c) definir junto ao diretor do hospital ou por conta própria, em caso de urgência, as diretrizes convenientes para evitar a propagação de qualquer epidemia; d) solicitar quaisquer providências ao governo que não estiverem em suas atribuições; e) propor ao governo a nomeação, suspensão ou demissão dos empregados do hospital que dependessem de decreto ou aviso; f) dar as instruções que deveriam ser observadas nas ocasiões de epidemia; g) providenciar tratamento adequado para os indivíduos em quarentena; h) apresentar ao Ministro do Império, no princípio de cada trimestre, o relatório do hospital e lazaretos, com todas as informações relevantes.

O serviço do hospital se dividia em administrativo, sanitário, econômico e religioso. O diretor do hospital era o chefe dos três primeiros serviços, cabendo ao capelão o serviço religioso (REGULAMENTO, 1859).

Para as tarefas administrativas existia um diretor, um agente, um chefe de escritório, um ajudante e três copistas. O Diretor era um cargo de nomeação imperial e dentro da instituição era a função mais alta da hierarquia, recebendo o maior salário, 600$000 réis. A direção era responsável pelas seguintes atribuições: a) gestão de pessoal, tendo o poder de suspender e demitir funcionários; b) informação ao Inspetor de Saúde dos Portos sobre o andamento da instituição; c) exame e controle dos pedidos do despenseiro, do farmacêutico e do cozinheiro; d) abastecimento do hospital, ordenando a compra de diversos gêneros; e) previsão de despesas e envio ao ministro do Império; f) recebimento do financiamento governamental; g) contratação de funcionários; h) vistoria do desembarque dos indivíduos do vapor, sinalizando quem deveria ficar; i) guarda dos objetos dos doentes infectados, entregando-os ao final da internação ou aos familiares, em caso de falecimento do doente; j) prestação de contas mensal do movimento do hospital ao Inspetor de Saúde dos Portos e a Praça de Comércio – o que demonstrava a interferência do setor privado (comercial) na gestão do H.M.S.I. (REGULAMENTO, 1859).

Como foi dito acima, a indicação do diretor era feita por nomeação imperial, o que demonstra que o cargo era exercido por pessoas importantes, tanto no exercício da Medicina como na teia política de relações do Império. Um exemplo disto foi Francisco de Paula Cândido (1805-1864), que nasceu em Macuco, província do Rio de Janeiro, em 02 de abril de 1805 e foi o primeiro diretor do H.M.S.I.

Paula Cândido estudou no seminário São José de Mariana, nas Minas Gerais, e, em seguida, ingressou na carreira militar em Ouro Preto, depois no Rio de Janeiro na Academia Militar da Corte e foi estudar Medicina pela *Faculté de Médicine* de Paris. Em 1829 conseguiu o título de Bacharel em Letras e pouco tempo depois em Ciências Médicas com a tese intitulada *"Surl'électricitéanimale"* (http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br). Regressou ao Brasil em 1833 e, nesse mesmo ano, foi aprovado para lecionar nas cadeiras de física médica, de química e de terapêutica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde exerceu o magistério por mais de trinta anos. Além disso, foi o médico responsável pela Câmara Imperial, deputado pela Província de Minas Gerais e três vezes eleito Presidente da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro. Outro ponto foi a proximidade de Francisco de Paula Cândido com a família imperial, sendo médico e professor, tendo lecionado línguas e ciências naturais para as princesas, além de médico.

A sua relação com o hospital foi significativa. Francisco de Paula Cândido foi diretor do hospital e presidente da Junta de Higiene Pública, criada pelo decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850, instituição responsável pela conservação da salubridade pública. A sua nomeação foi no contexto histórico da grande epidemia de febre amarela, que havia se disseminado pela província do Rio de Janeiro, vitimando cerca de 4.160 pessoas (http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br).

O Dr. José Pereira Rego (1816-1892) foi outro médico-diretor de destaque do hospital, nascido no Rio de Janeiro, em 24 de agosto de 1816, formou-se em medicina no Rio de Janeiro, em 1838. Durante sua trajetória profissional ocupou vários cargos como presidente da Junta Central de Higiene (1864-1881), Inspetor de Saúde do Porto do Rio de Janeiro (1865) e o de Inspetor Geral do Instituto Vacínico (http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br). Foi também diretor do hospital Marítimo Santa Isabel.

Em 1874 Rego recebeu o título de Barão do Lavradio, honraria concedida pelo seu trabalho de coordenação das medidas sanitárias no Rio de Janeiro contra a grave epidemia de febre amarela. Como médico-diretor do H.M.S.I. convidou outros médicos a trabalharem na instituição, interessados em pesquisar aquela doença. Foi o caso do Doutor José Maria Teixeira, que fez a tese intitulada "Estudos sobre a febre amarela em 1877, observada no Hospital Marítimo Santa Isabel".

Já o agente ou almoxarife recebia o salário de 150$000 réis, sendo o funcionário responsável pelo setor de compras, de aquisição de mercadorias e objetos. Porém, toda a compra estava sob a vigilância do diretor. Com isso, executava parte da contabilidade da instituição, tendo como tarefas: a) fazer compras de gêneros alimentícios e de objetos para o hospital; b) comprar objetos (roupas e utensílios) para os indivíduos em quarentena; c) prestar contas ao diretor; d) fazer o pagamento dos salários dos empregados do hospital (REGULAMENTO, 1859).

O escritório era aberto diariamente, das 7h até às 16h. A repartição tinha como responsabilidade: a) registrar, em livro apropriado, a entrada e saída dos doentes, detalhando nome, naturalidade, condição, moléstia de cada enfermo, tripulação pertencente, dia de sua entrada e dia de alta ou falecimento; b) registrar, em livro, a entrada e saída dos gêneros da dispensa; c) registrar e controlar a entrada e saída dos objetos da arrecadação, detalhando os móveis, utensílios e mais objetos que entraram para o serviço do hospital; d) registrar entrada e saída dos gêneros da botica, detalhando drogas e medicamentos e o consumo, verificando as notas do farmacêutico extraídas do receituário; e) registrar e controlar as peças de roupas que entraram e saíram para o serviço do hospital; f) escriturar o livro de receita e despesa do hospital; g) registrar, em livro próprio, a matrícula dos empregados; h) controlar os móveis e utensílios existentes em serviço do hospital e de suas repartições; i) organizar o livro de registro do ponto e falta dos empregados; j) registrar e controlar os objetos recebidos dos doentes (REGULAMENTO, 1859).

O chefe do escritório tinha as seguintes funções: a) dirigir toda a escrituração do hospital; b) organizar a folha salarial dos funcionários; c) esmiuçar as despesas correntes do hospital. Ao ajudante de escritório cabia registrar toda a correspondência do diretor e ter escriturado os livros para lançamentos dos objetos recebidos dos doentes. Já o copista ou escrivão tinha o salário de 100$000 réis e era responsável por todo o serviço de escrituração, a confecção das atas, os pedidos de verbas ao Estado e da elaboração da documentação de uma forma geral, o que permitia a comunicação da instituição com o "mundo" (REGULAMENTO, 1859).

Os porteiros recebiam 50$000 réis para zelar pelo patrimônio da instituição. As suas obrigações eram: a) controlar a entrada e a saída das pessoas; b) permitir o livre acesso do hospital apenas aos funcionários; c) proibir a entrada de comida e bebida; d) não permitir a saída dos doentes (REGULAMENTO, 1859).

O serviço sanitário era realizado por dois médicos, um primeiro enfermeiro, três enfermeiros, três ajudantes e um farmacêutico. Em tempos de epidemia esse quantitativo poderia ser aumentado de acordo com a demanda, sendo estes profissionais nomeados pelo Imperador (REGULAMENTO, 1859).

O hospital tinha dois médicos internos. O vencimento desses profissionais era de 500$000 réis e os seus deveres eram: a) fazer duas visitas diárias na enfermaria, uma às 8h e outra às 17h; b) fazer anotações do diagnóstico, da dieta e da receita nos prontuários dos pacientes; c) explicar aos enfermeiros a maneira de ministrar os remédios; d) organizar a estatística de sua enfermaria e remeter ao diretor; e) inspecionar a botica e a dispensa; f) fiscalizar as qualidades dos gêneros alimentícios; g) estar na enfermaria sempre que chegasse doente. As recomendações faziam parte de um protocolo hospitalar, preocupado com a documentação do hospital e os registros do saber médico (FOUCAULT, 2001; REGULAMENTO, 1859).

O doutor José Maria Teixeira (1854-1895) foi um dos médicos internos. O seu estudo sobre a febre amarela, em 1877, esteve calcado na observação de seiscentos e sessenta pacientes, compilando os dados de quatrocentos e oitenta e dois, dialogando com a teoria médica da época e citando autores nacionais e estrangeiros. O contexto foi marcado por uma revolução na medicina com o avanço na arte de curar; permitido pelo desenvolvimento da química, da fisiologia, da bacteriologia, pela divulgação de teses, pela circulação do saber, pelo progresso terapêutico e pela formalização dos hospitais como espaço de cura e pesquisa. Nesse sentido, ocorreu uma difusão de estudos médicos sobre a origem das epidemias que produziram inúmeras teses como o contagionismo, o anticontagionismo, o higienismo e a bacteriologia (BARRETO, 2005).

Em seu trabalho, Teixeira (1877) demonstrou ser um defensor da teoria do anticontagionismo, dizendo que a febre amarela era ocasionada pela putrefação de matéria orgânica que gerava os miasmas que ficavam no ar, sendo as doenças provocadas pelas péssimas condições de higiene dos navios. Contudo, esta teoria era questionada pelos contagionistas, que acreditavam que a doença era transmitida de pessoa a pessoa pelo contato, ou através de utensílios contaminados por doentes. Apesar dos embates teóricos, contagionistas e anticontagionistas confluíram que a causa dos surtos epidêmicos era o ambiente urbano insalubre e fétido (CZERESNIA, 1997; ROSEN, 1994).

A ideia das autoridades em políticas públicas de saúde era a junção de higiene, progresso e civilização. Este foi o contexto que permitiu o avanço do higienismo, que entendeu a cidade como um objeto de intervenção da medicina, bem como a regulação do modo de viver da sua população. Com isso, o poder estatal fez inúmeras medidas de saneamento, de aterramento dos pântanos, de fornecimento de água tratada, de pavimentação das ruas, de demolição de cortiços, de coleta regular do lixo, de regularização dos matadouros de animais, de alargamento das ruas e avenidas. O

ideal higienista foi forte, direcionando as reformas urbanas das importantes cidades[24] durante o século XIX e XX.

O último quartel do século XIX registrou o avanço da bacteriologia a partir dos estudos de Pasteur, derrubando a teoria da geração espontânea, a contraposição entre anticontagionistas e a ciência de modernização dos micróbios não levou ao fim do higienismo. A procura dos micro-organismos causadores das doenças como a febre amarela, não eliminou a natureza mais ampla do combate às doenças, acontecendo um arranjo entre higienistas e bacteriologistas (BENCHIMOL, 1999; MAIO, 2010).

O médico José Maria Teixeira (1877) disse, certa vez, que os africanos seriam mais resistentes à febre amarela do que os americanos, asiáticos e europeus, defendendo a posição de que os negros da raça etíope tinham mais imunidade do que os indivíduos do hemisfério norte. A ideia era corroborada por parte da medicina oitocentista que alegava que os negros tiveram maior facilidade de aclimatação nos trópicos do que os brancos.

Voltando à estrutura do hospital, havia o farmacêutico, chefe da botica. As suas funções eram: a) preparar todos os remédios receitados pelos médicos do hospital; b) receber e guardar com cuidado todos os medicamentos; c) fazer o pedido de todas as substâncias necessárias para a botica, bem como os utensílios necessários; d) examinar a qualidade das substâncias e rejeitar as que não fossem boas; e) perguntar aos médicos quando as doses de substâncias pareceriam excessivas no receituário; f) transcrever, literalmente, nas vasilhas que contivessem os remédios a íntegra da receita e a maneira de ser aplicada; g) controlar diariamente os gastos das substâncias no hospital; h) conservar o asseio e a ordem da botica (REGULAMENTO, 1859).

As pesquisas de Maria Renilda Barreto, em 2005, sobre o hospital de São Cristóvão na Bahia (HSC) e de Agostinho Júnior Holanda Coe, em 2013, sobre o hospital da Santa Casa do Maranhão, relataram dificuldades em relação à botica. A instituição baiana sequer tinha uma botica, tendo que comprar os medicamentos dos boticários da praça de Salvador, já no Maranhão problemas financeiros da Santa Casa fizeram com que em uma boa parte do tempo o funcionamento da botica fosse precário, empecilhos que não foram encontradas na botica do H.M.S.I., que fornecia a medicação regularmente. Segundo o regulamento de 1859, deveria haver três enfermeiros: um primeiro que inspecionava todo o setor, e dois enfermeiros responsáveis por cada uma das enfermarias. Entretanto, em caso de urgência, podiam

[24] Londres, Paris, Buenos Aires e Rio de Janeiro.

ser contratados quantos fossem necessários. Na documentação da série saúde do Arquivo Nacional foram encontrados até doze enfermeiros[25] em período epidêmico. As suas atribuições eram: a) organizar a dieta dos enfermos; b) distribuir os ajudantes e os serventes na enfermaria; c) cuidar da limpeza da enfermaria e da higiene dos doentes; d) acompanhar os médicos nas visitas; e) aplicar os remédios aos enfermos; f) vigiar os pacientes e descrever aos médicos qualquer anormalidade; g) fazer o mapa geral da enfermaria; h) fazer a cama dos doentes e mudar a roupa de cama uma vez por semana (REGULAMENTO, 1859).

Em 1874, o salário dos enfermeiros do H.M.S.I. foi publicado no jornal *O Globo,* revelando que os dois enfermeiros juntos ganhavam 60$000 réis. Era o terceiro pior salário do hospital, acima apenas dos provimentos dos serventes e dos escravos de ganho. Tal dado demonstra que a enfermagem ocupava o setor mais subalterno na hierarquia dos ofícios de cura. É importante lembrar que na segunda metade do século XIX a profissão ainda não era regulamentada, sendo a enfermagem entendida como uma ação caritativa, missionária cristã.

O serviço econômico, setor que tinha a função de controlar a entrada e a saída de objetos e alimentos da instituição, era composto por um despenseiro, um ajudante, um fiel de arrecadação e rouparia (funcionário responsável pelo controle de todos os objetos do H.M.S.I.), um cozinheiro e um ajudante. As repartições do serviço econômico eram a despensa, a cozinha, o refeitório, a arrecadação e a rouparia.

A despensa da instituição era de responsabilidade do despenseiro, que tinha como função controlar a entrada e a saída de gêneros alimentícios. As suas obrigações eram: a) fazer pedido por escrito de todos os gêneros necessários para a alimentação dos enfermos e empregados do hospital; b) controlar os alimentos armazenados na despensa, submetendo o mapa geral diário à rubrica do diretor; c) contratar, trimestralmente, os fornecedores de gêneros alimentícios para o consumo do hospital; d) fazer uma licitação, listando os gêneros necessários para o hospital nos jornais; e) fiscalizar a qualidade dos produtos adquiridos; f) verificar o peso e a quantidade dos produtos entregues; g) organizar o mapa geral com a entrada e a saída de gêneros; h) apresentar ao chefe do escritório, no último dia de cada mês, o mapa geral do mês com a entrada e a saída de gêneros (REGULAMENTO, 1859).

O serviço de cozinha ficava a cargo do cozinheiro, que recebia 60$000 réis. Para ajudá-lo nas tarefas diárias, existiam um ajudante e os serventes que fossem

---

[25] Berrimini, Vicente José de Castro, Antonio Francisco Moreira, José Joaquim de Barroso, Antonia Ramos dos Santos, Helaine Antonio dos Santos, Thais Batista, Salvador Lemea, Carneiro Menezes, Francisco José Souza e Domingos Palos.

necessários. As suas atribuições eram: a) receber diariamente do despenseiro os gêneros necessários para o preparo das dietas e rações dos enfermos e empregados; b) pedir, de véspera, ao diretor, as miudezas para o serviço de cozinha; c) preparar as refeições; d) conservar a cozinha em seu perfeito estado de asseio; e) cuidar dos refeitórios, da limpeza, do bom serviço e pôr a mesa; f) cuidar da conservação de louça, toalhas, talheres e demais objetos.

O hospital custeava a alimentação do diretor, dos médicos, do farmacêutico, dos enfermeiros, do despenseiro e fiel da arrecadação, do cozinheiro, dos serventes e do copista. Os refeitórios eram separados pela hierarquia da instituição: um refeitório era para o diretor, médicos e farmacêutico. Outro refeitório era para enfermeiros, despenseiro e fiel da arrecadação e mais um refeitório para cozinheiro e ajudantes. A separação dos funcionários em três refeitórios mostra a hierarquização que existia no espaço hospitalar, determinado pelo status que cada um tinha na instituição e pelos salários diferenciados. Eram guardados na arrecadação todos os objetos pertencentes ao hospital, que não estivessem sendo usados pelos empregados das enfermarias e demais repartições, inclusive a rouparia. O fiel era responsável pela arrecadação e tinha como obrigações: a) receber e arrumar convenientemente todos os objetos que deviam ser guardados e depois lançados em livro próprio; b) controlar a saída de objetos; c) guardar cuidadosamente as ordens e pedidos, com os recibos das pessoas que fossem entregues os objetos saídos e levá-los ao escritório para o registro; d) prestar contas ao diretor sobre os objetos guardados que fossem se deteriorando para providenciar sobre a sua reparação e consumo; f) receber e contar a roupa suja a ser enviada para lavagem e recebida desta; g) distribuir a roupa lavada pelas enfermarias e refeitórios; h) apresentar ao chefe do escritório a entrada e saída da rouparia; i) fazer o pedido ao diretor da compra de novas roupas para a substituição da rouparia antiga (REGULAMENTO, 1859).

Na documentação foi encontrada a função de capelão. Esse era o chefe do serviço religioso e o seu vencimento era de 100$000 réis. A sua tarefa era realizar missas todos os dias de guarda, administrar os sacramentos aos enfermos católicos[26], visitar os moribundos, encomendar os cadáveres dos católicos falecidos, velar sobre o asseio da capela e conservação dos vasos e paramentos pertencentes ao culto divino. Em períodos que a instituição foi fechada, o capelão recebia o seu salário normalmente, residia no hospital e prestava assistência espiritual à comunidade, demonstrando a influência do catolicismo, mesmo em uma instituição pública de

[26] A documentação não especificou sobre os enfermos de outras religiões, porém, no regulamento uma das obrigações dos doentes era o respeito aos rituais religiosos na enfermaria.

assistência. A existência do capelão no H.M.S.I., pertencente ao quadro de funcionários da instituição, demonstra as especificidades do padroado brasileiro, e a permanência do poder da igreja Católica (REGULAMENTO, 1859; A.N.,1862). Registra-se que na Europa, na transição do medievo para a modernidade, se iniciou um processo de distanciamento entre a assistência espiritual e os equipamentos de saúde, dentro de uma perspectiva de uma medicina moderna (RISSE, 1999).
Na pesquisa ainda foram encontrados três serventes que juntos recebiam 40$000 réis, sendo que em épocas de surtos epidêmicos eram requisitados serventes alugados.

Além disso, havia soldados que trabalhavam no vapor, e que participavam da abordagem aos navios infectados ou sob suspeitas, que aportavam no Rio de Janeiro. A intenção da existência de soldados era evitar a evasão dos tripulantes de navios designados para quarentena, fato que aconteceu, em 1873, com os marítimos do navio português Maria da Glória. A tripulação tentou fugir do isolamento e para contê-los foi necessário reforço da força policial, com doze soldados e um cabo para o cumprimento do regulamento sanitário (A.P.E.R.J., 1873).

A documentação do H.M.S.I. disponível no Arquivo Nacional, na série saúde, aponta a existência de outros tipos de funcionários como os africanos livres e escravos alugados. As suas funções eram de trabalho manual, carregar peso e da lavagem de roupa dos doentes – considerada perigosa devido ao risco de contágio. Além disso, em períodos de fechamento do H.M.S.I., como em 1861, os documentos mostram que dos vinte e seis africanos, dezesseis foram enviados para a casa de correção sem explicar o porquê do castigo e ficaram apenas dez (nove homens e uma mulher). O que evidencia um espaço hospitalar dominado por homens, tanto entre os doentes como funcionários (Diário do Rio de Janeiro, 1861, 00170). Quando analisamos outros estudos sobre hospitais oitocentistas, também se verificou a existência de escravos e africanos livres em funções subalternas no ambiente hospitalar (BARRETO, 2005; COE, 2013).

O hospital era fechado em períodos de término do surto epidêmico. Quando isto acontecia, os funcionários dispensados recebiam temporariamente a metade dos salários, durante doze meses, e os empregados conservados poderiam ocupar diversas funções, acrescido de uma gratificação. Apenas os empregados da obra e os africanos recebiam alimentação no período de fechamento do hospital, e tal medida era interpretada como necessária para a contenção das despesas em épocas de diminuição dos casos epidêmicos (Diário do Rio de Janeiro, 1861, 00170).

Em 15 de novembro de 1876, pelo decreto nº 6378, em seu artigo 4º, ficou determinado a abertura constante do H.M.S.I. para o tratamento de pessoas vindas do mar que foram infectadas pela febre amarela ou por outra moléstia pestilencial, bem

como os doentes residentes na cidade do Rio de Janeiro e arredores, sendo o encaminhamento feito pelo médico de paróquia.

Observamos que o H.M.S.I. se enquadra na perspectiva de modernização do atendimento hospitalar, uma vez que o objetivo era de cura dos doentes; com funcionamento ininterrupto; com hierarquização e especialização das funções médicas, propostas em regimento; com observações clínicas e circulação dos resultados; ou seja, todas essas características evidenciam uma concepção de hospital moderno (BARBOSA; REZENDE, 1909; OLIVEIRA, 2005).

3.1.2 O abastecimento do hospital

Em 1856 o hospital pagou pela aquisição de 252 galinhas, 164 dúzias de ovos e pães, totalizando uma despesa de 367$653 réis (A.N, lista de alimentos, 31/01/1856).

No jornal *Diário do Rio de Janeiro,* em 12 de junho de 1861, na edição 00161, foi publicada, a pedido do H.M.S.I., uma licitação para compra de produtos que demonstrava a dieta praticada, lembrando que as propostas tinham que ser entregues em carta fechada no escritório do diretor, no centro da cidade do Rio de Janeiro. Os produtos a serem adquiridos eram: arroz, araruta, letrilha, açúcar fino refinado, açúcar mascavinho, azeite doce, azeite de amendoim, banha americana, batatas, bacalhau, café em grão, chá, chocolate, carne seca, carne de vaca e de carneiro, farinha de suruhy dita regular, fumo, feijão preto, manteiga, mate, milho, marmelada, geleia, sal, sabão, sabonetes, sagu, tapioca, pão, toucinho, velas de composição, velas de sebo, trocidas, vinagre de Lisboa, vinho do Porto engarrafado branco e tinto, aguardente, lenha em achas, galinhas e frangos.

A lista de produtos mostra uma variedade significativa com uma alimentação rica em carboidratos e proteínas, lembrando que a comida era servida aos enfermos e aos funcionários. Porém, não foi encontrado na documentação sobre o H.M.S.I. se existia uma diferenciação entre a dieta dos funcionários, doentes e escravos. Os trabalhadores que residiam na instituição eram o diretor, os médicos, o farmacêutico, os enfermeiros, o despenseiro, o fiel da arrecadação, o cozinheiro e os serventes e, se tivesse que sair por algum motivo, era obrigatório cumprir uma espécie de quarentena. Em sua pesquisa, Barreto (2005) mostrou que a dieta do HSC era baseada em pão e carne, sendo pobre em verduras, legumes, peixes e latícinios. Além de apontar que a alimentação era diferenciada a partir da hierarquia institucional; a dieta dos enfermos

presidiários era rigorosa, composta de carne seca, feijão e farinha de mandioca, e aos empregados cabia carne verde e pão.

Ao compararmos as compras de mercadorias para o H.M.S.I. com o hospital de São Cristóvão na Bahia, percebemos algumas diferenças, uma delas que o mantenedor das despesas do H.M.S.I. era o Estado. Com isso, no Hospital Marítimo de Santa Isabel foi encontrado carne e pão, e uma maior diversidade de alimentos como mate, milho, marmelada, geleia, feijão e bacalhau. O hospital baiano se mantinha através de doações de famílias ricas, de comerciantes, de estrangeiros que morriam nas enfermarias, de pobres que doavam objetos de uso pessoal, dos pacientes que pagavam os seus curativos e do Estado que firmava contratos com a Santa Casa, daí a dificuldade financeira para uma dieta rica e diversa (BARRETO, 2005).

3.1.3 Produtos utilizados no hospital

A lista de compras do material de escritório entre 17 de junho de 1853 até março de 1854 foi composta por 10 toalhas de papel Holanda pauta, 10 cadernos de papel almaço, 23 cadernos de despesas, 13 livros de papel Holanda pauta, 6 cadernos de papel difuso, 1 caderno de papel Holanda grande, ½ resma de papel despesas sujo, 1 caixa de dispensa de aço, 1 livro imperial pautado, 1 caderno de papel imperial pautado, 2 lápis finos e 1 livro de papel imperial pautado atravessado (A.N., 1854).

O *Diário do Rio de Janeiro*, em 1870, na edição 00037, publicou uma licitação para o hospital com os seguintes itens: camisas de algodão, camisas morim lisas, lençóis de linho, camisas e calças de algodão, fronhas grandes de morim, camisas pequenas, camisas quadradas de morim e linha, cobertores de lã, barretes brancos de algodão, colchas brancas pequenas, colchas maiores, colhetes de força, toalhas de algodão para mesa.

A lista de compras para a botica, feita no Armazém das Drogas em 1856, trazia óleo de rícino, flores de lavagens, sulfato de margana, álcool 36%, óleo de amêndoa doce, acetato de chumbo, camomila, jequitibá cortado, pomada de betias, banana para inguicções, raiz de alheda, água louro cereja, fios de linhos, calomelana de patente, botija de água de seltz, nitrato de prata, sulfato de q.q., levada, nitrato de potassa, flor de selva, clorofórmio, tália pama, malias, goma arábica e 2 estojos de cirurgia (A.N., 1856).

3.1.4 As diretrizes para a reforma do hospital

Em 1859 foram descritas recomendações para a reforma da instituição: murar o H.M.S.I. ou edificar a parte da frente para que todo serviço fosse feito por uma única porta, notando que no primeiro caso seria preciso grandes reparos ao edifício velho que estava muito arruinado, e no segundo demolir o mesmo; reedificar a casa que servia de depósito dos cadáveres; introduzir água no hospital e fazer as latrinas; forrar o teto dos quartos destinados aos médicos e as salas adjacentes; comprar dois escalares para que a comunicação do hospital com a cidade não fosse interrompida, quando o vapor era retirado do serviço; comprar alguns animais para facilitar o transporte dos produtos para o fornecimento diário de acordo com as horas marcadas no regulamento; substituir duas africanas que se entregavam frequentemente a embriaguez por duas de bons costumes; comprar uma máquina de lavar roupa, como havia nos hospitais da Europa; substituir as hastes de madeira em que estavam os números das sepulturas por outras de ferro (A.N., 1859).

As normas para a reforma do H.M.S.I., em 1859, demonstraram a preocupação do Império na melhoria do prédio, adequando a estrutura institucional aos padrões de um hospital moderno, a exemplo da aquisição de uma máquina de lavar; a urgência de trazer água potável ao hospital; a construção de latrinas, que era uma preocupação sanitarista; a prioridade de murar a instituição para permitir o acesso apenas por uma entrada, uma percepção de disciplinirização do espaço hospitalar; a compra de mais escalares para não interromper a comunicação com o continente; a primazia do abastecimento da instituição ser no horário estabelecido no regulamento e a demissão de funcionários que não se enquadrassem às regras do hospital. Tais regulações podem ser interpretadas à luz de um protocolo de medicina moderna oitocentista (LOPES, 2012; FOUCAULT, 2001), demonstrando que o H.M.S.I. não se resumia a tríade alimentação, agasalho e repouso.

3.1.5 O Atendimento

A abordagem aos marítimos, inicialmente feita aos navios que chegavam ao porto do Rio de Janeiro, acontecia ainda no mar, realizada por um vapor. A equipe de trabalho era composta por dois médicos, enfermeiros e soldados (não especificado

nas fontes). Caso a embarcação tivesse indivíduos infeccionados por febre amarela, cólera ou peste do oriente (peste bubônica), a quarentena seria de 7 a 10 dias completos. O relatório do Império de 1853 argumentou sobre a necessidade de comprar outro vapor, com mais espaço para atender aos pacientes (O Globo,1874, 00322).

O *Diário do Rio de Janeiro,* no ano de 1854, na edição 00115, enfatizou que a ponte utilizada pelos tripulantes para chegarem ao hospital não era suficiente. Para que aqueles não molhassem os pés, os negros os carregavam nas costas. Já as visitas eram autorizadas às quartas, das 15h30 até 17h30, e nos domingos, das 10h até às 12h. Os capitães das embarcações que tinham enfermos no Hospital poderiam visita-los a qualquer hora, entretanto, em períodos epidêmicos a visita era permanentemente proibida, só podendo ser autorizada pelo Inspetor de Saúde dos Portos.

Em 1860, as fontes revelaram que a assistência médica no H.M.S.I. não era prestada apenas aos marítimos, a instituição teve uma função social importante no entorno da região. O diretor do H.M.S.I. recebeu uma solicitação do capelão que pedia medicamentos para os doentes da freguesia da Jurujuba, que se tratavam em domicílios. Contudo, não houve registro da internação destes indivíduos, naquele momento o hospital recebeu os infectados de febre amarela, mas não de outras moléstias por contrariar o seu regimento (A.P.E.R.J., 1860).

3.2 Os doentes

O trabalho de Teixeira (1877) fez um recorte cronológico, do dia dois de março até seis de junho de 1877, apontando a entrada de quatrocentos e oitenta e dois enfermos no H.M.S.I. Apesar de ter sido um resultado de três meses, a sua relevância está na descrição da composição étnica, etária e social dos doentes, bem como do quadro nosológico. A população assistida era composta, majoritariamente, por marítimos e colonos, portanto, estrangeiros, tendo como perfil sexo-etário homens solteiros e jovens.

O trabalho de Teixeira (1877) apresentou uma lista de enfermos de diversas nacionalidades: ingleses; alemães; noruegueses; suecos; estadunidenses; russos; dinamarqueses; franceses; holandeses; austríacos; gregos; italianos; espanhóis; brasileiros; indianos; suíços; africano (nacionalidade ou grupo étnico não especificado). Além disso, em momentos de recrudescimento da epidemia, o hospital recebia indivíduos transferidos de outros estabelecimentos hospitalares, como da

Gamboa e da Santa Casa, além dos pacientes encaminhados pelo médico de paróquia (*O Globo,* 1874, 00322). Esse profissional era encarregado de fazer uma triagem dos residentes da Corte e de sua circunvizinhança para a internação obrigatória dos portadores de doenças infecto-contagiosas.

Sendo assim, o trabalho de Teixeira (1877) revelou que a instituição também recebeu naturais do Brasil, em pequena quantidade. Em sua pesquisa, dos quatrocentos e oitenta e dois pacientes, três eram brasileiros. Na década de oitenta do século XIX, este percentual de naturais do Brasil atendidos no H.M.S.I. deve ter subido (apesar de não termos dados) porque a instituição ampliou o seu atendimento aos não marítimos. Outro ponto era que o atendimento no hospital aumentava de forma significativa[27] nos meses mais quentes (outubro, novembro, dezembro, janeiro e fevereiro), fato explicado pela maior proliferação do mosquito *Aedes egypti,* principal transmissor da febre amarela em área urbana (A.N.,1856).

Podemos aqui compreender o H.M.S.I. como parte da estratégia do governo Imperial no combate às grandes epidemias do século XIX, uma vez que a intenção era adequar o Brasil às regras sanitárias internacionais para a viabilização do comércio portuário. Nesse sentido, o hospital, com a sua proximidade ao porto do Rio de Janeiro, se tornou um agente de promoção da mobilidade populacional, seja no recebimento de imigrantes ou de nacionais. Esta abordagem nos permite também analisar a clientela hospitalar como ferramenta de pesquisa para entender a dinâmica de fluxos populacionais (LOPES, 2017).

Esta chave de leitura foi utilizada por Maria Antónia em Lopes (2017), em seu trabalho sobre as instituições hospitalares portuguesas oitocentistas. Para a autora, o deslocamento populacional em busca dos hospitais teria sido motivado pelo avanço técnico-científico da terapêutica utilizada, pela qualidade dos hospitais e pelo progresso dos meios de transporte. Tal reflexão é pertinente para o Hospital Marítimo de Santa Isabel, uma vez que este foi um espaço especializado no tratamento de doenças infecto-contagiosas, recebendo enfermos de diversas nações e alguns brasileiros transferidos de outras instituições de saúde. Além de contar com um deslocamento facilitado pela proximidade com o porto do Rio de Janeiro, a criação, ampliação e manutenção desse aparelho de saúde garantiu que a capital do Império brasileiro oferecesse cuidados aos doentes em trânsito ou recém-chegados ao Brasil, materializando o processo de consolidação do Estado, de garantia da circulação de riquezas através de um porto salubre e assistindo as populações fora da rede de

[27] O trabalho de Teixeira (1877), mostrou que entre os meses de março até junho, o mês de maio foi o que teve maior número de entrada de doentes no HMSI. O que contradiz parte da documentação, em especial os relatórios da Assembléia Legislativa do Império.

solidariedade familiar e horizontal. Destacamos que a instituição estudada destinava-se a estrangeiros europeus, ligados ao comércio, e que a população negra, seja estrangeira ou brasileira, a qual constituiu a principal força produtiva do Brasil foi excluída desse equipamento de assistência à saúde.

3.2.1 O custo do tratamento

O hospital Marítimo de Santa Isabel era uma instituição de natureza pública, mantida pelo Estado imperial, que tinha uma postura liberal em relação à assistência à saúde. A maior parte dos aparelhos de saúde na capital do Império era privada, a intervenção estatal nos serviços de saúde ocorreu em momentos emergenciais, como em meados do século XIX, com as graves epidemias de febre amarela, cólera e varíola no Rio de Janeiro. A discussão sobre quem devia custear as despesas médicas foi intensa, sendo o tratamento gratuito até 1856. Porém, a documentação pesquisada sinalizou uma querela entre as autoridades competentes e parte da opinião pública qualificada – ou seja, os articulistas dos periódicos trabalhados nesta pesquisa – sobre a quem cabia o ônus do tratamento: aos colonos, aos comerciantes ou ao Estado? (A.N., 1856).

Além disso, na documentação sobre o H.M.S.I., em 1856, foi encontrado um documento em que a direção da instituição reclamou ao Império que a verba mensal de vinte mil réis era baixa, equivalente a de um lazareto. Daí a necessidade do aumento do repasse mensal do governo para vinte e oito mil réis para que o hospital conseguisse pagar a sua despesa com os serventes e os africanos livres. O que evidencia que a transformação de lazareto para hospital promoveu certo *status* institucional, permitindo à direção reinvindicar mais verbas (A.N., 1856).

O *Diário do Rio de Janeiro,* em 1858, na sua edição 00055, criticou o governo por cobrar as despesas hospitalares de um colono e de um negociante. O artigo do periódico alegou que este tipo de postura poderia atrapalhar a política imigracionista. O pagamento das despesas com os enfermos foi normatizado nos anos 70 do século XIX, sendo o gasto com as quarentenas, alimentação, desinfecção das bagagens e armazenamento dos navios responsabilidade do proprietário das embarcações. No entanto, a instituição hospitalar ofereceria, de forma gratuita, os móveis e as roupas de cama aos doentes (O Globo, 1874, 00322). Quando comparamos a assistência à

saúde nos hospitais da Santa Casa, no século XIX, verificamos que assim como no H.M.S.I., o atendimento no nosocômio em sua maior parte era voltado para o público que pudesse pagar, portanto, o espaço hospitalar não era destinado aos "pobres" (BARRETO, 2005; COE, 2013).

3.2.2 O regulamento dos doentes

Os doentes também foram alvos da regulação hospitalar, com direitos e deveres. As obrigações dos enfermos no hospital eram: a) comportar-se de forma decente em seu leito e não podendo se alterar, gritar, jogar ou fazer barulho; b) tratar com respeito os médicos e os enfermeiros; c) sair do leito e da enfermaria apenas com a licença do médico; d) permanecer no leito, ou junto a ele, com todo o respeito, quando na enfermaria se estivesse praticando qualquer ato religioso; e) queixar-se ao médico ou diretor caso não fossem bem tratados e medicados; f) ser castigado com proibição de sair do leito, com privação de passeio e com supressão de parte da refeição diária. Estes castigos podiam ser impostos pelos médicos e pelo diretor (REGULAMENTO, 1859).

As regras em relação aos doentes demonstravam o rigor com a disciplina e o controle do doente no espaço hospitalar. Ao analisarmos esta parte, podemos apontar a caracterização do H.M.S.I. como um hospital moderno com disciplinirização, medicalização e hierarquização; evidenciando a autoridade médica na instituição que podia inclusive punir os doentes com privação dos passeios e de refeição (FOUCAULT, 2001; BINUM, 2008). A regulação das normas de comportamento e o poder do médico sobre funcionários e doentes também foram constados nos hospitais da Santa Casa, no século XIX (PIMENTA, 2003; COE, 2013).

3.2.3 O perfil dos doentes: homens, brancos e estrangeiros

Os dados referentes ao hospital que se encontram nos R.A.L.I., nas notícias na imprensa de época, na documentação da Série Saúde no A.N. e na tese do Médico

José Maria Teixeira apresentada à Academia Imperial de Medicina, intitulada *Estudos sobre a Febre Amarela, observada no Hospital Marítimo de Santa Isabel* (1877), nos permite traçar um breve panorama do perfil da população atendida no H.M.S.I., conforme a tabela a seguir.

Tabela 1 – Atendidos por nacionalidade no Hospital Marítimo de Santa Isabel (TEIXEIRA, 1877, p. 42).

Nacionalidades	Doentes	Curados	Mortos	Mortalidade (%)
Ingleses	128	116	12	9,3
Alemães	73	63	10	13,6
Noruegueses	51	44	7	13,7
Suecos	47	40	7	14,8
Americanos	32	28	4	12,5
Russos	30	25	5	16,6
Dinamarqueses	26	18	8	30,7
Portugueses	25	23	2	8,0
Franceses	20	16	4	-
Holandeses	14	14	0	-
Austríacos	11	9	2	-
Gregos	9	9	0	-
Italianos	5	4	1	-
Espanhóis	4	3	1	-
Brasileiros	3	3	0	-
Indianos	2	0	2	-
Suíços	1	1	0	-
Africanos	1	1	0	-
Soma	**482**	**417**	**65**	**-**

Os doentes, em geral, eram homens brancos estrangeiros, predominantemente europeus, mas registrou-se também a presença de brasileiros, chineses, russos, indianos e africanos. Em 1856, a direção do hospital fez um requerimento à Secretaria de Negócios do Império, solicitando a abertura do lazareto da ilha do Caju, pois o hospital tinha que receber 50 chineses[28] infectados, dos quais 42 foram importados pela repartição de terras públicas para trabalharem na construção de uma estrada para ligar o Jardim Botânico ao Alto da Boa Vista, não havendo camas de ferro na instituição que pudessem acomodar todos eles (A.N.,1856). A tese de Barreto (2005) sobre o HSC, na Bahia, fez um mapeamento do público atendido, demonstrando como o espaço hospitalar no século XIX era destinado em sua maioria a homens brancos

[28] Os chineses trazidos eram de Macau, sendo chamados de coolies.

estrangeiros com profissão definida, em uma perspectiva de políticas assistenciais racializadas e sexistas que excluíam as mulheres e os negros. No H.M.S.I., que era um espaço voltado para marítimos, o atendimento à mulher foi pontual, apenas duas em um universo de quatrocentos e oitenta e dois atendidos, já no nosocômio baiano, que era aberto ao público, atendeu um quantitativo maior de mulheres (que em sua maioria não tinham uma ocupação definida), que procuraram a instituição para dar a luz ou tratar problemas decorrentes do parto (BARRETO, 2005).

Em relação às nacionalidades, em 1877, fica claro nos dados uma predominância europeia, especialmente dos ingleses que eram os principais parceiros comerciais do Brasil. Em um total de quatrocentos e oitenta e dois doentes foram tratados cento e vinte oito ingleses; setenta e três alemães; cinquenta e um noruegueses; quarenta e sete suecos; trinta e dois estadunidenses; trinta russos; vinte e seis dinamarqueses; vinte e cinco portugueses; vinte franceses; quatorze holandeses; onze austríacos; nove gregos; cinco italianos; quatro espanhóis; três brasileiros; dois indianos; um suíço; um africano. Tal estatística demonstra que, pelo menos em 1877, a instituição atendia majoritariamente estrangeiros europeus (TEIXEIRA, 1877, p. 45).

A predominância de europeus, e em destaque ingleses e alemães, é compreensível pela força da economia desses países, em um contexto imperialista que intensificou o processo de globalização, no qual a cidade do Rio de Janeiro fazia parte. A capital do Império tinha um significativo movimento em seu porto, recebendo milhares de embarcações por ano, como no ano de 1849, no qual aportaram 3.619 navios, explicando a maior entrada no H.M.S.I. de homens brancos europeus (CRUZ, 1999). Ao compararmos com a pesquisa de Barreto (2005), no século XIX, referente ao Hospital de São Cristóvão na Bahia, verificamos que a maior parte dos enfermos também era de homens brancos, marítimos, sendo a população negra também marginalizada da assistência hospitalar. Em relação aos dados por nacionalidade, o H.M.S.I. recebeu mais enfermos ingleses (cerca de 25%), já o nosocômio baiano atendeu mais portugueses (no final do século XVIII era aproximadamente 50%) (BARRETO, 2005).

3.3 A taxa de mortalidade

A baixa taxa de mortalidade dos enfermos infectados no hospital era exaltada tanto nos Relatórios do Império como na Imprensa da época, sendo o principal

argumento utilizado para o pedido de recursos para o H.M.S.I. Por exemplo, foi destacado no Relatório de 1852 que as melhorias feitas no prédio do hospital fizeram com que a taxa de mortalidade caísse de 33% para 13%. Em 1853, o Relatório trouxe um balanço do número de assistidos pelo H.M.S.I., totalizando 1570 indivíduos e o número de óbitos foi de 268, considerado baixo para a época. Em 1877, do total de 482 internados o número de falecidos foi de 65 (TEIXEIRA, 1877).

O bom resultado na diminuição da mortalidade da instituição em parte pode ser relacionado à melhor condição que o indivíduo tinha no leito hospitalar do que no mar. Uma cama quente para repousar, as refeições nas horas adequadas, uma alimentação rica em leite, proteínas e carboidratos, ajudando o próprio organismo do doente a combater a moléstia. No entanto, esta abordagem não significa um menosprezo à medicina oitocentista, que teve o seu progresso terapêutico.

Na metade do século XIX, as teorias médicas acreditavam que a relação entre o clima tropical, quente e úmido, era um facilitador da proliferação de doenças. O Rio de Janeiro, capital do Império, região quente durante o dia, cercada de rios e pântanos, produzia à noite, segundo os médicos, uma condensação de vapores miasmáticos nocivos à saúde. Com isso, a preocupação das autoridades e da medicina oitocentista em geral era o combate às doenças através da profilaxia, com a realização de obras para melhorar as condições de salubridade na cidade e no espaço hospitalar. Tal preocupação refletia-se na relação entre arquitetura hospitalar e tratamento das enfermidades (REBELO, 2010). Nesse sentido, o H.M.S.I., em 1853, passou por uma reforma que destruiu paredes, com objetivo de criar salas espaçosas, providas de janelas e portas que permitissem a ventilação cruzada, ampliando a circulação do ar. Regularmente era usado o sulfato de ferro, cal e carvão nos vasos sanitários para combater o mau cheiro e maior cuidado com o asseio da roupa de cama e da vestimenta dos doentes (Annaes Brasiliense de Medicina, 1853, 00010).

O médico De Simoni relatou à Academia Imperial de Medicina que apareceu um enfermo na repartição cirúrgica[29] do Lazareto de Jurujuba com os sintomas de vômito negro, soluços, peritonite com febre e ansiedade – indícios de indivíduos portadores de febre amarela. Esse caso em particular foi atendido pelo Dr. Teixeira[30] que ministrou o bisulfito de cálcio (um sal do ácido sódico) (Annaes Brasiliense de Medicina, 1851, 00004). Outra matéria, em 1853, citou um tratamento simples que foi a indicação de uma dieta com o uso de laranjadas para matar a sede, limonadas de

[29] O documento mostra que a instituição tinha também um setor cirúrgico que não consta no regimento.

[30] Esse médico não foi o Dr. José Maria Teixeira autor de *Estudos sobre a Febre Amarela observada no Hospital Marítimo de Santa Isabel* (1877).

citrato de magnésio, infusões de camolila, bebidas com goma e ópio (Annaes Brasilienses de Medicina,1853, 00002).

Sigaud (2009), na primeira metade do século XIX, citou a terapêutica aplicada em indivíduos portadores de febre amarela no Rio de Janeiro. O tratamento era realizado com sangria no braço, para tratar os vômitos e a hemorragia nassal eram usados afusões de água fria sobre a testa, banho geral, lavagens purgantes, sinapismos (cataplasma de mostarda, farinha e vinagre), as sanguessugas no hipocôndrio direito e no ânus, limonada cítrica, bebidas gasosas, água de Sedtilz, fricções aromáticas e vesicatórios nas pernas. Com a diminuição dos vômitos eram aplicados os antiperódicos e o sulfato de quinina (um alcaloide de gosto amargo que tem funções antitérmicas, antimaláricas e analgésicas). Outras possibilidades de terapia eram o uso da água da Inglaterra (medicamento) ou cerveja de quinino, decoção de Lewis, linimento volátil e, duas vezes ao dia, água laxante de Viena e ópio. Em seu trabalho, Barreto (2005) mostra que o uso de sanguessugas não obteve resultados significativos no tratamento da febre amarela, o que provocou o questionamento da terapêutica pelos médicos.

Outro tratamento para a febre amarela foi mencionado por Sigaud, em 1851, com o uso do sulfato de quinina, calomelanos, bebidas alcólicas, clysteis emolientes e dieta. A terapêutica indicada se baseou no Dr. Leslie, médico inglês, cirugião-mor da fragata Souptamton, que teve experiência com epidemia de febre amarela nas Antilhas, entre 1850 e 1851 (Annaes Brasilienses de Medicina, 1851, 00004). Esse é mais um exemplo de que os médicos brasileiros estavam informados sobre as teorias médicas internacionais, em especial as medicinas francesa e inglesa.

O médico José da Silva Maria além de indicar as terapêuticas já citadas, acrescentou ao tratamento a aplicação de caústicos nas coxas, limonadas sulfúricas adoçadas com xarope de ratanhia (as raízes deste arbusto são usadas como antiflamatório), escaldapés sinapisados, chá de tilia quente (efeito sonífero), cobrir o doente com dois cobertores de lã, a fim de promover a transpiração, clysteis de água quente, azeite, sal e seis pimentas malagueta e purgante de azeite.

Já o Dr. Nicolas Moreira propôs o uso de substâncias gomosas aplicadas ao ventre, fomentações com linimento de Selles (antipasmódico usado para infecções no intestino e no estômago), subnitrato de bismuto em alta dose e método de Laroque – leite e bebidas nutritivas (Annaes Brasilienses de Medicina, 1864, 00001). Notamos que também foi indicado pelos médicos do H.M.S.I. uma dieta rica em leite para os enfermos.

O Dr. Pereira do Rego foi diteror do H.M.S.I. e recomendou um tratamento médico com algumas especificidades: dar estimulantes cardíacos, purgantes, água de

ergotina (alcaloide para tratar e apressar partos, enxaquecas, hemorragias), água de Labarraque (água sanitária), diaporéticos (acetato de amônio), veratrina para altas temperaturas, óleo de ricino (bebida laxante), licor arsenical, perclorureto de ferro, tônicos difuso, álcool e bebidas diaforéticas (sudorífero que faz suar, provocando uma transpiração excessiva) (Annaes Brasilienses de Medicina, 1864, 00001).

O médico Roberto Jorge Haddock Lobo também citou a sua terapêutica para a febre amarela, com as suas peculiaridades: tratar com o sal amargo, as limonadas de cremor tártaro, suco da persicaria ou erva de bicho (para combater o estupor) e também diurético para tratar a dificuldade de urinar. Quanto aos vômitos repetidos, o doente deveria ingerir água em pequena quantidade, bebidas antipasmódicas, sais de morfina, elixir paregórico misturado com água de alface, água de louro, cereja diluída na água de alface ou de flores de laranjeiras. Era também recomendado banhos com o cozimento da casca de pão Pereira e o emprego interno da mesma casca, uso dos vapores de plantas aromáticas *aperta ruão* no cozimento com álcool, vesicatórios aos extremos, ventosas secas, fricções estimulantes na espinha, água de magnésia pura e calcinada, bebidas geladas, éter, da morfina, e aplicação de panos com éter sobre o estômago. Para o combate aos vômitos com ansiedade, inquietação e raios de sangue deveria ser utilizada a tintura de digitalis, o nitro em água destilada, o uso interno de adstringentes, as limonadas vegetais e minerais e o suco de limão gelado (Annaes Brasilieneses de Medicina, 1850, 00010).

O Dr. Haddock Lobo continou a sua prescrição médica indicando o uso do sulfato e valerianato de quinina, tônicos, valeriana à serpentaria, o cozimento de Lewis, cânfora, as limonadas vinhosas, as fomentações excitantes ao ventre no caso da diminuição da urina. No caso de delírio, febre e tremores na língua devia-se fazer o uso de refrigerantes, de calmantes, das bebidas emolientes e algumas fomentações na coluna vertebral com a pomada de belladona. No caso de convulsões era indicado usar as ventosas sarjadas na nuca e na espinha, sanguessugas nas têmporas e mastoides, fricções de pomada belladona e de louro cereja. Quando o sintoma era o vômito negro, era recomendado o uso de clorofórmio empregado na forma de xarope, na proporção de cinco centigra por grama, terapia adotada pelo médico Dr. Delioux, profesor da Escola Naval de Rocherfort, França. Para provocar uma simples transpiração, foi recomendada uma aplicação da mistura simples de salina com tintura d'aconito (duas libras), a posologia era de doze gotas em uma xícara, de hora em hora; tártaro emético (um grão); óleo de ricino expresso (duas onças ou mais); sulfato de magnésia (uma onça); sulfato de quinina (quatro grãos); extrato de taraxaco para formar uma pílula; limonada sulfúrica (quatro a seis) e acetato de amônia (duas oitavas) (Annaes Brasilieneses de Medicina, 1850, 00010).

Ao comparamos as terapêuticas descritas acima com a lista de compra da botica do H.M.S.I. encontramos alguns produtos em comum, tais como o óleo de rícino, a camomila, a água de seltz, o clorofórmio, a água de louro cereja e o sulfato de quinina. Podemos então afirmar que a terapêutica da febre amarela feita na cidade do Rio de Janeiro e recomendada pela Academia Brasileira de Medicina também era utilizada no hospital.

O estudo de Teixeira (1877) mostra a movimentação no H.M.S.I. por meses. A partir de março de 1877foi aumentando o número de enfermos: no dia 02 de março eram dois pacientes e no dia 31 de março já eram oitenta pacientes. Em abril houve uma queda significativa dos doentes, mantendo uma média de quarenta atendidos. O mês de maio voltou a apresentar um aumento no número de assistidos, chegando a oitenta e oito internados no dia 05, o que contraria parte da documentação que afirma que nos meses mais frios o número de enfermos diminuía. Porém, em junho já era notória a queda vertiginosa no número de atendidos, com vinte e sete pacientes no dia 06.

Tabela 2 - Taxa de mortalidade entre solteiros, casados e viúvas do Hospital Marítimo de Santa Isabel (TEIXEIRA, 1877, p. 43).

Estado Civil	Doentes	Curados	Mortos	Mortalidade %
Solteiros	421	367	57	13,5
Casados	56	48	8	14,2
Viúvas	2	2	0	-
Soma	**479**	**417**	**65**	**-**

O estado civil dos enfermos foi separado em solteiros (424), casados (56) e viúvos (2). A profissão de marítimo exigia certo desprendimento das relações familiares, um apego pelas viagens e aventuras, sendo explicável o maior número de solteiros em relação aos casados. Porém, não existe diferença significativa na comparação com a mortalidade de casados 14,2% e de solteiros 13,4% (TEIXEIRA, 1877, p. 45). Outro aspecto importante é entender que o casamento legal era mais comum entre a elite por ser muito caro, sendo mais comum entre marítimos e imigrantes a união livre, daí o significativo número de solteiros (BARRETO, 2005).

Tabela 3 - Grupo etário dos enfermos no H.M.S.I. (TEIXEIRA, 1877, p. 40).

Anos	Doentes	Curados	Mortos	Mortalidade (%)
Até aos 15 anos	4	3	1	25,0
16 a 20	116	102	14	12,0
21 a 25	146	119	27	18,4
26 a 30	97	87	10	10,3

31 a 35	43	40	3	6,9
36 a 40	40	34	6	15,0
41 a 45	15	12	3	11,1
46 a 50	13	13	0	
51 a 58	8	7	1	
Soma	**482**	**417**	**65**	**-**

O estudo de Teixeira (1877) sinalizou o quantitativo de enfermos por grupo etário e a taxa de mortalidade. Até aos 15 anos (4), uma taxa de mortalidade de 25%; dos 16 a 20 anos (117), uma taxa de mortalidade de 12%; dos 21 a 25 anos, (146) uma taxa de mortalidade de 18,4%; dos 25 a 30 anos (97), uma taxa de mortalidade de 10,3%; dos 31 a 35 anos (43), uma taxa de mortalidade de 6,9%; dos 36 anos a 40 anos (40), uma taxa de mortalidade de 15%; dos 41 a 45 anos (15), uma taxa de mortalidade de 20%; dos 46 a 50 anos (13), nenhum óbito; e dos 51 a 58 anos (8), uma taxa de mortalidade de 12,5%

Tabela 4 - Taxa de mortalidade por profissões (TEIXEIRA, 1877, p. 42).

Profissões	Doentes	Curados	Mortos	Mortalidade (%)
Marinheiros	302	267	35	11,5
Moços	47	41	6	12,7
Pilotos	42	35	7	16,6
Cozinheiros	23	21	2	8,6
Carpinteiros	20	15	5	25,0
Despenseiros	17	14	3	17,6
Capitães	9	7	2	22,2
Contra-mestres	8	5	3	37,5
Foguistas	2	2	0	-
Maquinistas	2	2	0	-
Mulheres	2	2	0	-
Criado	1	0	1	-
Passageiro	1	0	1	-
Pintor	1	1	0	-
Veleiro	1	1	0	-
Catraeiro	1	1	0	-
Servente	1	1	0	-
Enfermeiro	1	1	0	-
Criança	1	1	0	-
Soma	**482**	**417**	**65**	**-**

O trabalho de Teixeira (1877) descreveu o quantitativo por profissões dos enfermos no H.M.S.I.: marinheiros (302), moços (47), pilotos (42), cozinheiros (23), despenseiros (17), carpinteiros (20), capitães (19), contra-mestres (08), foguistas (2), maquinistas (2), mulheres (2), criado (1), passageiro (1), pintor (1), veleiro (1), catraeiro (1), servente (1), enfermeiro (1), criança (1). Ao compararmos os tipos de ocupações do público atendido no H.M.S.I. com o Hospital da Misericórdia da Bahia, percebemos que o público atendido tem um perfil muito semelhante: homens, europeus e marítimos. Diferentemente do H.M.S.I., que era voltado para os indivíduos

afetados ou sob suspeitas de doenças epidêmicas, a instituição baiana era aberta ao público, com características de hospital geral, por isso aparecem outras profissões na lista dos doentes como mendigo, roceiro, alfaiate, pescador, artista, caixeiro, chapeleiro, charuteiro, criado, estivador, estudante, farmacêutico, feitor, fiador, negociante, oficial de justiça, ourives, pedreiro, professor, sacristão, sapateiro, servente de obras públicas, tamanqueiro e taverneiro (BARRETO, 2005).

Voltando ao H.M.S.I., Teixeira (1877) mostrou o quantitativo de curados por profissões: marinheiros, 88,5%; moços, 87,3%; pilotos, 83,4%; cozinheiros, 91,4%; despenseiros, 82,4%; carpinteiros, 77,8%; contra-mestres, 62,5%; foguistas, 100%; maquinistas, 100%; mulheres, 100%; criado, 0%; passageiro, 0%; pintor, 100%; veleiro, 100%; catraeiro, 100%; servente, 100%; enfermeiro, 100%; e criança, 100%.

A pesquisa de Teixeira (1877) demonstrou o quantitativo de falecidos e a taxa de mortalidade por profissões no H.M.S.I.: marinheiros (35), taxa de 11,5%; moços, (6) taxa de mortalidade de 12,7%; pilotos (7), taxa de mortalidade de 16,6%; cozinheiros (2), taxa de mortalidade de 8,6%; despenseiros (3), taxa de mortalidade de 17,6%; carpinteiros (5), taxa de mortalidade de 25%; capitães (2), taxa de mortalidade de 22,2%; contra-mestres (3), taxa de mortalidade de 37,5%; foguistas (0), taxa de mortalidade de 0%; maquinista (0), taxa de mortalidade de 0%, mulheres (0), taxa de mortalidade de 0%; criado (1), taxa de mortalidade de 100%; passageiro (1), taxa de mortalidade de 100%; pintor (0), taxa de mortalidade de 0%; veleiro (0), taxa de mortalidade 0%; catraeiro(0), taxa de mortalidade 0%; servente (0), taxa de mortalidade de 0%; enfermeiro (0), taxa de mortalidade de 0%; criança (0), taxa de mortalidade de 0%.

Tabela 5 - Taxa de mortalidade por horário (TEIXEIRA, 1877, p. 40).

Horário	Mortos
Da meia-noite às seis horas da manhã	17
Das seis horas da manhã ao meio-dia	13
De meio-dia às seis horas da tarde	22
Das seis horas da tarde à meia-noite	13

O estudo de Teixeira (1877) trouxe o número de óbitos por horário. No total foram sessenta e cinco mortos. Da meia-noite às 6 horas da manhã foram dezessete. Das 6 horas da manhã às 12 horas foram treze. Das 12 horas às 18 horas foram: vinte e dois. Das 18 horas à meia-noite foram: treze. Os dados mostram que não teve uma variação significativa entre os horários dos óbitos.

3.4 O Fechamento do H.M.S.I.

No final do século XIX, a ideia central das autoridades para a extinção da febre amarela era o saneamento urbano, inserido em um projeto sanitarista. Com isso, a percepção de tratar os portadores de febre amarela em hospitais de isolamento continuou, porém, não era mais necessário edificar hospitais fora do perímetro da cidade. Em 1889, a criação do hospital de São Sebastião, no Caju, especializado no tratamento de doentes com febre amarela, veio substituir o H.M.S.I., que foi fechado (OLIVEIRA, 2005).

Considerações Finais

A criação do lazareto de Jurujuba e depois do hospital Marítimo de Santa Isabel fez parte de um processo de estabelecimento e estruturação de um aparelho público de saúde no Rio de Janeiro, na segunda metade do século XIX. O H.M.S.I. representou uma das primeiras ações do Estado brasileiro na área da política pública de saúde, direcionada ao tratamento de estrangeiros, suspeitos ou portadores de doenças infecto-contagiosas. O público alvo desse estabelecimento foram os europeus, devido às demandas do comércio portuário na cidade do Rio de Janeiro, capital do Império. O objetivo do governo imperial, em um momento de consolidação do Estado nacional, foi de se legitimar, adequando o Brasil às normas sanitárias internacionais como forma de incrementar as transações comerciais.

A contribuição deste estudo para a historiografia sobre o lazareto de Jurujuba (1851-1853) e depois hospital Marítimo de Santa Isabel (1853-1889) foi pesquisar a trajetória de uma instituição pública especializada em moléstias infecto-contagiosas, fundada na perspectiva de um espaço hospitalar moderno e mantida pelo estado brasileiro. Esse equipamento de assistência à saúde se diferencia dos demais, que de forma geral eram de natureza privada e caritativa – tais como os hospitais mantidos por irmandades, por ordens religiosas e por grupos étnicos. O estado imperial tinha um norte liberal na assistência à saúde e a fundação do H.M.S.I. foi uma intervenção estatal emergencial que respondeu a uma demanda internacional de atendimento médico-hospitalar aos marítimos estrangeiros, mediante a gravidade da grande epidemia de febre amarela de 1849, 1850 e 1851.

Ao analisarmos os atores sociais envolvidos na criação, funcionamento e administração do H.M.S.I., identificamos as autoridades públicas, os comerciantes nacionais e estrangeiros, as autoridades internacionais, os médicos, a Junta de Higiene Pública e a Inspeção de Saúde dos Portos. Percebemos que alguns personagens ocupavam simultaneamente as mesmas funções listadas acima, a exemplo de Francisco de Paula Cândido. Nossa análise permite concluir que a criação e o funcionamento de um hospital estiveram relacionados a uma imbricada teia de relações políticas, econômicas e de poder, sustentados no suporte ideológico de construção da nação rumo ao progresso e à civilização, tendo as capitais europeias como modelo.

O estudo de caso realizado nesta dissertação revela, do ponto de vista interno, um estabelecimento hospitalar moderno com hierarquização, medicalização, disciplinirização e pesquisa.

Esse moderno equipamento de assistência à saúde foi estruturado pelo Estado com o propósito de tratar doentes estrangeiros que estavam fora de suas redes de solidariedade primária, como também proporcionar um suporte necessário ao comércio portuário. Sem dúvida, os interessados na circulação do capital fizeram pressão para a criação e a manutenção do hospital Marítimo de Santa Isabel. Contudo, há que se pontuar que a grande força de trabalho que movia o Brasil Império esteve alijada desse espaço de tratamento: os escravos. Sendo o Brasil um país onde o trabalho e as riquezas passavam pelos braços dos africanos escravizados é, no mínimo, emblemático que essa força de trabalho não fosse tratada no espaço hospitalar público.

A historiografia demonstra que os hospitais modernos europeus eram lugares de trabalhadores (ABREU, 2010; PARDAL, 2015; LOPES, 2012). Para o Brasil, os poucos estudos sobre o perfil dos pacientes revelam que os trabalhadores que ocuparam esses espaços eram homens livres e brancos, majoritariamente europeus (BARRETO, 2005; 2010). No âmbito de um Programa de Pós-Graduação em Relações Étnico-Raciais, cabe-nos refletir que a construção dos aparelhos de saúde no Brasil seguiram a lógica excludente em relação à população negra, os escravos. Essa mesma lógica foi percebida na organização do ensino, onde as escolas eram espaços de homens brancos e livres.

Concluímos que a contribuição da dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Relações Étnico-Raciais do CEFET foi que através da investigação da trajetória e da análise de uma instituição hospitalar pública oitocentista, entendemos uma segregação aos pobres e negros na assistência à saúde, ampliando as potencialidades de estudos históricos sobre o racismo.

FONTES PRIMÁRIAS

Arquivos:

Arquivo Nacional, Rio de Janeiro.

Biblioteca Central do Gragoatá, Niterói.

Arquivo Central do Núcleo de Documentação da UFF, Niterói.

Arquivo Geral do Estado do Fundo Presidência da Província, Rio de Janeiro.

Pesquisa de periódicos e documentos oficiais (1850-1889) realizada através da hemeroteca da Biblioteca Nacional:

Annaes Brasilienses de Medicina

O Diário do Rio de Janeiro

O Globo

Actualidade

Diário do Povo

Relatórios da Assembleia Legislativa do Império

Trabalho Científico:

José Maria Teixeira apresentada à Academia Imperial de Medicina, intitulada ***Estudos sobre a Febre Amarela observada no Hospital Marítimo de Santa Isabel*** **(1877)**, encontrada nos *Annaes Brasilienses de Medicina.*

Referências Bibliográficas

ABREU, Laurinda. A organização e regulação das profissões médicas no Portugal Moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados. 2010. Disponível em: http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/1971/1/BN07. Acesso em: jan. 2018.

ALMANAQUE LAEMMENT: ADMINISTRATIVO, MERCANTIL E INDUSTRIAL (RJ) 1891-1940. [on line] Biblioteca Nacional. Disponível em: http://bndigital.bn.br/acervo-digital/imanak/313394 Acesso em: maio de 2017.

ARAÚJO, A. R.. **A Assistência Médica Hospitalar no Rio de Janeiro no Século XIX**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, Conselho Federal de Cultura, 1982.

Barbosa, P., & Rezende, C. B. D. Serviços de saúde publica no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907. Diretoria Geral de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1909.

BARRETO, M. R. N. **A Medicina Luso-Brasileira**: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851). 2005. 260f. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

_____. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: SOUZA, C. M. C. (Orgs.). História da Saúde na Bahia: Instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). **Manole,** São Paulo, 2011, v. 01, p. 02-26.

_____. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri, SP: Ed. FIOCRUZ: Manole, p. 2-26, 2011.

_____.; de Oliveira, S. S. R. (2016). Cidade, assistência e saúde: as maternidades entre o privado e o público no subúrbio do Rio de Janeiro (1889-1930).

_____.; FREIRE, M.; SANGLARD, G. P.; PIMENTA, T. S.; FERREIRA, L. O. (Orgs.). **Filantropos da Nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: FGV/FAPERJ, 2015.

BENCHIMOL, J. **Dos Micróbios aos Mosquitos.** Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.

BYNUM, William. **The history of medicine: A very short introduction**. Oxford University Press, 2008.

BLOCH, M. **Introdução à História.** Lisboa: Europa-América, [s.d.].

BORGES, V.P. **O que é História?** São Paulo: Brasiliense, 1980.

CABRAL, D. F. A. C. C. **Hospital Marítimo de Santa Isabel**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/barra#acesso-informacao>. Acesso em: ago. 2015..

CAMARGO, A. R.; CABRAL, D. (Orgs.). Guia da administração brasileira: Império e Governo Provisório (1822-1891) Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2017. Disponível em: < http://www.arquivonacional.gov.br/images/pdf/document.pdf>. Acesso em: abril. 2017.

CARDOSO, C.F.; VAINFAS, R. (Org). **Novos Domínios da História**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CAVALLO, S. **The Hospital in History.** Routledge, London and New York, 1989.

CHALOUB, S. **Cidade febril – Cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHERNOVIZ, P. L. N. **Dicionário de medicina popular e das sciencias.** Pariz: Chernoviz, vol. 2, 1890.

COE, A. J. H. **A assistência em crise: a Santa Casa da Misericórdia do Maranhão na segunda metade do século XIX (1850-1890).** 2013. 202 f. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

Coimbra, L. O. (1986). **Filantropia e racionalidade empresarial (a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920).** Revista Rio de Janeiro, 1(3), 41-51, 1986.

COSTA, Z. G. A. et al. **Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil**. Rio de Janeiro: Revista Pan-Amaz Saúde, 2011. p.11-26.

CRUZ, M. **O porto do Rio de Janeiro no século XIX: Uma realidade de muitas faces**. Niterói: Revista Tempo (8), 1999, pág 1-18.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DIAS, M. O. L. S. A Interiorização da Metrópole e Outros Estudos. In: MOTA, C. G. (Org.). **Dimensões**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). [on line] Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acesso em: fev. de 2017.

FONSECA, M. R. F. da. " A saúde pública no Rio de Janeiro Imperial". In: PORTO, A. et al. (Orgs). **História da Saúde no Rio de Janeiro**: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.33-46.

FOUCAULT, M. “O nascimento do hospital”. In: _____. **A Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001 [1ª Ed.1979]. p. 99-111.

FRANCO, R. J. O modelo luso de assistência e a dinâmica das Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 5-25, 2014.

GONÇALVES, M. S. A Febre Amarela, o Poder Público e a Imprensa durante a Década de 1850, no Rio de Janeiro. 2005. 181 f. Dissertação (Mestrado em história...) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

LIMA, N. T. **Um Sertão chamado Brasil:** intelectuais e representação geográfica da Identidade Nacional**.** Rio de Janeiro: Renavam, IUPERJ,UCAM, 1999.

LOPES, M. A. Os hospitais de Coimbra e a alimentação dos seus enfermos e funcionários (meados do séc. XVIII – meados do séc. XIX. In: **História da Saúde e das Doenças**. Lisboa: Torres Vedras, Colibri, Câmara Municipal de Torres Vedras, Inst. Alexandre Herculano, 2012, p. 147-164.

_____.Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade na 2ª metade do século XIX. UNESCO, 2017. Disponível em: <https://www.academia.edu/35488752>. Acessado em: Jan.de 2018.

_____. Emigração e população em finais do século XIX. A miragem do Brasil no concelho da Meda (1889-1896). Revista Portuguesa de História. XXXV (2001-2002).

MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. **Raça como Questão**: história, ciência e identidades do Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 51-82.

MATTOS, I. R. Da Independência a Vitória da Ordem. In: LINHARES, M. Y. **História Geral do Brasil**. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

MONTEIRO, M.M. **Brasil Império**. São Paulo: Ática,1986.

OLIVEIRA, P. M. de. **Hospital de São Sebastião (1889-1905)**: um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias. 2005. 119f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

PARDAL, R. **Práticas de caridade e assistência em Évora (1650-1750)**. Évora: Edições Colibri, 2015.

PIMENTA, T. S.; BARBOSA, K.V.de O.; KODAMA, K. A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia. **Dimensões**: Revista de História da UFES, Vitória, v. 34, p. 145-183, 2015.

_____. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. 2003, p. 307-30.

_____. Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: ensino e prática médica na primeira metade dos Oitocentos. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA**. 2004.

PORTER, R. **The Cambridge Illustrated History of Medicine.** Cambridge: Cambridge Express, 2004.

REBELO, F. **A travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1889-1925).** 2010. 325f. Tese (Doutorado em História das ciências e da saúde). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

RISSE, G. B. **Mending bodies, saving souls: A history of hospitals.** Oxford University Press, 1999.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Editora UNESP, 1994.

SÁ COUTO, A. M. H. C.; NASCIMENTO, C. M. P.; SÁ, E. S.; OLIVEIRA GARCIA, M. J.; MATOS SOUZA, Rosale. **NDC 36 anos**: Um olhar sobre o passado e uma luz para o futuro.; Niterói: NDC, 2006.

SANGLARD, G. **História Urbana**: Memória, Cultura e Sociedade. Rio de Janeiro: FGV, 2013.

_____.; FERREIRA, L. O. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 27 n. 53. Rio de Janeiro, Jan./Jun. 2014.

_____. et al. **Filantropos da Nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

SCHATZMAYR, H. G.; CABRAL, M. C. **A Virologia no Estado do Rio de Janeiro**: Uma visão Global. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

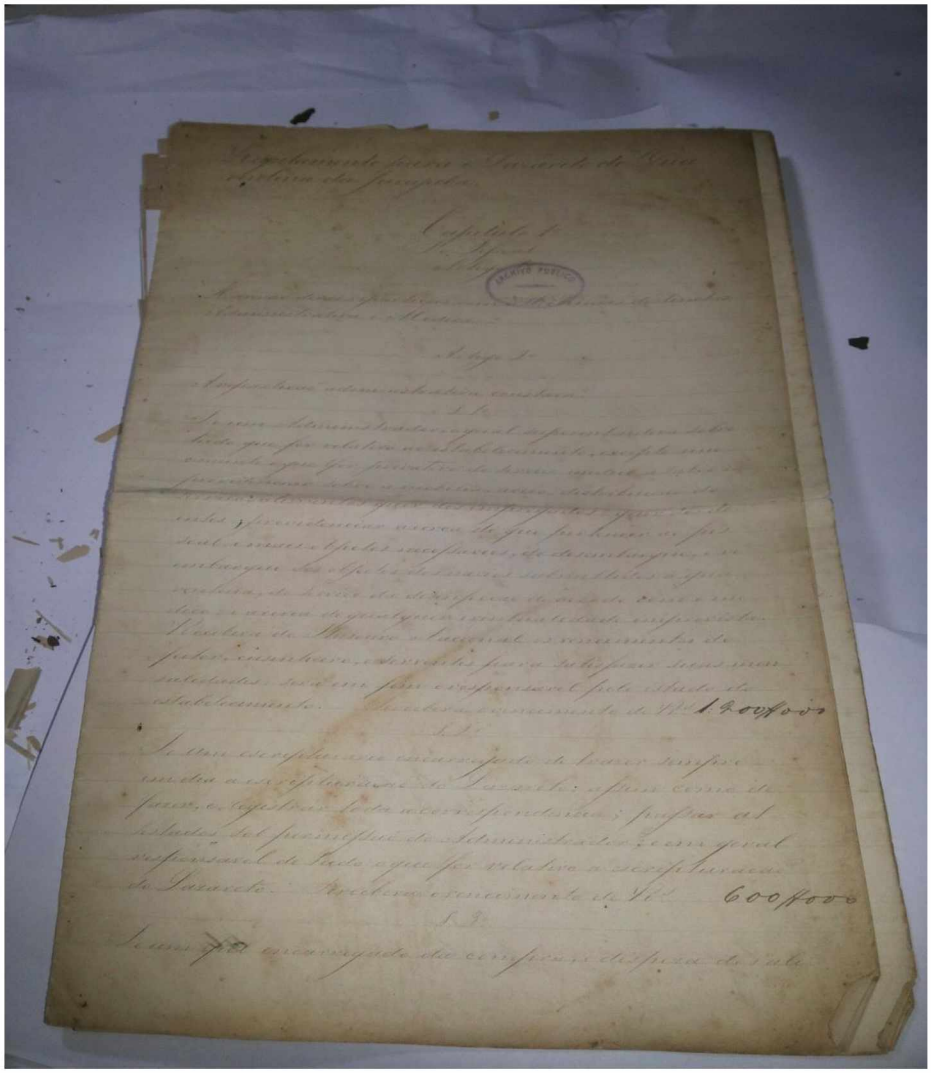
SEIDL, C. **Febre amarela**. *Gazeta de Notícias*, *6*(2), 1897.

SIGAUD, J. F. X. **Do clima e das doenças do Brasil**: Estatística médica deste império. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SOARES, L. C. **"O povo de cam" na capital do Brasil**: a escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX. 7 Letras, 2007.

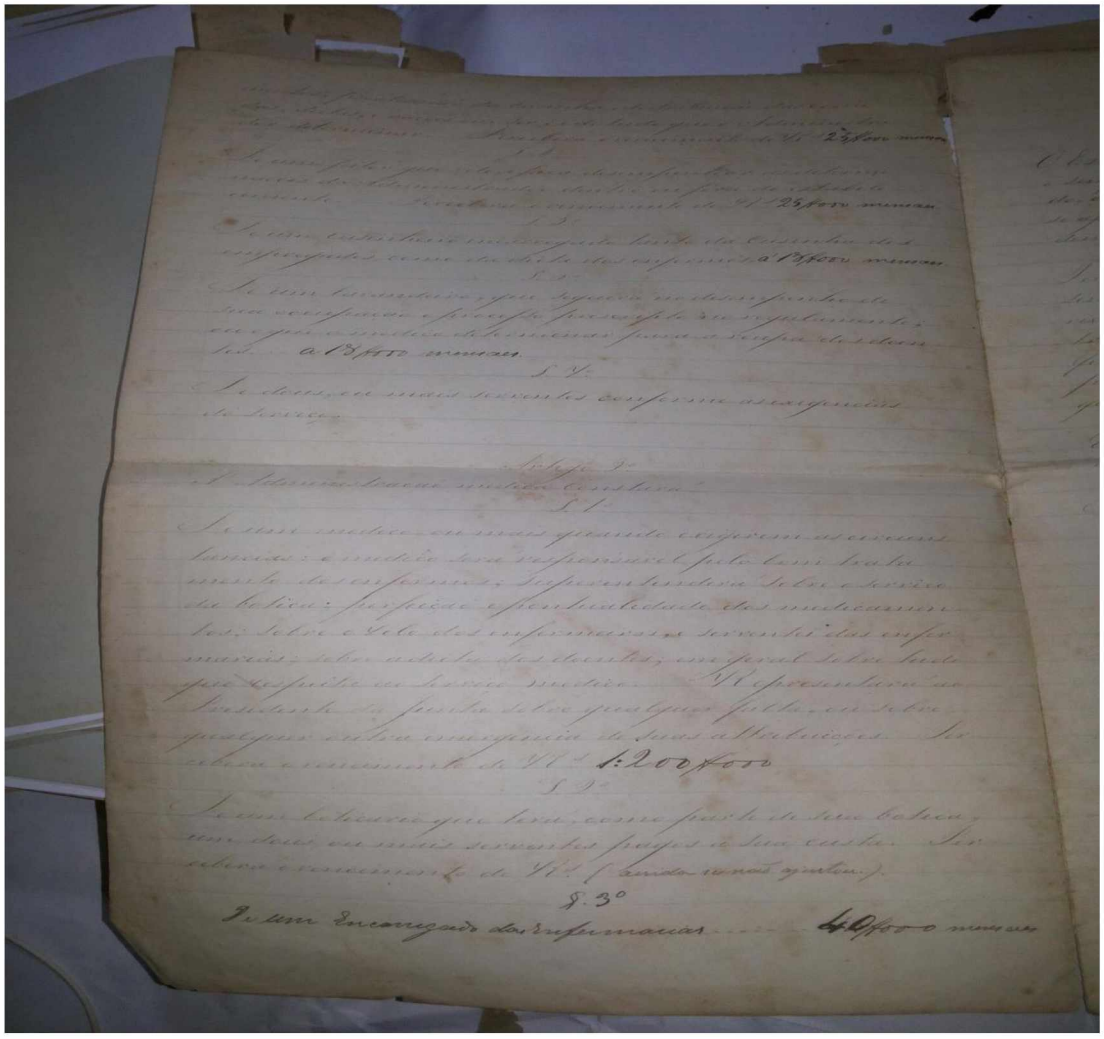
ANEXO A

Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba



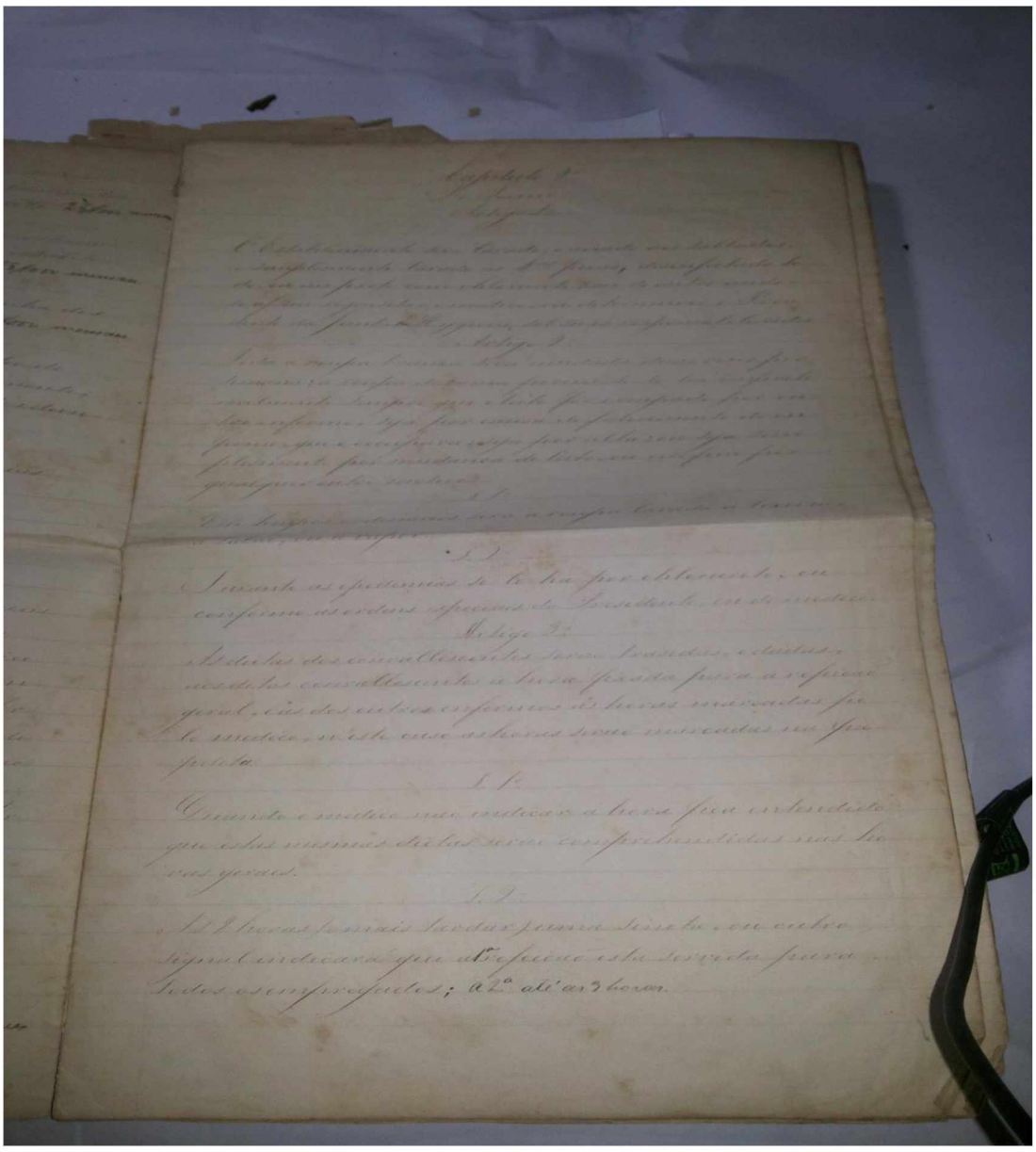
ANEXO B

Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba



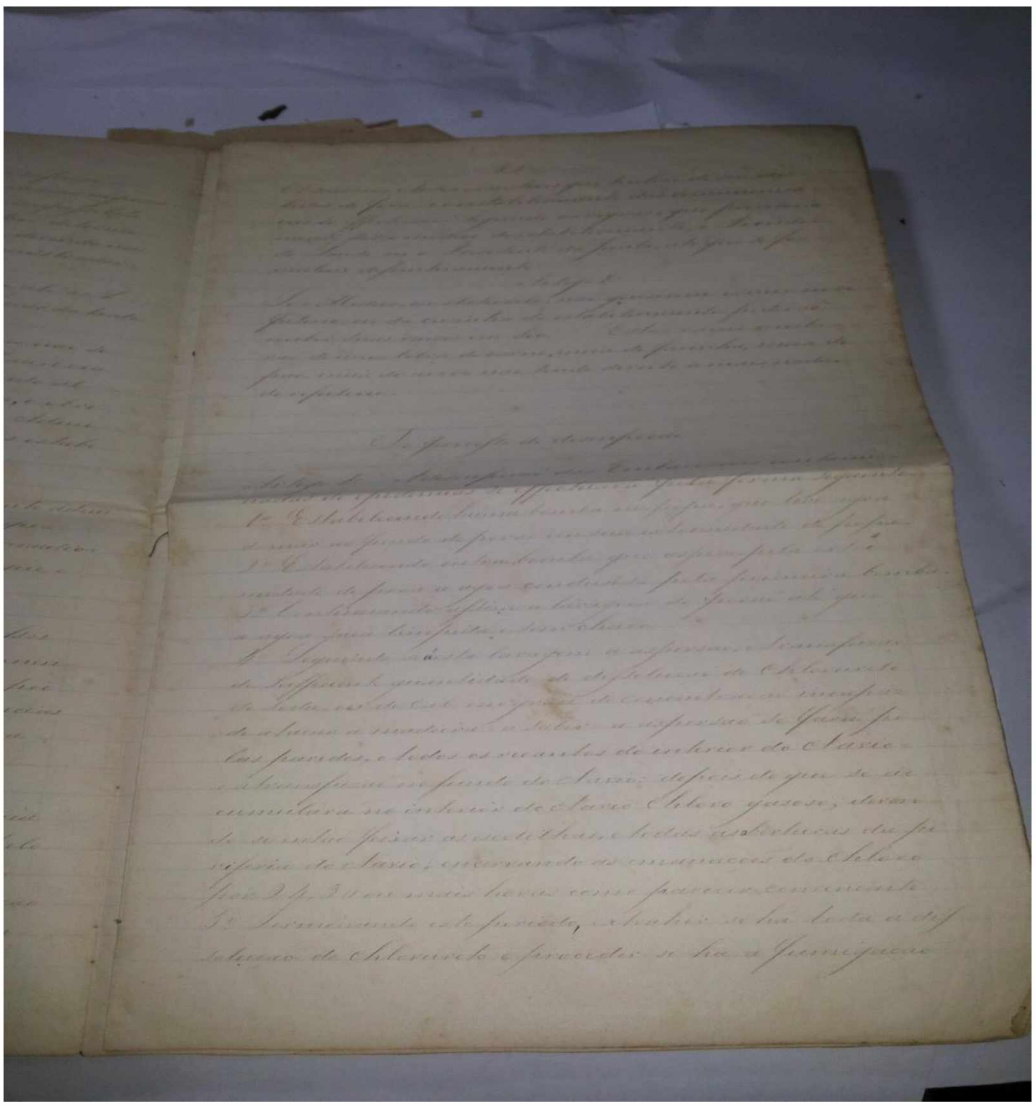
ANEXO C

Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba



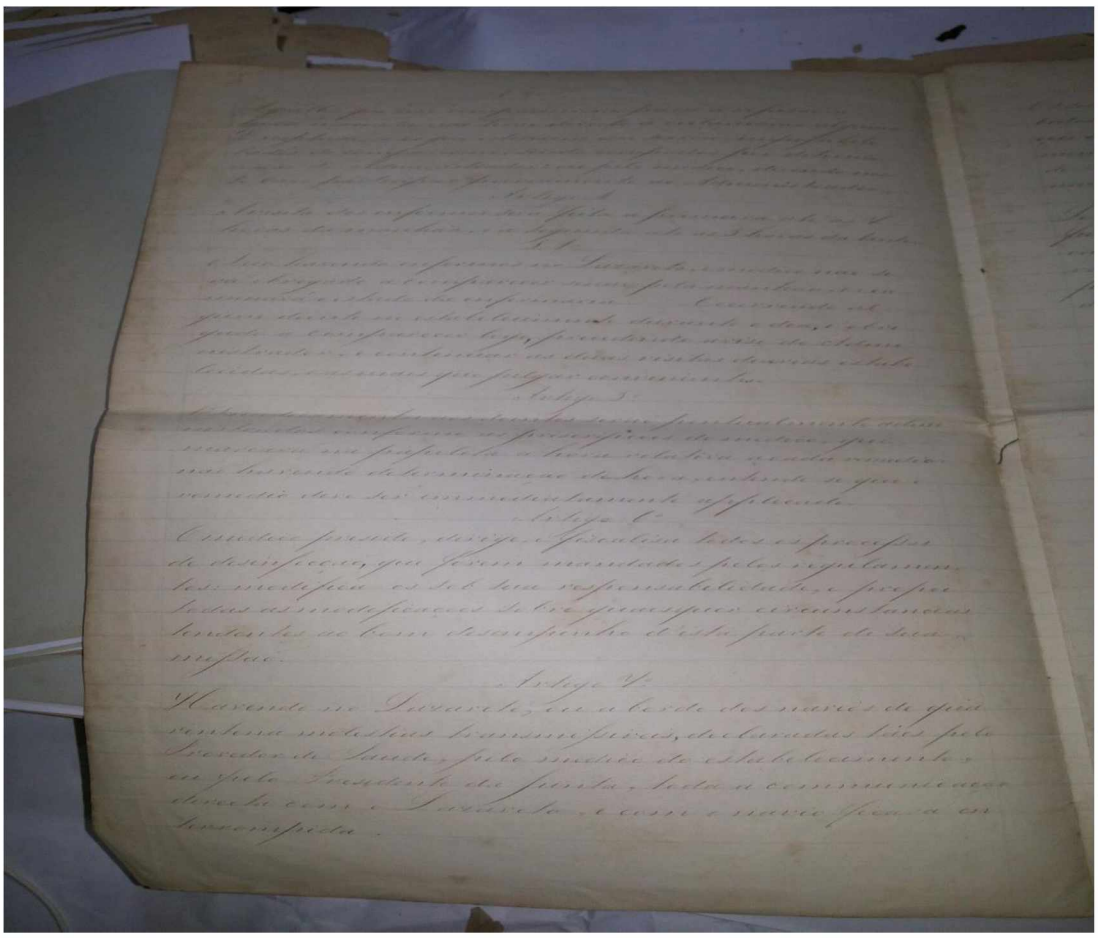
ANEXO D

Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba



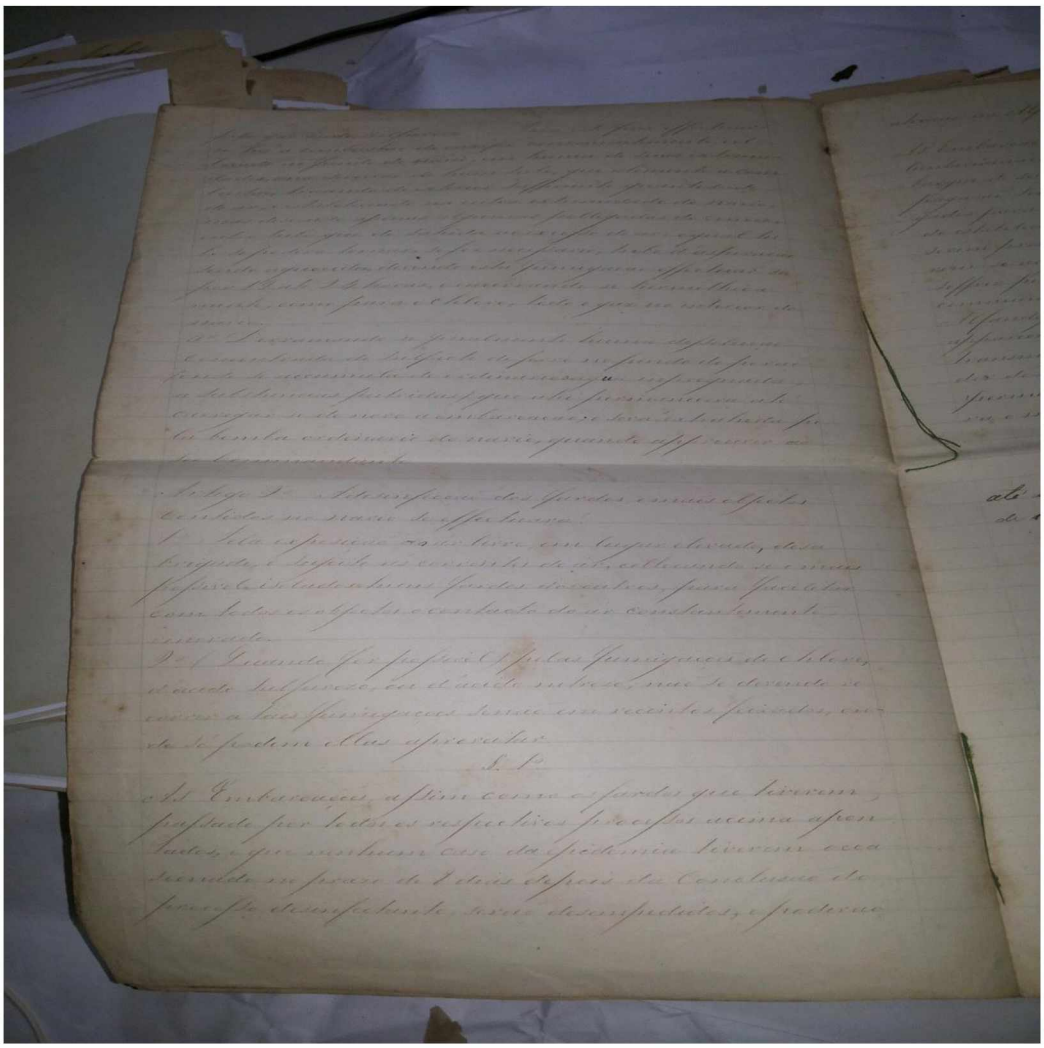
ANEXO E

Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba



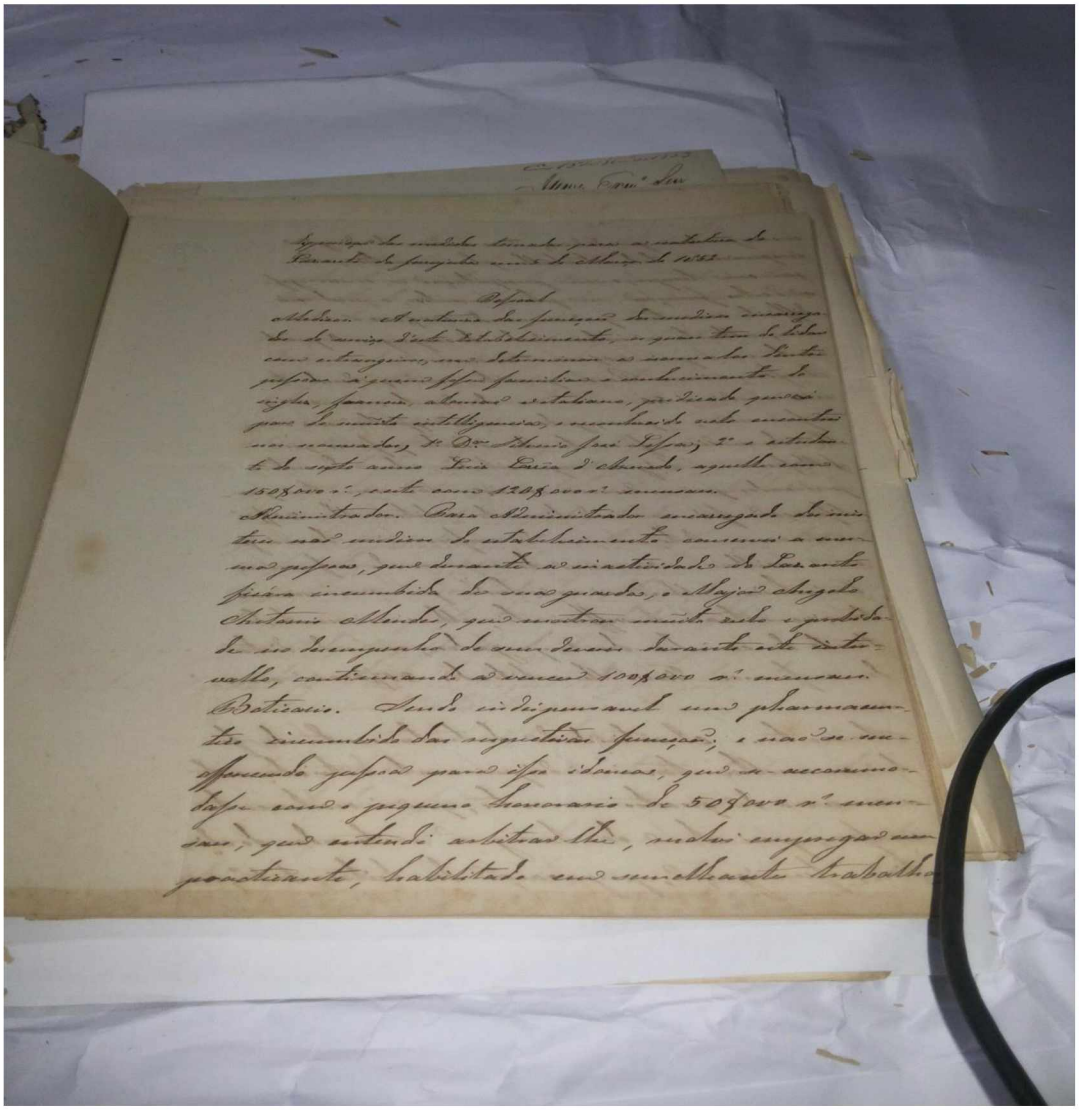
ANEXO F

Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba



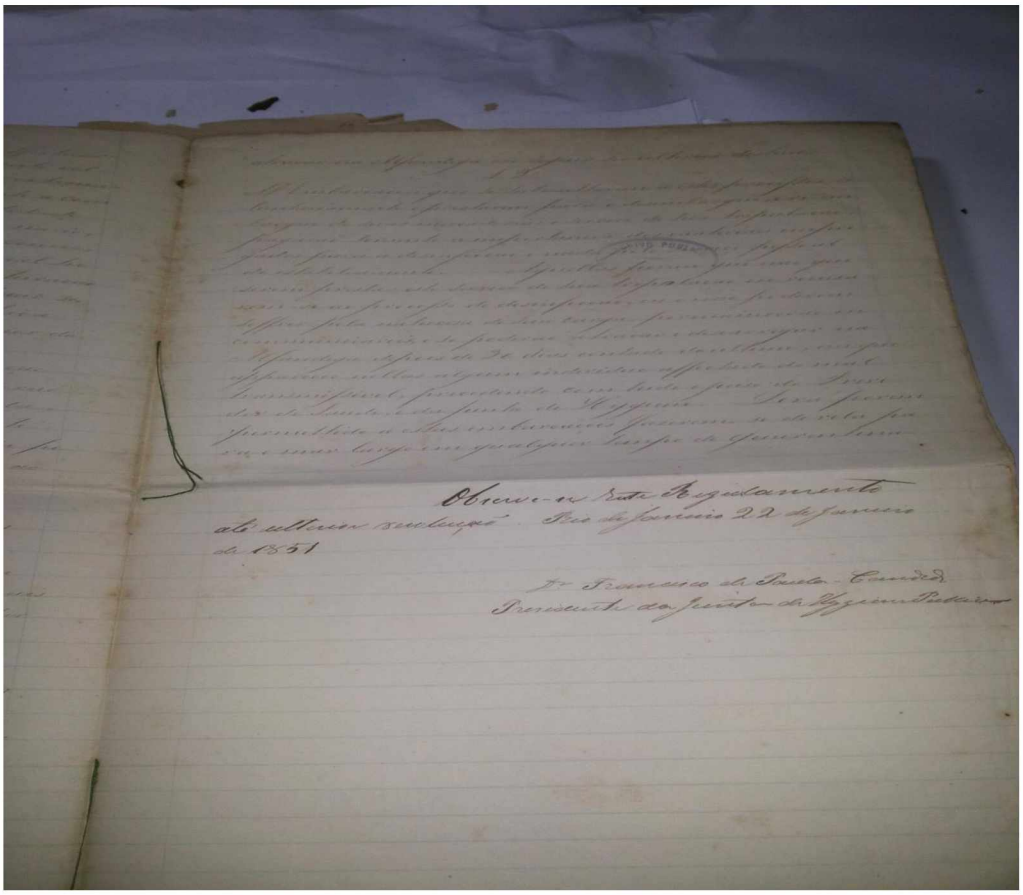
ANEXO G

Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba



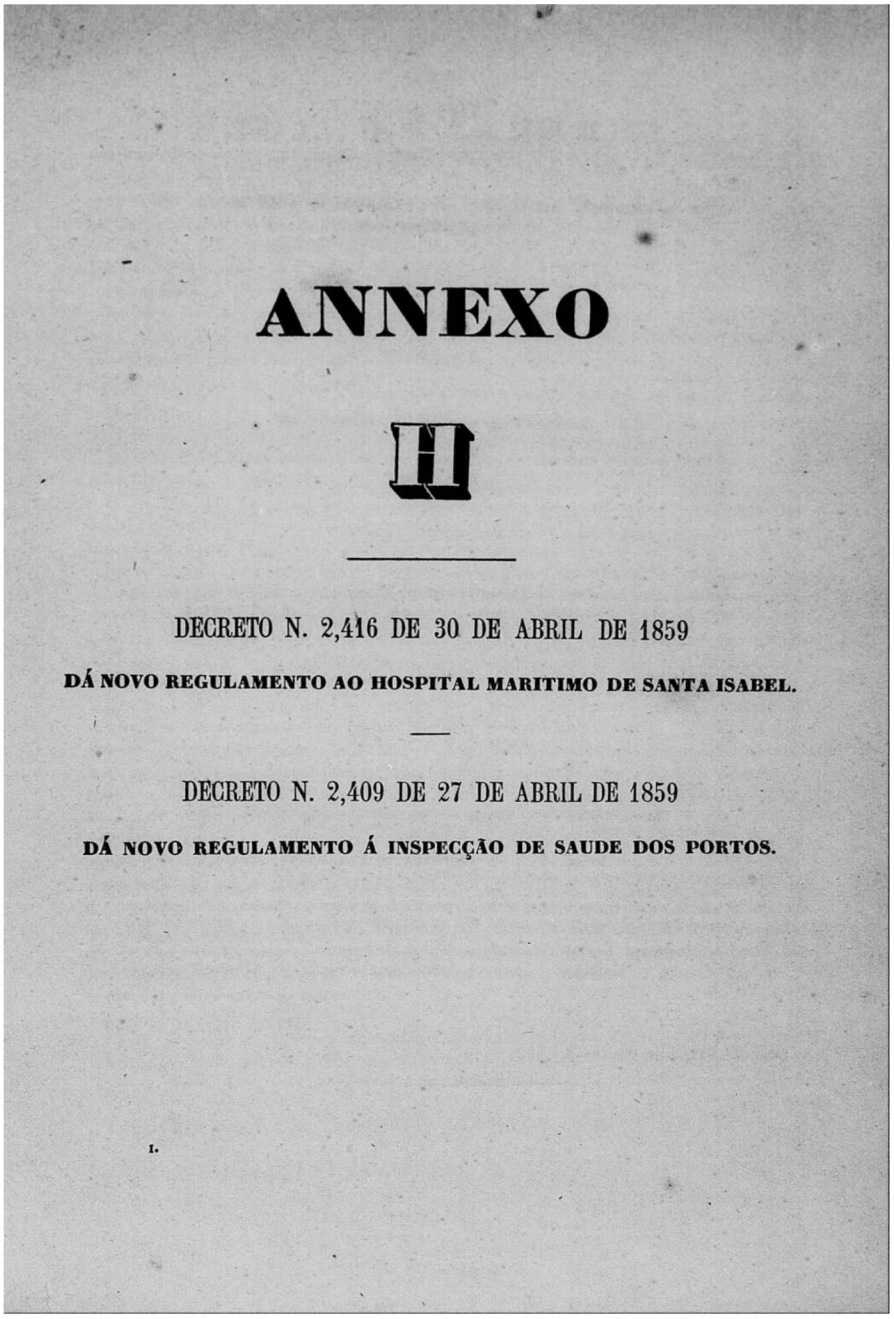
ANEXO H

Regulamento de 1851 do Lazareto de Jurujuba



ANEXO I

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel



ANNEXO

II

DECRETO N. 2,416 DE 30 DE ABRIL DE 1859

DÁ NOVO REGULAMENTO AO HOSPITAL MARITIMO DE SANTA ISABEL.

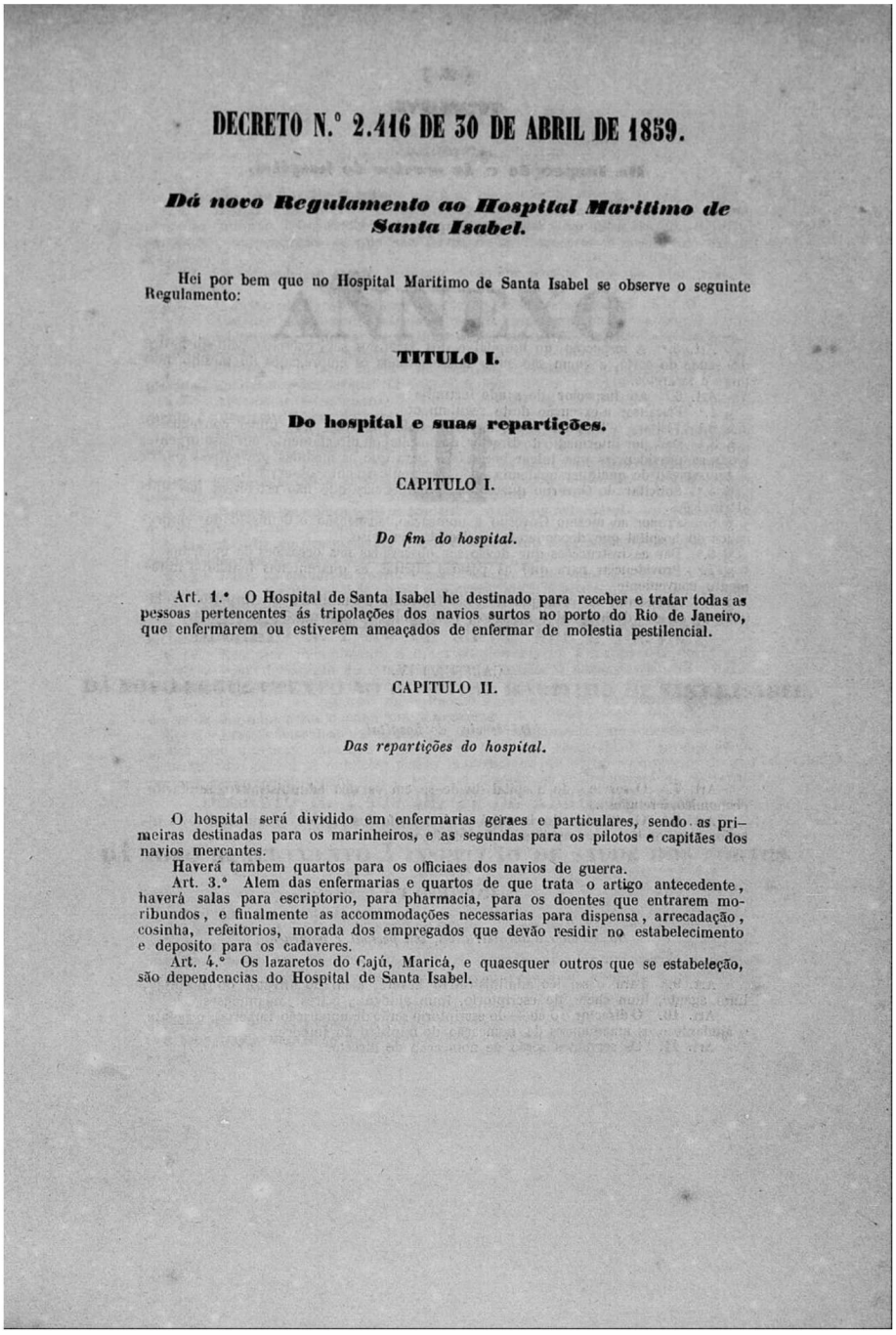
DECRETO N. 2,409 DE 27 DE ABRIL DE 1859

DÁ NOVO REGULAMENTO Á INSPECÇÃO DE SAUDE DOS PORTOS.

1.

ANEXO J

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel



DECRETO N.° 2.416 DE 30 DE ABRIL DE 1859.

Dá novo Regulamento ao Hospital Marítimo de Santa Isabel.

Hei por bem que no Hospital Maritimo de Santa Isabel se observe o seguinte Regulamento:

TITULO I.

Do hospital e suas repartições.

CAPITULO I.

Do fim do hospital.

Art. 1.° O Hospital de Santa Isabel he destinado para receber e tratar todas as pessoas pertencentes ás tripolações dos navios surtos no porto do Rio de Janeiro, que enfermarem ou estiverem ameaçados de enfermar de molestia pestilencial.

CAPITULO II.

Das repartições do hospital.

O hospital será dividido em enfermarias geraes e particulares, sendo as primeiras destinadas para os marinheiros, e as segundas para os pilotos e capitães dos navios mercantes.

Haverá tambem quartos para os officiaes dos navios de guerra.

Art. 3.° Alem das enfermarias e quartos de que trata o artigo antecedente, haverá salas para escriptorio, para pharmacia, para os doentes que entrarem moribundos, e finalmente as accommodações necessarias para dispensa, arrecadação, cosinha, refeitorios, morada dos empregados que devão residir no estabelecimento e deposito para os cadaveres.

Art. 4.° Os lazaretos do Cajú, Maricá, e quaesquer outros que se estabeleção, são dependencias do Hospital de Santa Isabel.

ANEXO L

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel

TITULO II.

Da Inspecção e do serviço do hospital.

CAPITULO III.

Da Inspecção.

Art. 5.° A inspecção do hospital e dos lazaretos será exercida pelo inspector de saude do porto, a quem são subordinados todos os empregados do mesmo hospital e lazaretos.

Art. 6.° Ao inspector de saude incumbe:

§ 1.° Fiscalisar a execução deste regulamento.

§ 2.° Visitar o hospital e os lazaretos todas as vezes que julgar conveniente.

§ 3.° Dar, por intermedio do director, do hospital ou directamente, em caso urgente, todas as providencias que julgar necessarias para que as medidas preventivas contra a propagação de qualquer epidemia sejão escrupulosamente observadas.

§ 4.° Solicitar do Governo quaesquer providencias que não estiverem nas suas attribuições.

§ 5.° Propor ao mesmo Governo a nomeação, suspensão e demissão dos empregados do hospital que dependerem de decreto ou aviso.

§ 6.° Dar as instrucções que devão ser observadas nas occasiões de epidemia.

§ 7.° Providenciar para que as pessoas sujeitas ás quarentenas tenhão o tratamento conveniente.

§ 8.° Apresentar no principio de cada trimestre ao ministro do Imperio o relatorio do estado do hospital e lazaretos, com todas as informações necessarias.

CAPITULO IV.

Do serviço do hospital.

Art. 7.° O serviço do hospital divide-se em serviço administrativo, sanitario, economico, e religioso.

Art. 8.° O director do hospital será o chefe dos serviço administrativo, sanitario, e economico, e o capellão o do religioso.

CAPITULO V.

Do serviço administrativo, seu pessoal e nomeação.

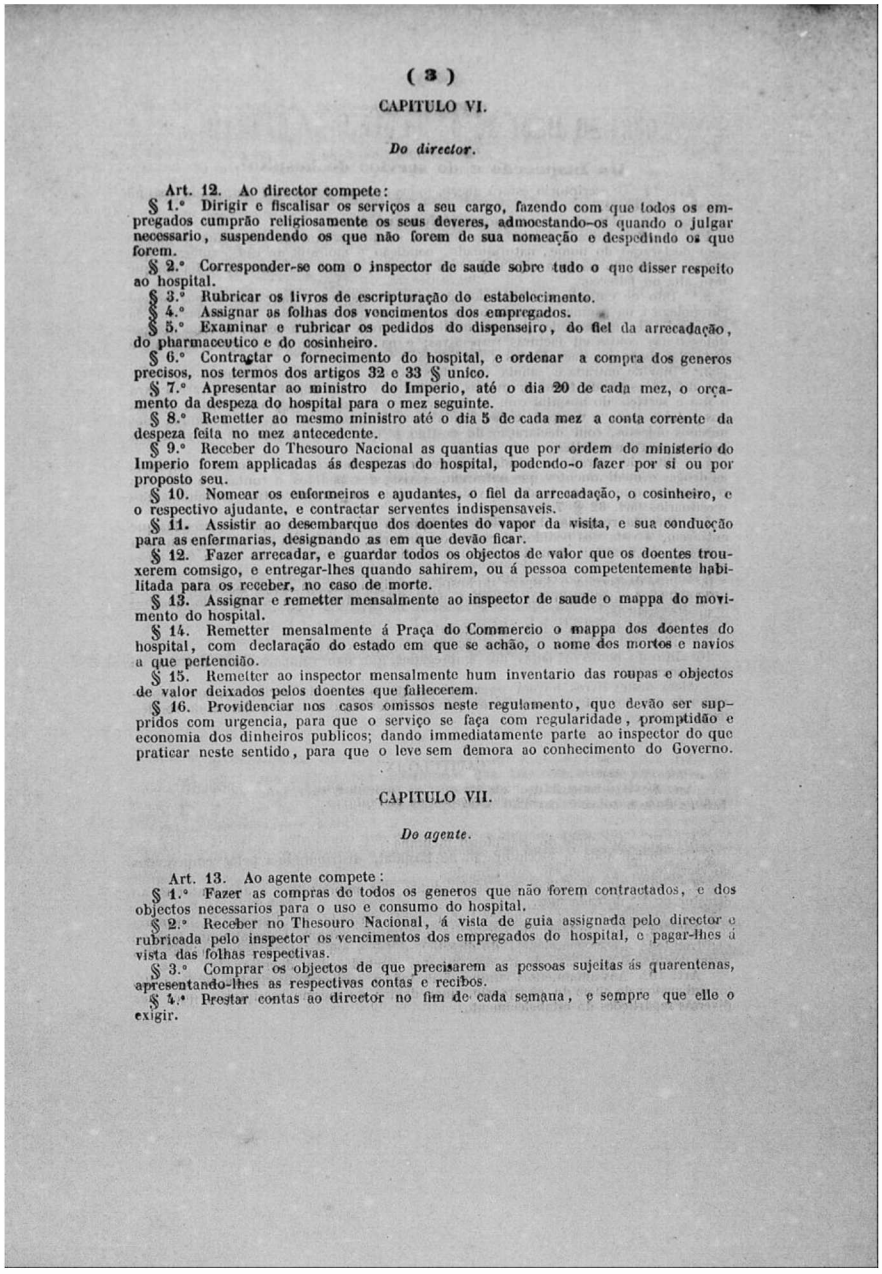
Art. 9.° Para o serviço administrativo haverá alem do director do hospital, hum agente, hum chefe de escriptorio, hum ajudante, e tres amanuenses.

Art. 10. O director e o chefe do escriptorio serão de nomeação imperial; o agente, o ajudante e os amanuenses de nomeação do ministro do Imperio.

Art. 11. Os serventes serão de nomeação do director.

ANEXO M

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel



(3)

CAPITULO VI.

Do director.

Art. 12. Ao director compete:

§ 1.° Dirigir e fiscalisar os serviços a seu cargo, fazendo com que todos os empregados cumprão religiosamente os seus deveres, admoestando-os quando o julgar necessario, suspendendo os que não forem de sua nomeação e despedindo os que forem.

§ 2.° Corresponder-se com o inspector de saude sobre tudo o que disser respeito ao hospital.

§ 3.° Rubricar os livros de escripturação do estabelecimento.

§ 4.° Assignar as folhas dos vencimentos dos empregados.

§ 5.° Examinar e rubricar os pedidos do dispenseiro, do fiel da arrecadação, do pharmaceutico e do cosinheiro.

§ 6.° Contractar o fornecimento do hospital, e ordenar a compra dos generos precisos, nos termos dos artigos 32 e 33 § unico.

§ 7.° Apresentar ao ministro do Imperio, até o dia 20 de cada mez, o orçamento da despeza do hospital para o mez seguinte.

§ 8.° Remetter ao mesmo ministro até o dia 5 de cada mez a conta corrente da despeza feita no mez antecedente.

§ 9.° Receber do Thesouro Nacional as quantias que por ordem do ministerio do Imperio forem applicadas ás despezas do hospital, podendo-o fazer por si ou por proposto seu.

§ 10. Nomear os enfermeiros e ajudantes, o fiel da arrecadação, o cosinheiro, e o respectivo ajudante, e contractar serventes indispensaveis.

§ 11. Assistir ao desembarque dos doentes do vapor da visita, e sua conducção para as enfermarias, designando as em que devão ficar.

§ 12. Fazer arrecadar, e guardar todos os objectos de valor que os doentes trouxerem comsigo, e entregar-lhes quando sahirem, ou á pessoa competentemente habilitada para os receber, no caso de morte.

§ 13. Assignar e remetter mensalmente ao inspector de saude o mappa do movimento do hospital.

§ 14. Remetter mensalmente á Praça do Commercio o mappa dos doentes do hospital, com declaração do estado em que se achão, o nome dos mortos e navios a que pertencião.

§ 15. Remetter ao inspector mensalmente hum inventario das roupas e objectos de valor deixados pelos doentes que fallecerem.

§ 16. Providenciar nos casos omissos neste regulamento, que devão ser suppridos com urgencia, para que o serviço se faça com regularidade, promptidão e economia dos dinheiros publicos; dando immediatamente parte ao inspector do que praticar neste sentido, para que o leve sem demora ao conhecimento do Governo.

CAPITULO VII.

Do agente.

Art. 13. Ao agente compete:

§ 1.° Fazer as compras de todos os generos que não forem contractados, e dos objectos necessarios para o uso e consumo do hospital.

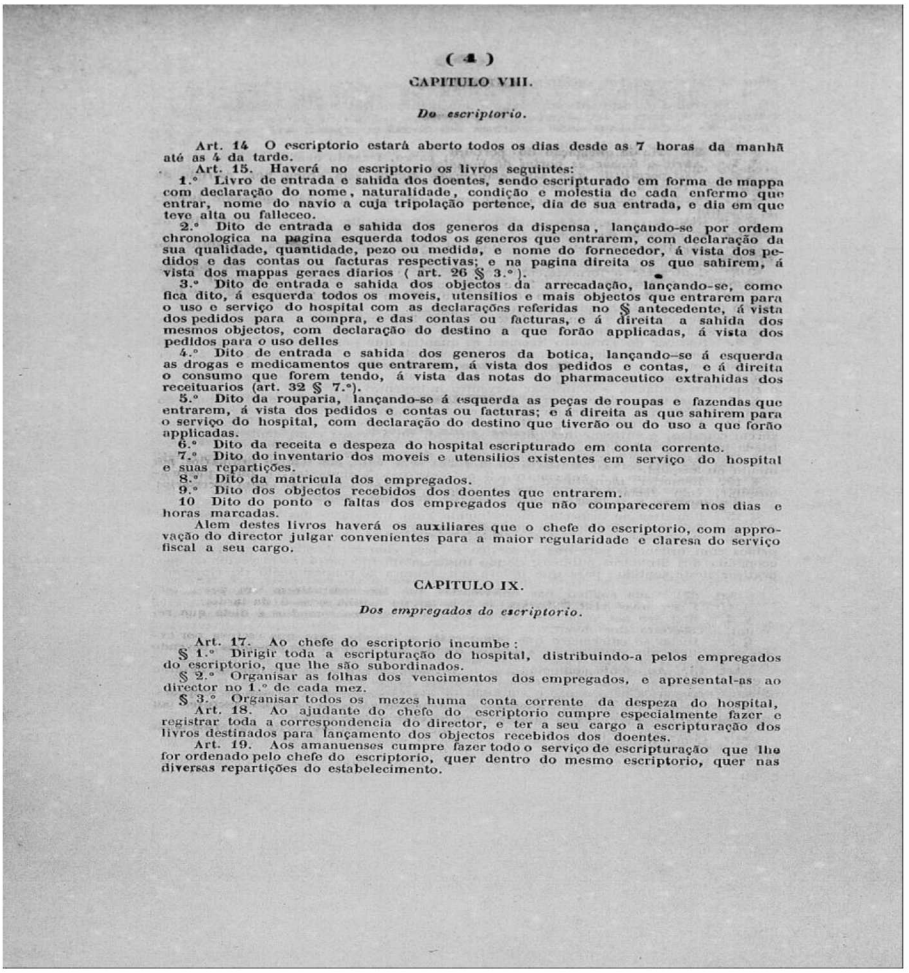
§ 2.° Receber no Thesouro Nacional, á vista de guia assignada pelo director e rubricada pelo inspector os vencimentos dos empregados do hospital, e pagar-lhes á vista das folhas respectivas.

§ 3.° Comprar os objectos de que precisarem as pessoas sujeitas ás quarentenas, apresentando-lhes as respectivas contas e recibos.

§ 4.° Prestar contas ao director no fim de cada semana, e sempre que elle o exigir.

ANEXO N

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel



(4)

CAPITULO VIII.

Do escriptorio.

Art. 14 O escriptorio estará aberto todos os dias desde as 7 horas da manhã até as 4 da tarde.

Art. 15. Haverá no escriptorio os livros seguintes:

1.° Livro de entrada e sahida dos doentes, sendo escripturado em forma de mappa com declaração do nome, naturalidade, condição e molestia de cada enfermo que entrar, nome do navio a cuja tripolação pertence, dia de sua entrada, e dia em que teve alta ou falleceo.

2.° Dito de entrada e sahida dos generos da dispensa, lançando-se por ordem chronologica na pagina esquerda todos os generos que entrarem, com declaração da sua qualidade, quantidade, pezo ou medida, e nome do fornecedor, á vista dos pedidos e das contas ou facturas respectivas; e na pagina direita os que sahirem, á vista dos mappas geraes diarios (art. 26 § 3.°).

3.° Dito de entrada e sahida dos objectos da arrecadação, lançando-se, como fica dito, á esquerda todos os moveis, utensilios e mais objectos que entrarem para o uso e serviço do hospital com as declarações referidas no § antecedente, á vista dos pedidos para a compra, e das contas ou facturas, e á direita a sahida dos mesmos objectos, com declaração do destino a que forão applicadas, á vista dos pedidos para o uso delles

4.° Dito de entrada e sahida dos generos da botica, lançando-se á esquerda as drogas e medicamentos que entrarem, á vista dos pedidos e contas, e á direita o consumo que forem tendo, á vista das notas do pharmaceutico extrahidas dos receituarios (art. 32 § 7.°).

5.° Dito da rouparia, lançando-se á esquerda as peças de roupas e fazendas que entrarem, á vista dos pedidos e contas ou facturas; e á direita as que sahirem para o serviço do hospital, com declaração do destino que tiverão ou do uso a que forão applicadas.

6.° Dito da receita e despeza do hospital escripturado em conta corrente.

7.° Dito do inventario dos moveis e utensilios existentes em serviço do hospital e suas repartições.

8.° Dito da matricula dos empregados.

9.° Dito dos objectos recebidos dos doentes que entrarem.

10 Dito do ponto e faltas dos empregados que não comparecerem nos dias e horas marcadas.

Alem destes livros haverá os auxiliares que o chefe do escriptorio, com approvação do director julgar convenientes para a maior regularidade e claresa do serviço fiscal a seu cargo.

CAPITULO IX.

Dos empregados do escriptorio.

Art. 17. Ao chefe do escriptorio incumbe:

§ 1.° Dirigir toda a escripturação do hospital, distribuindo-a pelos empregados do escriptorio, que lhe são subordinados.

§ 2.° Organisar as folhas dos vencimentos dos empregados, e apresental-as ao director no 1.° de cada mez.

§ 3.° Organisar todos os mezes huma conta corrente da despeza do hospital.

Art. 18. Ao ajudante do chefe do escriptorio cumpre especialmente fazer e registrar toda a correspondencia do director, e ter a seu cargo a escripturação dos livros destinados para lançamento dos objectos recebidos dos doentes.

Art. 19. Aos amanuenses cumpre fazer todo o serviço de escripturação que lhe for ordenado pelo chefe do escriptorio, quer dentro do mesmo escriptorio, quer nas diversas repartições do estabelecimento.

ANEXO O

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel

CAPITULO X.

Do porteiro.

Art. 20. He da obrigação do porteiro.
§ 1.° Abrir e fechar as portas do hospital.
§ 2.° Não permitttir que saia empregado algum sem ordem por escripto do chefe do serviço a que pertencer.
§ 3.° Vedar a entrada de qualquer pessoa estranha, que não apresente licença por escripto do director.
§ 4.° Não deixar sahir doente algum sem apresentar-lhe nota de ter tido alta, ou licença por escripto do director.
§ 5.° Apprehender qualquer comida, ou bebida que se queira introduzir no hospital.
§ 6.° Não deixar sahir objecto algum pertencente ao hospital ou aos doentes, sem que a pessoa que o conduza apresente ordem por escripto do director.
Art. 21. Só aos empregados do hospital he permittida entrada franca no hospital.

TITULO III.

Do serviço sanitario.

CAPITULO XI.

Do pessoal e sua nomeação.

Art. 22. O serviço sanitario do hospital será feito, nos tempos ordinarios, por dois medicos, hum 1.° enfermeiro, 3 enfermeiros, 3 ajudantes, e hum pharmaceutico; e nos tempos de epidemia pelos medicos enfermeiros que forem necessarios.
Os medicos e o pharmaceutico são de nomeação imperial.

CAPITULO XII.

Dos medicos.

Art. 23. Cada medico nas enfermarias que lhe competirem tem por dever:
§ 1.° Fazer duas visitas diarias, ás 8 horas da manhã e ás 5 da tarde.
§ 2.° Escrever nas papeletas por sua propria letra os remedios e dieta que receitar á cabeceira dos doentes.
§ 3.° Dictar ao enfermeiro que julgar mais habilitado, para que escreva por extenso no livro do receituario, a mesmas receitas que escrever nas papeletas, devendo revel-as depois e assignal-as.
§ 4.° Explicar com toda a claresa a maneira por que os enfermeiros deverão applicar os remedios.
§ 5.° Fiscalisar com o maior cuidado a exacta observancia de suas prescripções.
§ 6.° Cingir-se exactamente á norma das papeletas adoptadas e nellas escrever por extenso o diagnostico, se não houver inconveniente para o doente.
§ 7.° Observar fielmente a tabella das dietas, não podendo della afastar-se senão em casos muitos excepcionaes.

ANEXO P

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel

§ 8.° Organisar e remetter ao director huma estatistica hebdomadaria de suas enfermarias.

§ 9.° Inspeccionar a botica e a dispensa sempre que lhe ordenar o director.

§ 10. Representar ao director contra a má qualidade ou preparação de qualquer medicamento ou dieta, e bem assim contra as faltas que se derem em huma e outra cousa.

§ 11. Representar ao director contra os enfermeiros que não cumprirem com os seus deveres, ou que não obedecerem ás suas ordens, ou que tratarem mal aos doentes.

§ 12. Examinar na occasião da entrada dos generos se estão em perfeito estado de sanidade; dando, quando não, parte ao director, para providenciar como convier.

Art. 24. Alem das visitas marcadas no artigo antecedente, o medico he obrigado a estar nas enfermarias sempre que chegarem doentes ao hospital, ou sempre que o director determinar.

Art. 25. O medico que faltar frequentes vezes, ou que for pouco zeloso no cumprimento de seus deveres, ou que finalmente não for docil ás ordens e ás admoestações do director, dará causa justa para ser solicitada a sua demissão.

CAPITULO XIII.

Dos enfermeiros.

Art. 26. He obrigação do 1.° enfermeiro:

§ 1.° Inspeccionar o serviço dos enfermeiros de todas as enfermarias.

§ 2.° Distribuir os ajudantes e serventes destinados pelo director para o serviço das enfermarias.

§ 3.° Organisar diariamente o mappa geral das dietas dos enfermos, á vista das papeletas e das rações dos refeitorios, á vista do numero dos empregados e serventes, declarando a quantidade total de cada genero que deva ser consumido. Depois de visto e rubricado pelo director, será este mappa entregue ao dispenseiro para dar as quantidades declaradas no mesmo mappa, que será depois remettido ao escriptorio.

§ 4.° Fiscalisar a distribuição das dietas e rações nas horas do almoço, do jantar e da cêa, devendo nessas occasiões percorrer as enfermarias para corrigir qualquer falta.

§ 5.° Ter o maior cuidado no asseio e limpeza das enfermarias e dos doentes, advertindo aos enfermeiros, ajudantes e serventes sempre que observar da parte delles o menor descuido, e dar parte ao director quando elles não se corrijão.

§ 6.° Pedir ao fiel da rouparia as peças de roupa limpa necessarias para o serviço das enfermarias, e remetter-lhe a suja ou deteriorada, para ser lavada ou reparada, acompanhando-a com o necessario rol, que assignará.

§ 7.° Pedir ao fiel da arrecadação os moveis e utensilios que forem precisos para o serviço das enfermarias, e zelar a conservação e limpesa desses objectos.

§ 8.° Dar parte ao director de qualquer falta ou negligencia dos seus subordinados quando, tendo sido advertidos, deixarem de cumprir os seus deveres.

Art. 27. Os enfermeiros deverão:

§ 1.° Acompanhar os medicos nas visitas, escrever no livro do receituario as receitas que dictarem, e cumprir as suas ordens.

§ 2.° Applicar aos doentes os remedios por suas proprias mãos.

§ 3.° Distribuir-lhe as diétas ás horas proprias.

§ 4.° Tomar notas de todos os symptomas novos que apresentarem os doentes no intervallo das visitas, e participar ao medico logo que volte á enfermaria.

§ 5.° Fazer as camas dos doentes, e mudar-lhes a roupa huma vez por semana, ou sempre que for necessario.

§ 6.° Fazer a vigilia dos doentes durante a noite que lhes tocar por escala.

ANEXO Q

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel

§ 7.° Fazer o rol da roupa suja que deva ser submettida pelo 1.° enfermeiro ao fiel da rouparia, e tomar conta da lavada que delle receber.
§ 8.° Mandar fazer pelos ajudantes e serventes a limpeza das enfermarias e seus utensilios.
§ 9.° Extrahir diariamente das papeletas o mappa das dietas das enfermarias a seu cargo, e entregal-o ao 1.° enfermeiro para a organisação do mappa geral.

CAPITULO XIV.

Dos enfermos.

Art. 28. Todo o enfermo que entrar para o hospital deve sujeitar-se aos seguintes preceitos:
§ 1.° Conservar-se sempre, e de modo decente, no leito que lhe for designado, não altercar, não gritar, jogar ou fazer barulho.
§ 2.° Tratar com respeito e deferencia aos medicos e enfermeiros.
§ 3.° Não sahir do leito e enfermaria sem licença do medico.
§ 4.° Permanecer no seu leito, ou junto a elle, e com todo o respeito, quando na enfermaria se estiver praticando qualquer acto religioso.
Art. 29. Os doentes que não forem bem tratados pelos enfermeiros, ou não lhes dando o que prescreve a papeleta, ou fazendo com pouca delicadeza os curativos, poderão queixar-se ao medico, ou director.
Art. 30. Todo o doente que infringir qualquer dos preceitos antecedentes poderá ser punido com prohibição de sahir do leito, com privação de passeio, se lhe tiver sido permittido, e com suppressão de parte da refeição diaria.
Estes castigos podem ser impostos pelos medicos, e pelo director.

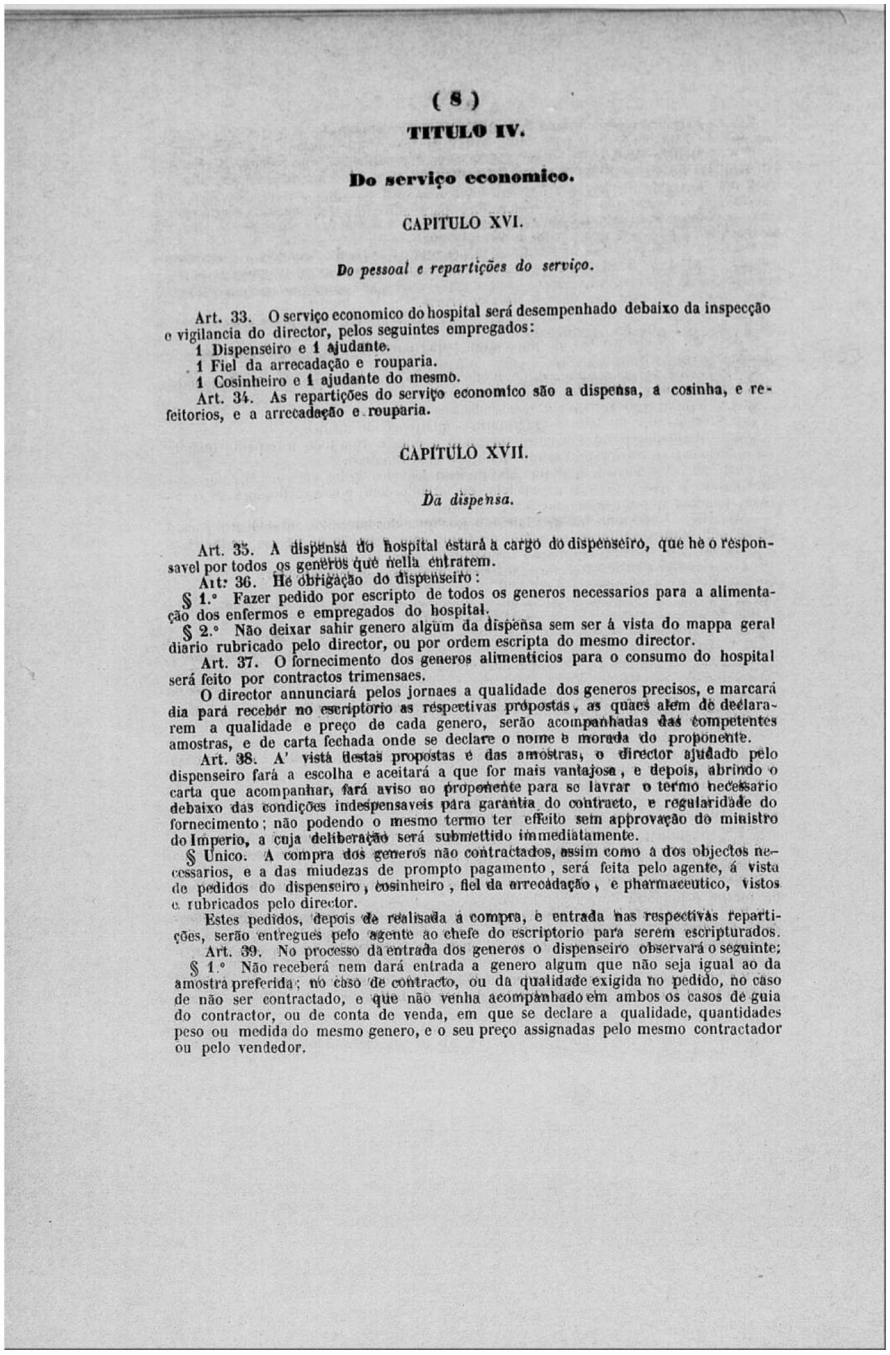
CAPITULO XV.

Do pharmaceutico.

Art 31. O chefe da botica deverá ser pharmaceutico approvado, e de reconhecida probidade e aptidão.
Art. 32. Ao pharmaceutico cumpre:
§ 1.° Preparar todos os remedios receitados pelos medicos do hospital, á vista do livro do receituario por elles assignado.
§ 2.° Receber e guardar com cuidado todos os medicamentos.
§ 3.° Fazer por escripto o pedido de todas as substancias necessarias para a botica, bem como dos utensilios que forem precisos.
§ 4.° Examinar a qualidade das substancias e rejeitar as que não forem boas.
§ 5.° Recorrer aos medicos quando lhe pareção exessivas as dóses prescriptas no receituario.
§ 6.° Transcrever literalmente nas vasilhas que contiverem os remedios a integra da receita e maneira de ser applicada.
§ 7.° Tomar nota diaria, em livro proprio, á vista dos receituarios, da quantidade das diversas substancias que forem sendo gastas no hospital; devendo no fim de cada mez apresentar essas notas ao chefe do escriptorio para a escripturação necessaria.
§ 8.° Conservar em asseio e ordem a botica, não consentindo que seu ajudante e serventes deixem de zelar os objectos do uso da botica.

ANEXO R

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel



(8)

TITULO IV.

Do serviço economico.

CAPITULO XVI.

Do pessoal e repartições do serviço.

Art. 33. O serviço economico do hospital será desempenhado debaixo da inspecção e vigilancia do director, pelos seguintes empregados:

1 Dispenseiro e 1 ajudante.
1 Fiel da arrecadação e rouparia.
1 Cosinheiro e 1 ajudante do mesmo.

Art. 34. As repartições do serviço economico são a dispensa, a cosinha, e refeitorios, e a arrecadação e rouparia.

CAPITULO XVII.

Da dispensa.

Art. 35. A dispensa do hospital estará a cargo do dispenseiro, que he o responsavel por todos os generos que nella entrarem.

Art. 36. He obrigação do dispenseiro:

§ 1.° Fazer pedido por escripto de todos os generos necessarios para a alimentação dos enfermos e empregados do hospital.

§ 2.° Não deixar sahir genero algum da dispensa sem ser á vista do mappa geral diario rubricado pelo director, ou por ordem escripta do mesmo director.

Art. 37. O fornecimento dos generos alimenticios para o consumo do hospital será feito por contractos trimensaes.

O director annunciará pelos jornaes a qualidade dos generos precisos, e marcará dia para recebêr no escriptorio as respectivas propostas, as quaes além de declararem a qualidade e preço de cada genero, serão acompanhadas das competentes amostras, e de carta fechada onde se declare o nome e morada do proponente.

Art. 38. A' vista destas propostas e das amostras, o director ajudado pelo dispenseiro fará a escolha e aceitará a que for mais vantajosa, e depois, abrindo o carta que acompanhar, fará aviso ao proponente para se lavrar o termo necessario debaixo das condições indespensaveis para garantia do contracto, e regularidade do fornecimento; não podendo o mesmo termo ter effeito sem approvação do ministro do Imperio, a cuja deliberação será submettido immediatamente.

§ Unico. A compra dos generos não contractados, assim como a dos objectos necessarios, e a das miudezas de prompto pagamento, será feita pelo agente, á vista de pedidos do dispenseiro, cosinheiro, fiel da arrecadação, e pharmaceutico, vistos e rubricados pelo director.

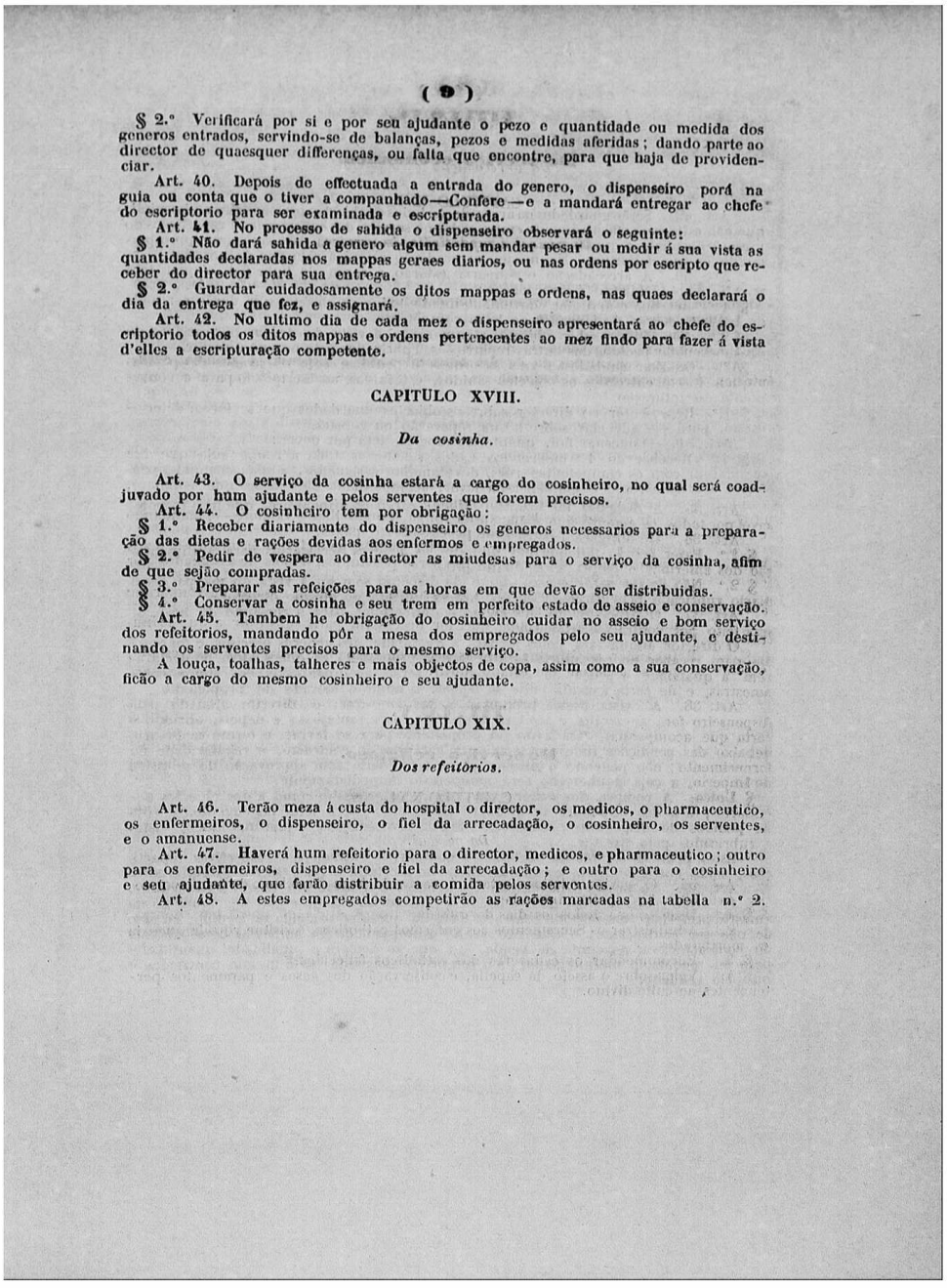
Estes pedidos, depois de realisada a compra, e entrada nas respectivas repartições, serão entregues pelo agente ao chefe do escriptorio para serem escripturados.

Art. 39. No processo da entrada dos generos o dispenseiro observará o seguinte:

§ 1.° Não receberá nem dará entrada a genero algum que não seja igual ao da amostra preferida; no caso de contracto, ou da qualidade exigida no pedido, no caso de não ser contractado, e que não venha acompanhado em ambos os casos de guia do contractor, ou de conta de venda, em que se declare a qualidade, quantidades peso ou medida do mesmo genero, e o seu preço assignadas pelo mesmo contractador ou pelo vendedor.

ANEXO S

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel



(9)

§ 2.° Verificará por si e por seu ajudante o pezo e quantidade ou medida dos generos entrados, servindo-se de balanças, pezos e medidas aferidas; dando parte ao director de quaesquer differenças, ou falta que encontre, para que haja de providenciar.

Art. 40. Depois de effectuada a entrada do genero, o dispenseiro porá na guia ou conta que o tiver a companhado—Confere—e a mandará entregar ao chefe do escriptorio para ser examinada e escripturada.

Art. 41. No processo de sahida o dispenseiro observará o seguinte:

§ 1.° Não dará sahida a genero algum sem mandar pesar ou medir á sua vista as quantidades declaradas nos mappas geraes diarios, ou nas ordens por escripto que receber do director para sua entrega.

§ 2.° Guardar cuidadosamente os ditos mappas e ordens, nas quaes declarará o dia da entrega que fez, e assignará.

Art. 42. No ultimo dia de cada mez o dispenseiro apresentará ao chefe do escriptorio todos os ditos mappas e ordens pertencentes ao mez findo para fazer á vista d'elles a escripturação competente.

CAPITULO XVIII.

Da cosinha.

Art. 43. O serviço da cosinha estará a cargo do cosinheiro, no qual será coadjuvado por hum ajudante e pelos serventes que forem precisos.

Art. 44. O cosinheiro tem por obrigação:

§ 1.° Receber diariamente do dispenseiro os generos necessarios para a preparação das dietas e rações devidas aos enfermos e empregados.

§ 2.° Pedir de vespera ao director as miudesas para o serviço da cosinha, afim de que sejão compradas.

§ 3.° Preparar as refeições para as horas em que devão ser distribuidas.

§ 4.° Conservar a cosinha e seu trem em perfeito estado de asseio e conservação.

Art. 45. Tambem he obrigação do cosinheiro cuidar no asseio e bom serviço dos refeitorios, mandando pôr a mesa dos empregados pelo seu ajudante, e destinando os serventes precisos para o mesmo serviço.

A louça, toalhas, talheres e mais objectos de copa, assim como a sua conservação, ficão a cargo do mesmo cosinheiro e seu ajudante.

CAPITULO XIX.

Dos refeitorios.

Art. 46. Terão meza á custa do hospital o director, os medicos, o pharmaceutico, os enfermeiros, o dispenseiro, o fiel da arrecadação, o cosinheiro, os serventes, e o amanuense.

Art. 47. Haverá hum refeitorio para o director, medicos, e pharmaceutico; outro para os enfermeiros, dispenseiro e fiel da arrecadação; e outro para o cosinheiro e seu ajudante, que farão distribuir a comida pelos serventes.

Art. 48. A estes empregados competirão as rações marcadas na tabella n.° 2.

ANEXO T

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel

CAPITULO XX.

Da arrecadação e rouparia.

Art. 49. Serão guardados na arrecadação todos os objectos pertencentes ao hospital, que não estiverem effectivamente empregados no serviço das enfermarias e repartições do mesmo hospital, e que forem considerados como em reserva para supprirem promptamente os que faltarem. Na mesma arrecadação estará a rouparia do hospital.

Art. 50. A arrecadação e rouparia estarão á cargo de hum fiel, o qual terá por obrigação, quanto á arrecadação:

§ 1.° Receber e arrumar convenientemente todos os objectos que devão ser nella guardados, depois de lançados no livro competente.

§ 2.° Não deixar sahir objecto algum senão á vista de ordem por escripto do director ou de pedidos das outras repartições, rubricados pelo mesmo director.

§ 3.° Guardar cuidadosamente as ordens e pedidos, com os recibos das pessoas a quem forem entregues os objectos sahidos, e leval-os ao escriptorio para a conveniente escripturação.

§ 4.° Representar ao director sobre os objectos guardados que se forem deteriorando, para providenciar sobre a sua reparação ou consumó.

Art. 51. O mesmo fiel, quanto á rouparia, terá por dever:

§ 1.° Receber do 1.° enfermeiro e dos refeitorios toda a roupa suja que lhe mandarem com os competentes róes, devidamente assignados, á vista dos quaes conferirá a mesma roupa e mandal-a-ha lavar, acompanhada de relações que assignará, e que lhe deverão voltar para a conferencia.

§ 2.° Conferir as contas da lavagem da roupa, pondo-lhes — Confere — e mandando entregal-as ao escriptorio para serem processadas e pagas.

§ 3.° Entregar a roupa lavada que lhe for pedida pelo 1.° enfermeiro, e pelos refeitorios, acompanhadas de róes que lhe serão restituidos, depois de assignados por aquelles que as receberem.

§ 4.° Guardar todos os róes relativos á roupa que entrar e sahir da rouparia e apresental-os ao chefe do escriptorio.

§ 5.° Pedir ao director a roupa que for necessaria para substituir a que se inutilisar.

§ 6.° Representar ao director sobre as peças de roupa que estiver em máo estado, e sobre as que se acharem em estado inutil.

TITULO V.

Do serviço religioso.

CAPITULO XXI.

Do pessoal.

Art. 52. O serviço religioso estará á cargo de hum capellão e de hum acolyto.

Art. 53 Ao capellão incumbe:

§ 1.° Dizer missa todos os dias de guarda.

§ 2.° Administrar os Sacramentos aos enfermos catholicos, e visitar com frequencia os moribundos.

§ 3.° Encommendar os cadaveres dos catholicos fallecidos.

§ 4.° Velar sobre o asseio da capella, e conservação dos vasos e paramentos pertencentes ao culto divino.

ANEXO U

Regulamento de 1859 do Hospital Marítimo de Santa Isabel

Art. 54. Tambem he da obrigação do capellão inspeccionar o serviço do cemiterio, empregando o maior cuidado para que os enterramentos sejão feitos com respeito e decencia, e observar as regras hygienicas prescriptas no regulamento dos cemiterios.

Art. 55. A existencia do capellão no hospital não inhibe que pastores espirituaes visitem os doentes de suas crenças, e lhes prestem os soccorros religiosos de que necessitarem.

CAPITULO XXII.

Disposições geraes

Art. 56. Terão residencia no hospital o director, os medicos, o pharmaceutico, os enfermeiros, o dispenseiro, o fiel da arrecadação, o cosinheiro e os serventes.

Art. 57. Os empregados que não tiverem residencia no hospital serão obrigados a comparecer ás horas que por huma tabella organisada pelo director lhes forem marcadas. Aquelles que não comparecerem á hora prescripta na mesma tabella, ou que se retirarem antes da hora designada, sem licença do director, perderão o vencimento do dia.

Art. 58. No escriptorio haverá sempre hum amanuense de dia, designado por escala pelo chefe do escriptorio, para o serviço que occorrer fóra das horas em que não deve estar aberto o escriptorio.

Art. 59. Nas occasiões de epidemia he absolutamente prohibido visitar-se o hospital sem licença por escripto do inspector da saude.

Art. 60. As dietas serão distribuidas para o almoço ás 7 horas da manhã, para o jantar ao meio dia, e para a cêa ás 6 horas da tarde.

Esta disposição não comprehende a distribuição dos caldos aos enfermos, que serão subministrados nas horas prescriptas pelos medicos.

Art. 61. A roupa dos doentes que fallecerem, e que não fôr reclamada dentro de 15 dias, será queimada, lavrando-se o competente termo assignado pelo director.

Art. 62. Os medicos e mais empregados extraordinarios, chamados nos tempos de epidemia ficarão sujeitos a este regulamento.

Estes empregados serão despedidos á proporção que for cessando a necessidade delles.

Art. 63. He absolutamente prohibido aos empregados do hospital fazer ajustes ou transacção alguma com os doentes, ou delles receberem dinheiro para qualquer fim, ou por qualquer motivo que seja.

O empregado que infringir esta disposição, será immediatamente demittido.

Art. 64. Os empregados do hospital terão os vencimentos marcados na tabella annexa.

Art. 65. O director apresentará ao inspector as modificações que a experiencia mostrar necessarias a respeito das disposições do presente regulamento; e o inspector as submetterá com o seu parecer ao ministro do Imperio, que as tomará na consideração que merecerem.

Art. 66. As attribuições da commissão administrativa, creada pelo decreto n.º 1103 de 3 de Janeiro de 1853, ficão limitadas a inspeccionar o tratamento dos doentes recolhidos ao hospital, e a solicitar do Governo as providencias que julgar necessarias para o bemestar dos mesmos doentes.

Art. 67. Este regulamento fica dependente da approvação do Corpo Legislativo, na parte em que della carece.

Sergio Teixeira de Macedo, do Meu Conselho, Ministro e Secretario d'Estado dos Negocios do Imperio, assim o tenha entendido e faça executar. Palacio do Rio de Janeiro, em trinta de Abril de mil oitocentos e cincoenta nove, trigesimo oitavo da Independencia e do Imperio.

Com a Rubrica de Sua Magestade o Imperador.

Sergio Teixeira de Macedo.