

OS CUIDADOS COM A SAÚDE E A CARIDADE: A CONSTRUÇÃO E O COTIDIANO DO HOSPITAL PEDRO II NA CIDADE DO RECIFE DURANTE A SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX

Carlos Alberto Cunha Miranda¹

No Brasil colonial, as Casas de Misericórdia gozavam de grande prestígio, não só perante a hierarquia da Igreja como também ante as autoridades portuguesas. Em fins do século XVIII, já estavam endividadas e reduzidas a um estado de penúria, em virtude dos constantes decréscimos em suas rendas. Regidas pelo compromisso de Lisboa, as Misericórdias de Olinda e Recife, além de prestarem assistência hospitalar aos civis e militares enfermos, realizavam outras atividades de caráter filantrópico².

Integrar os quadros das Misericórdias, principalmente o cargo de Provedor, possibilitava às camadas privilegiadas da sociedade colonial tanto o aumento do prestígio social, quanto o acesso aos negócios lucrativos e outros benefícios em proveito próprio e de seus familiares. Somente os brancos e aqueles que tivessem um bom rendimento poderiam pertencer aos quadros das Santas Casas. As eleições para a Mesa Diretora eram quase sempre fraudulentas. Além dos ganhos financeiros, os filantropos obtinham vantagens ao participar de eventos patrocinados pela elite local nos quais realizavam lucrativos negócios.

Na segunda metade do século XIX, a Santa Casa da Misericórdia do Recife foi criada por meio da lei provincial nº 450, de 12 de junho de 1858. Somente dois anos depois, no dia 29 de julho, foi inaugurada e sediada na Igreja de Nossa Senhora do Paraíso, conforme relatório apresentado à Assembleia Provincial, em 1861, pelo Presidente Ambrósio Leitão da Cunha. Em seu Compromisso, publicado em 17 de março de 1862, estabelecia que ficaria aos encargos da Irmandade: o Hospital Pedro II, o Hospital dos Lázaros, a Casa dos Expostos, o Asilo de Mendicidade, os Colégios dos Órfãos, o Hospício de Alienados em Olinda e, posteriormente, o Hospital de Santa Águeda³.

O patrimônio considerável da Misericórdia do Recife era construído por bens móveis e imóveis, obtidos através de doações, legados e das aplicações de suas rendas. Entre os inúmeros donativos, muitos deles em dinheiro, enumeramos alguns: engenhos, sítios, sobrados, casas térreas, terrenos, frações de propriedade rurais e títulos diversos. Os legados deixados para a Santa Casa foi uma prática constante durante todo o período do Brasil Império, a exemplo do caso do Sr. Joaquim José Rodrigues de Araújo Porto, falecido na cidade do Porto, em Portugal,

¹ Doutor em História pela Universidade Federal de Pernambuco. Professor do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em História da mesma instituição. E-Mail: <cunhamirandaufpe@gmail.com>.

² MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura*. 2. ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011, p. 444.

³ RELATÓRIO apresentado a 10. Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife em Pernambuco pelo Provedor F. de A. Oliveira Maciel. Recife: Typ. Mercantil, 1878, p. 309-314.

que legou 3:000\$000 ao patrimônio dos órfãos; 2:000\$000 ao Hospital Pedro II; 2:000\$000 à Casa dos Expostos e 2:000\$000 ao Asilo de Mendicidade⁴.

O cotidiano do Hospital Pedro II: entre a filantropia e a práticas médica

De uma forma geral, as condições dos hospitais do Recife, na primeira metade do século XIX, era de total penúria: acomodações inadequadas e incapazes de proporcionar ao doente o mínimo de cuidados necessários. Na leitura das Atas do Conselho de Salubridade Pública, fica evidente que em suas instalações faltava de tudo: espaços higiênicos, medicamentos, leitos, médicos, lençóis, etc. Com frequência, os membros do Conselho realizavam inspeções sanitárias a fim de orientar o Presidente da Província no sentido de transformar esses locais em instituições efetivamente com fins terapêuticos e não abrigos para os pobres morrerem⁵. Frente a essa situação, os médicos pressionam as autoridades da província para construir na cidade um hospital dotado de padrões modernos para atender as reais necessidades de seus habitantes. Assim, em 25 de março de 1847, foram lançados os fundamentos de um edifício que se denominaria Hospital Pedro II, sob a presidência do Presidente da Província Desembargador Antonio Pinto Chichorro da Gama.

O projeto inicial foi concebido pelo engenheiro pernambucano José Mamede Alves Ferreira (1820-1865), que havia se tornado bacharel em matemática pela Universidade de Coimbra, em 1843, e em engenharia pela *École des Ponts et Chaussées* de Paris, fato que o colocou em contato direto com a arquitetura e a engenharia francesa, detentora de uma posição de liderança no cenário mundial. Para compor a planta, tomou como modelo o projeto do Hospital Louis-Philippe, desenhado por Pierre Gouthier, em 1839, e posteriormente renomeado Lariboisière. Sua construção se estendeu até o ano de 1854⁶. José Mamede foi também o idealizador do projeto arquitetônico da Casa de Detenção e do Ginásio Pernambucano.

O Hospital Pedro II seguiu as regras arquitetônicas estabelecidas pelo médico cirurgião Jacques René Tenon (1724-1816), através de seu celebre relatório de 1788 sobre a situação dos hospitais de Paris, quando foi designado pela Academia de Ciências. Em suas observações, tomou como referência a precária situação do Hôtel-Dieu de Paris. Essa nova concepção influenciou gerações de médicos e engenheiros, através da implantação da estrutura de pavilhões, princípio que norteou a construção dos hospitais no mundo até o século XX. As preocupações de Tenon não se limitavam exclusivamente ao projeto arquitetônico: os enfermos deveriam ser alojados nas enfermarias de acordo com o sexo e a natureza da doença. As roupas dos pacientes, os lençóis e panos utilizados para assear as feridas necessitavam limpeza constante. O sistema de registro geral é planejado para

⁴ RELATÓRIO apresentado a Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife pelo Provedor Joaquim Correia de Araújo. Recife: Typ. Universal, 1888, p. 33.

⁵ COLEÇÃO de trabalhos do Conselho Geral de Salubridade pública da Província de Pernambuco. Recife: Typ. S. Caminha, 1845-1850.

⁶ SOUZA, Alberto. *O Classicismo arquitetônico no Recife imperial*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPA, Salvador: João Fernandes da Cunha, 2000, p. 81.

identificar o paciente, sua entrada, saída e a análise médica. Uma papeleta seria alocada junto ao leito onde deveria constar o nome, o diagnóstico e o tratamento prescrito. Segundo Foucault, nesse período, “o hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico-hospitalar, que se deve estudar como são estudados os climas, as doenças, etc.”⁷. Conforme veremos no decorrer do estudo, algumas dessas recomendações foram seguidas no Pedro II, apesar das dificuldades iniciais para sua implantação.

Mamede Ferreira, inicialmente, projetou cinco pavilhões para o hospital, entretanto somente três foram construídos. Finalmente, no dia 10 de março de 1861, o novo edifício, ainda não totalmente concluído, começou a receber os primeiros enfermos, com capacidade inicial para 250 doentes, podendo esse número chegar a trezentos em tempos de epidemia. Na abertura do Pedro II, 115 pacientes foram recebidos, todos provenientes do Grande Hospital e de outros nosocômios do Recife.

As primeiras acomodações do Pedro II estavam estruturadas da seguinte forma: no 1º andar funcionavam as enfermarias de S. José, S. Vicente, São Pedro, Santa Rita e Santo Antonio. No 2º localizavam-se as de S. Anselmo, S. Tomás de Aquino e Santa Maria, estas de cirurgia. As salas de operações, segundo relatório do Provedor da Santa Casa, eram dotadas de um sofrível arsenal cirúrgico. Ainda havia nesse andar uma sala para guardar as roupas dos doentes que chegavam ao hospital, uma sala das visitas, o dormitório das irmãs, uma sala de aula de alfabetização e de costura para as crianças do sexo feminino que perdiam seus pais no hospital por falecimento ou abandono. Nesse local, os menores dormiam e faziam suas refeições. Nesse mesmo pavimento funcionava provisoriamente a Capela, sob a invocação de S. Pedro de Alcântara, padroeiro do hospital. No grande pátio do edifício havia jardim, cozinha, banheiros, dispensas, lavanderia, rouparia, sala para autópsia e o necrotério⁸.

É importante ressaltar nesse contexto o papel desempenhado pelas Irmãs de Caridade nas dependências do hospital. Além de suas funções administrativas, atuavam como enfermeiras e nas atividades religiosas junto com ao capelão durante as missas e orações. A vinda dessas religiosas foi solicitada pelo Presidente da Província de Pernambuco, o Conselheiro José Bento da Cunha e Figueiredo, para inicialmente auxiliar nos serviços de enfermagem e administrativo do Hospital Geral São Pedro de Alcântara, que se encontrava em situação de total penúria, e posteriormente atuarem no Hospital Pedro II. Para viabilizar a chegada das freiras, Bento da Cunha promoveu a assinatura de um contrato, em Paris, com o Superior Geral da Congregação da Missão e da Congregação das Irmãs de Caridade, Filhas de Caridade ou, simplesmente, Vicentinas, criada em 1633, pelo frei francês Francisco de Assis Vicente de Paula (1581-1660) com a colaboração de uma senhora proveniente de uma família pertencente à burguesia francesa, Louise de Marillac (1591-1660) que posteriormente se torna a primeira Superiora da Congregação.

⁷ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 100.

⁸ *RELATÓRIO apresentado a 10. Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife em Pernambuco pelo Provedor F. de A. Oliveira Maciel*. Recife. Typ. Mercantil, 1878, p. 118-126.

Concretizado o acordo com o Presidente da Província, as religiosas chegaram ao Recife no ano de 1857 e se dirigiram ao Hospital São Pedro de Alcântara acompanhadas pelo Superior Lazarista Pedro Luiz Calmon. Nessa época, faltava de tudo no hospital: higiene, alimentos, remédios, leitos, roupas, lençóis, instalações adequadas e assistência médica. Não é difícil ao leitor imaginar as dificuldades enfrentadas pelas irmãs frente a essas condições de extrema adversidade. Em 10 de março de 1861, foram transferidas, juntamente com os enfermos, para o Pedro II que, apesar de suas instalações serem novas e mais amplas, já enfrentava sérios problemas em sua infraestrutura.

Nesse período, o Recife foi assolado por uma nova epidemia do cólera. Para socorrer os enfermos, o São Pedro de Alcântara voltou a funcionar de forma extremamente precária. Durante o surto epidêmico, o velho hospital permaneceu sob a administração das Irmãs de Caridade que já estavam acolhendo os coléricos no Pedro II. Frente a essa situação calamitosa e desdobrando-se em suas atividades como enfermeiras, muitas vezes, só lhes restavam preparar o moribundo para receber do Padre Arsênio Vuillmin, capelão do hospital, e do superior Calmon os últimos sacramentos.

No início de 1874, administravam os trabalhos no Hospital Pedro II, a Irmã Superiora e mais três religiosas, auxiliadas por um capelão, um médico, dois cirurgiões, um farmacêutico, um barbeiro, um enfermeiro, quatro lavadeiras e dezesseis serventes, utilizados em várias instalações do Hospital, a exemplo da Botica e da portaria⁹. Apesar de se constituírem um pequeno grupo, estavam presentes em todos os espaços do hospital, organizando, disciplinando e até punindo os empregados e enfermos que não correspondessem às normas estabelecidas pelo seu Regulamento, datado de 29 de abril de 1875. Segundo o regimento, a portaria do hospital ficava sob a guarda e a vigilância de uma irmã a quem competia: abrir e fechar as suas portas nos horários estabelecidos, com o objetivo de impedir a saída de qualquer empregado que morasse no prédio sem licença da superiora; evitar a egressão de quaisquer objetos do hospital sem uma guia ou ordem escrita da superiora; e apreender toda e qualquer comida e bebida que porventura se procurasse introduzir nas dependências do hospital. Disciplinadas e verdadeiras guardiãs do prédio, as irmãs seguiam rigorosamente as ordens da superiora que, muitas vezes, apenas através do olhar, do estalar dos dedos, do bater palma, impunha com austeridade suas ordens às obedientes religiosas.

A Irmã Superiora era igualmente responsável pelos livros de registros de entrada e saída dos enfermos em que deveriam constar seus nomes, sexo, cor, naturalidade, estado civil, a condição da doença, o dia da sua entrada, os dias em que eram submetidos a tratamentos, as datas dos óbitos e o cemitério em que foram sepultados. Ficava também sob a sua guarda os livros de conta corrente dos enfermos pensionistas, de assentamento dos empregados do serviço administrativo e sanitário e do que assinalava o dinheiro e os objetos depositados pelo enfermo no momento de sua entrada no hospital. Além dos cuidados com livros, cabia-lhe a tarefa de designar as irmãs que se encarregariam da portaria, das enfermarias, das

⁹ FALA do Comendador Henrique Pereira de Lucena na sessão da Assembleia Legislativa Provincial de Pernambuco em 1º de março de 1874. Pernambuco: Typ. de M. Figueiroa de Farias & Filho, 1874, p. 48.

repartições ou de qualquer outro serviço do hospital.

Aplicadas e exigentes no exercício de suas funções, exerciam a vigilância da dispensa, da cozinha, do refeitório, da inspeção da cachoaria, local onde eram realizados os serviços de conserto dos colchões e travesseiros e fiscalização do pessoal encarregado da lavanderia, além de conservarem os objetos e o asseio da capela.

Nas enfermarias, contando com a colaboração de auxiliares no serviço sanitário, detinham plenos poderes sobre esse ambiente. Cabia às religiosas seguir as prescrições e determinações dos facultativos clínicos a respeito do tratamento dos doentes, prevenindo-lhe sobre qualquer acidente ou sintoma novo ocorrido com os enfermos nos intervalos de suas visitas, ajudar o médico na aplicação dos curativos ou mesmo aplicá-lo, não permitir que pessoas estranhas visitassem ou falassem aos doentes sem a permissão do facultativo clínico, do diretor e da superiora, dar os doentes os remédios prescritos, trocar a roupa do corpo e da cama do enfermo ou incumbir esta tarefa aos ajudantes, pelo menos duas vezes por semana, administrar o serviço de refeição auxiliada por serventes e, finalmente, cuidar da higiene das enfermarias.

Eram admitidas e tratadas gratuitamente no Hospital as pessoas que fossem reconhecidamente pobres ou os irmãos da Santa Casa que não tivessem recursos para pagarem seus curativos, seriam tratados como pensionistas de primeira classe, se houvessem exercido algum cargo, e de segunda quando não haviam desempenhado alguma função junto à Santa Casa. Em relação às normas de conduta para os doentes nas enfermarias, o regimento impunha a eles um controle severo através dos facultativos e das Irmãs de Caridade. Isolados, sujos e debilitados pelas doenças, eram desprovidos de qualquer vontade ou direito. Deveriam permanecer no leito de modo “decente” não podendo gritar, alterar, jogar, fumar e permanecer em total silêncio das oito da noite às seis da manhã. Eram obrigados a tratar com respeito qualquer empregado do estabelecimento, não sair de sua enfermaria, nem andar pelos corredores ou jardim sem o consentimento do médico e da irmã de caridade e permanecer em seu leito com “todo respeito” durante as orações da manhã e da tarde. Esse ato religioso, muitas vezes forçado, era motivo de desavenças entre os pacientes e as irmãs que, por sua vez, não abdicavam desse preceito religioso. Aos pensionistas, era tolerado o direito de saírem do hospital esporadicamente, caso o facultativo permitisse, receber de suas casas roupas que lhes fossem necessárias, caminhar pelos corredores dos quartos particulares, mas lhes era vedado que adentrassem em outros ou ingressar nas enfermarias.

No Regulamento de 1875, além das normas impostas, constavam ameaças explícitas de castigos aos pacientes, fossem eles pobres ou pensionistas, que descumprissem as rigorosas regras de conduta. Nesses casos, a punição seria oferecida pelo médico diretor, facultativo clínico ou pela irmã superiora. Como castigo, poderiam ser proibidos de sair do seu leito, privados de passeios e terem parte de suas refeições diárias supridas por um dia. Quando a falta era falta grave, o médico ou a irmã superiora comunicava ao mordomo que, por sua vez, levava ao conhecimento do Provedor.

Apesar dos afazeres das religiosas serem enaltecidos com frequência pelo Diretor do Serviço Sanitário, a maneira arrogante com que muitas vezes se dirigiam

aos funcionários, pacientes e até com os facultativos tornava o relacionamento entre eles tenso e difícil. Contudo, não se pode negar a importância do trabalho e dedicação das irmãs no cotidiano do Pedro II para a melhoria das ocupações e aquisição de vários equipamentos para o hospital. Nessa época, atuava no serviço médico do hospital, o Diretor do Serviço Sanitário, dois facultativos de clínica geral, incluindo-se um para responder pela enfermagem dos variolosos e dois na clínica cirúrgica, além dos eventuais médicos substitutos.

No Hospital, eram realizadas Juntas Médicas e Cirúrgicas para melhor avaliar os casos mais graves e de difícil diagnósticos. A Junta ou Conselho Médico era formado pelo diretor e os facultativos. Muitas vezes reunidos junto à cabeceira do paciente que, humilhado, encontrava-se impossibilitado de elaborar as respostas desejadas pelos médicos, tendo em vista a gravidade da sua enfermidade. Depois da reunião junto ao leito do doente, os doutores se retiravam para uma sala reservada onde discutiam minuciosamente o caso para finalmente chegar a um diagnóstico conclusivo.

O uso da papeleta na cabeceira do leito do enfermo demonstra que uma nova concepção de hospital começava a ser esboçada no Pedro II. Contendo sempre anotações dos facultativos clínicos, nela estavam incluídos o diagnóstico da enfermidade, os sintomas característicos, as ocorrências do curso da doença e a prescrição diária da medicação e da dieta. As papeletas também eram utilizadas para fornecer estatística anuais ao diretor, a propósito da morte, do restabelecimento ou daqueles pacientes que haviam se retirado das enfermarias. Em caso de morte duvidosa, realizava-se uma autópsia cadavérica “lavrando-se um termo minucioso das anomalias encontradas nos tecidos, ou nos líquidos”. Na parte superior da papeleta, deveria constar o nome, a cor, a idade e a condição social do doente e se já havia contraído varíola, sífilis e a data da última doença¹⁰.

Faz-se importante salientar que essas inovações não se amoldam ao modelo estabelecido por Foucault, de “medicalização do hospital”. Esse conceito de uma medicina homogênea e coerente para o hospital não pode ser confirmado pela análise das fontes porque estas negam a eficácia do controle médico nas instalações do Pedro II, onde ainda prevalecia a autoridade das Irmãs de Caridade em todas as estâncias do hospital. Com o crescimento significativo de enfermos em suas dependências, o número de religiosas torna-se cada vez mais expressivo. Em 1886, estava encarregado da parte religiosa o padre Arsenio Vuilemin e da administração a irmã superiora Bernier, juntamente com 16 de suas religiosas, a maioria delas trabalhando como enfermeiras durante o dia e a noite¹¹. Na virada do século, esse percentual totaliza 25 irmãs morando no hospital e exercendo suas funções com dedicação, energia e disciplina. É somente ao longo das duas primeiras décadas do século XX que efetivamente o controle do hospital passa a ser exercido pelos médicos, apesar das religiosas ainda continuarem desempenhando várias funções.

Longe de ser um hospital modelo, o Pedro II nos anos seguintes à sua inauguração

¹⁰ *REGULAMENTO do serviço médico cirúrgico do Hospital Pedro II e demais estabelecimentos sujeito a direção da Santa Casa de Misericórdia, autorizado pelo Presidente da Província Henrique Pereira de Lucena*. Pernambuco: Typ. de M. Figueiroa do F. & Filhos, 1875, p. 20-21.

¹¹ *RELATÓRIO apresentado a Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife*. Recife: Typ. Universal, 1886, p. 09.

já apresentava sérios problemas de ordem estrutural, financeira e de ordem médica. Caracterizado pelo assistencialismo, muitos doentes se recusavam a se internarem, preferindo os cuidados das famílias a serem submetidos a tratamentos violentos praticados por enfermeiros mal preparados e a terapêuticas médicas ineficazes. No geral, a população de internos do hospital era constituída por pessoas excluídas da sociedade e que, muitas vezes, não podiam contar com o amparo familiar. As estatísticas sobre a mortalidade em suas instalações é um forte indicativo da precariedade das condições do hospital. Segundo dados expostos por Arthur Orlando¹², o número de óbitos, na segunda metade do século XIX, apresentava-se da seguinte forma:

ANO	ÓBITOS	ANO	ÓBITOS
1860-62	374	1880-82	2160
1862-64	405	1882-84	1904
1864-66	459	1884-86	1690
1866-68	527	1886-88	1638
1868-70	628	1888-90	1801
1870-72	804	1890-92	1803
1872-74	1069	1892-94	1883
1874-76	1177	1894-96	2255
1876-78	1361	1896-98	2297
1878-80	4108	1898-1900	2552

A leitura desta tabela expõe uma elevada taxa de mortalidade no hospital, relativo ao biênio de 1876-78. Esse fato deve-se à grande seca de 1877-1879 que se abateu sobre o Norte, acarretando uma grande migração de retirantes para o Recife em busca de alimentos, trabalho e cura para seus males. Em junho de 1876, a situação do Pedro II apresentava um quadro desolador: enfermarias se encontravam superlotadas com 424 enfermos, centenas deles deitados pelo chão e ocupando os “vãos das janelas”. Dotado de precárias condições de higiene, ainda acolhia em suas dependências os enfermos vitimados por diarreias e pelas epidemias de varíola, difteria e beribéri. O sistema de canalização para retirada dos resíduos fecais se encontrava em péssimo estado, o que piorava ainda mais as condições de higiene. A situação piorou com a chegada sucessiva de grandes contingentes de retirantes da grande seca de 1877-1879. Nos dois anos seguintes, o número de enfermos chegou a 975. Grande parte desses migrantes provinha das províncias do Ceará, Rio Grande e Paraíba, muito deles atacados por diarreia e disenteria. Muitos oriundos do Ceará eram retirados de bordo dos paquetes em estados deploráveis, apenas aguardando a hora para morrer¹³.

¹² ORLANDO, Arthur. *O porto e a cidade do Recife*. Pernambuco: Typ. do “Jornal do Recife”, 1908, p. 122.

¹³ RELATÓRIO apresentado a 10. Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife em Pernambuco pelo Provedor F. de A. Oliveira Maciel. Recife: Typ. Mercantil, 1878, p. 07-09.

Em maio de 1878, já se somavam milhares de retirantes concentrados em alojamentos improvisados pelas autoridades governamentais. Com o agravamento desse flagelo e, conseqüentemente, com o aumento da migração para a capital, foram criados inúmeros outros abrigos em localidades próximas a Recife. A aglomeração dessas pessoas em alojamentos ou fora deles, em péssimas condições de alimentação e higiene, propiciou a propagação de diversos surtos epidêmicos de sarampo, varíola e, principalmente, diarreias, por conseguinte elevando o número de óbitos. De acordo com o Relatório do Inspetor de Saúde Pública, Dr. Althayde Lobo Moscozo, a situação do Pedro II em junho 1878 era de total penúria. No sentido de atenuar o caos vivenciado em suas dependências, solicitou providências urgentes ao Presidente da Província Dr. Adolfo de Barros:

É indiscutível o estado de aglomeração e de infecção miasmática a que se tem chegado o Hospital Pedro II. Perto de mil doentes acham-se atualmente no hospital, sendo mais de quatrocentos sofrendo de diarreias em diversos graus. Não há roupas suficientes para se fazerem durante o dia mudas necessárias, porque muito dos doentes não se podem levantar da cama para irem as latrinas, e fazem as dejeções na cama involuntariamente. Não há servente (e menos ainda enfermeiros) que possam fazer o serviço de limpeza das enfermarias. É impossível que uma irmã de caridade de cento e vinte doentes e que elas se vejam na contingência de fazer o serviço de asseio! A consequência é que ninguém se pode aproximar das enfermarias, tal é o cheiro nauseante e pernicioso. É indispensável quanto antes diminuir o número de doentes e aumentar os socorros a esses infelizes condenados a uma morte infalível.¹⁴

Em outro comunicado datado de 18 de junho do mesmo ano, o Inspetor de Saúde informa a existência de um grande número de doentes acometidos por beribéri no hospital, situação agravada com a presença de um grande contingente de imigrantes, o que favorecia a rápida propagação da enfermidade. Frente a essa ocorrência, solicitou do Presidente da Província a imediata transferência desses enfermos para a Ilha de Fernando de Noronha ou para de Itaparica na Bahia, do contrário estariam condenados a uma morte certa¹⁵.

É importante ressaltar que o fenômeno da seca no Norte, responsável pelas contínuas migrações para a cidade, tornava apenas mais transparente a extrema miséria já instalada pela estrutura tradicional do poder local. Os grandes proprietários de terra, quase sempre aliados políticos das autoridades governamentais, contribuíram para permanência desse quadro de pobreza caracterizado pela dominação e fortes relações de dependência. Quase sempre recorrendo às relações de compadrio e ao emprego da violência contra o homem do campo, os "donos do

¹⁴ RELATÓRIO do Dr. Pedro de Attayde Lobo Moscozo, Inspetor de Saúde Pública, datado em 6 de junho de 1878. In: Livro SP 04 -1878-1881 (pasta 14). Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano.

¹⁵ Livro SP 04 -1878-1881 (pasta 14). Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano.

poder” procuravam manter no local sua hegemonia política e econômica.

Nos biênios de 1880-1882, igualmente se apresentou no hospital um elevado quadro de mortalidade devido à permanência de um número significativo de retirantes seja desta ou de outras províncias nas dependências do hospital vitimado pelos surtos de diarreia, beribéri e, especialmente, varíola ou “bexiguentos”, denominação também utilizada na época, que se acomodava nas enfermarias de Santa Marta, São Francisco Xavier e São João em condições de extrema precariedade. Sem uma alimentação adequada e péssimas condições de higiene, faleciam rapidamente. Além dos enfermos já internados no hospital, a situação se agravava ainda mais devido a quatro epidemias de varíola, uma de febre amarela, cinco de beribéri e uma de sarampo que assolaram o Recife entre os anos de 1881 a 1884¹⁶.

As condições do Pedro II somente foram abrandadas após a transferência dos portadores de varíola para o novo Hospital de Santa Águeda, em 23 de novembro de 1884, criado especificamente para cuidar desses enfermos¹⁷. Anteriormente os variolosos eram transportados para os hospitais do Recife em redes carregadas pelos escravos. Após 1878, esse tipo de transporte foi substituído pelo uso de padiolas, aconselhadas pelo Inspetor de Saúde Pública Dr. Lobo Moscozo, que ficavam sob a guarda da polícia a qual, por sua vez, não contribuía para conservação e higiene das mesmas. Para transportar os doentes nas padiolas ao hospital, muitas vezes recorria-se à força policial para conseguir “caritativos voluntários”, de preferência quatro homens fortes. O cronista Mário Sette, fez referência ao uso da padiola por ocasião de um acidente ocorrido com uma vendedora de tapioca que teve suas pernas decepadas por um bonde de burros que fazia a linha Santo Amaro/Hospício. Desfalecida e ensanguentada, a senhora esperava socorro quando chegou a polícia buscando homens para levá-la ao hospital. Segundo o cronista, a fuga dos indivíduos que se encontrava no local foi total: uns pelos becos, outros rodearam a Igreja de Santo Amaro e vários se trancaram dentro de suas casas. Frente a essa situação, a autoridade policial procurou a força os primeiros homens que se encontravam nas imediações.

Conforme constatamos, nem sempre a padiola era exclusivamente destinada ao transporte dos enfermos acometidos pela varíola ou pela febre amarela. Posteriormente, apenas os variolosos, expostos à curiosidade pública e devido ao clamor da imprensa, passaram a ser transportados em carros alugados que ficavam recolhidos num barracão do Hospital Santa Águeda, onde poderiam ser requisitados por telefone¹⁸. No final do século XIX, o provedor da Santa Casa passou a utilizar “dois carros apropriados e duas parelhas muares”, dois veículos, um “confortável *cupê*, comprado aqui e um carro ambulância, contendo cama sobre rodas, armário para remédio e cadeira, modelo adotado em Paris onde foi

¹⁶ RELATÓRIO apresentado pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia do Recife, Desembargador F. de Assis Oliveira Maciel a Junta Administrativa. Recife: s.r., 1886, p. 05-06.

¹⁷ FREITAS, Octavio de. *Medicina e costumes do Recife antigo*. Recife: Imprensa Industrial, 1943, p. 51.

¹⁸ DINIZ, Luiz Carlos. *A história do Hospital de Santa Águeda*. Recife: Gráfica e Editora Avellar, 1994, p. 46-48.

comprado”¹⁹.

Entretanto, não se pode deixar de observar que o desconhecimento da etiologia das doenças e a ineficácia do tratamento médico dispensado aos retirantes favoreceram igualmente para um elevado índice de mortalidade no Recife. Segundo o Inspetor de Saúde Pública: “Não há remédio mais brando ou heroico que se considere, que seja capaz de curar um doente de bexiga púrpura ou hemorrágica. Pareceria que o melhor alvitre a seguir nesses casos, que podem ser chamados desesperados, era alimentar o doente na proporção de suas forças e necessidades, e prodigalizar-lhe todos os cuidados até a solução final da moléstia [...] Os cuidados e o tratamento apenas tem conseguido prolongar o martírio das infelizes vítimas”²⁰. Nesse escrito, fica evidente a impotência do médico em relação à cura dos doentes acometidos pela varíola.

Em seu relatório datado de 1883, o Inspetor de Saúde Pública apresenta um quadro sombrio das instalações do Hospital Pedro II. Por ser uma instituição que realizava serviço filantrópico, inicialmente lamenta a existência de um número excessiva de doentes em suas instalações, além da presença de várias crianças de ambos os sexos que se estabeleciam no hospital por falecimento dos pais ou quando recorriam ao hospital para realizar algum tratamento. Sob o pretexto de não ter onde deixá-los, assim que se restabeleciam ou melhoravam das suas enfermidades, seus genitores solicitavam as Irmãs de Caridade que os conservassem no estabelecimento por alguns dias, enquanto procuravam um local definitivo para acolhê-los.

Ainda em seu relatório, queixa-se da péssima escolha do local em que foi edificado o hospital: rodeado de praias, de onde se desenvolviam os miasmas responsáveis pelo mau cheiro, principalmente quando a maré estava vazia. Como se pode observar, a concepção miasmática ainda era aceita pelo médico para justificar o quadro de insalubridade desse hospital. Em relação à “infecção da atmosfera” nesse ambiente, segundo o médico, muito comum nas enfermarias do Pedro II, era provocada pela exalação de um “cheiro insuportável” em decorrência do entupimento dos canos e, conseqüentemente, da acumulação dos excrementos nas latrinas. Essas ocorrências, para o médico, colaboravam ainda mais para existência de um grande número de “chagosos” que lotavam as enfermarias e “têm sido causa para produzir muito dos acidentes que acompanhavam de perto as operações”²¹. Segundo Moscozo, depois dez anos de muitas reclamações, a junta administrativa resolveu melhorar as condições deploráveis das latrinas através dos engenheiros da Recife Drainage Company²². Apesar dos reparos realizados no sistema de encanamento e da utilização de uma bomba para abastecer o depósito

¹⁹ RELATÓRIO apresentado a Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife pelo Provedor Comendador Albino José da Silva, em 1º de Julho de 1896, p. 15.

²⁰ RELATÓRIO que apresentou ao Presidente da Província o Dr. Pedro de Attayde Lobo Moscozo, Inspetor de Saúde Pública em 30 de janeiro de 1883. Pernambuco: Typ. de Manoel Figueiroa de Farias & Filho, p. 04.

²¹ RELATÓRIO que apresentou ao Presidente da Província o Dr. Pedro de Attayde Lobo Moscozo, Inspetor de Saúde Pública em 30 de janeiro de 1883. Pernambuco: Typ. de Manoel Figueiroa de Farias & Filho, p. 40.

²² A Recife Drainage foi criada através do Decreto de 24 de maio de 1869, do Governo Imperial, que a habilitava a fazer o tratamento dos esgotos sanitários da cidade do Recife.

de água que o remeteria para os aparelhos, esses benefícios duraram pouco tempo, uma vez que a bomba apresentava problemas funcionais. Como a falta de água continuasse constante: “as matéria fecais não tem pronta saída, vindo, por conseguinte desenvolver-se o mau cheiro que em certos dias torna-se insuportável. Sem abundância de água nos aparelhos de latrinas não pode haver asseio que satisfaça as exigências da higiene desse estabelecimento”²³.

Nos locais onde permaneciam os pacientes submetidos à cirurgia, a situação era ainda mais grave. O quadro de mortalidade nesses espaços era alarmante. Não era incomum que um operado apresentasse uma infecção nos ferimentos em decorrência do ato cirúrgico que frequentemente evoluía para uma erisipela, tétano, “gangrena hospitalar” ou uma septicemia letal. Não será difícil para o leitor imaginar o estado lastimável em que se encontravam os doentes que recebiam tratamento nas enfermarias desse hospital. Marcados por reações permanentes de agitação, delírios frenéticos, convulsões, gritos dolorosos e com fisionomias melancólicas, os pacientes do Pedro II apresentavam um cenário um tanto quanto macabro.

Diante dessa situação assustadora nas enfermarias dos operados, em todos os hospitais do mundo, consideradas verdadeiras antecâmaras da morte, vários cirurgiões insurgiram contra essa trágica realidade. Inicialmente, as descobertas pioneiras do obstetra húngaro Ignaz Semmelweiss, em 1847, demonstraram um alto índice de mortalidade especialmente na enfermaria das parturientes, em virtude da falta de assepsia dos médicos e estudantes²⁴. Anos mais tarde suas pesquisas foram integralmente reconhecidas nas universidades e nos centros cirúrgicos dos hospitais europeus.

Com o avanço dos métodos operatórios, o cirurgião inglês Joseph Lister, em 1865, no Hospital de Glasgow, passou a utilizar as técnicas da assepsia. Inicialmente, utilizou-se das pesquisas microscópicas do cientista francês Louis Pasteur, entre os anos de 1860-1864, em substâncias fermentadas. Na época, as mãos, roupas e os instrumentos dos cirurgiões disseminavam as bactérias, logo após a incisão do bisturi no corpo do paciente, o que ocasionava com frequência a “gangrena do hospital”. Determinado a reduzir as infecções pós-operatória, adotou o método da desinfecção, insistindo na higienização das enfermarias, na limpeza dos instrumentos cirúrgicos, das ataduras utilizadas nos pacientes, além da utilização do ácido carbólico (fenol). Após a constatação dos bons resultados obtidos com a assepsia, tendo em vista a diminuição da taxa de mortalidade pós-operatória, rapidamente esse procedimento passou a ser utilizado no mundo científico, não obstante a resistência de alguns cirurgiões²⁵.

Logo após a inauguração do Pedro II, em 1861, Leduar de Assis Rocha faz referência aos procedimentos cirúrgicos realizados no hospital: “O cirurgião mal tirava a cartola; arregaçava, simplesmente, a manga da sobrecasaca; punha-se

²³ RELATÓRIO que apresentou ao Presidente da Província o Dr. Pedro de Attayde Lobo Moscozo, Inspetor de Saúde Pública em 30 de janeiro de 1883. Pernambuco: Typ. de Manoel Figueiroa de Farias & Filho, p. 40.

²⁴ LYONS, Albert S. & PETRUCCELLI, R. Joseph. *Historia de la medicina*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1987, p. 550-553.

²⁵ LYONS & PETRUCCELLI, *Historia de la medicina*, p. 553-554.

à frente uma toalha que resguardava da sangueira das operações; e enfiava, na gola do cruzê, o material de sutura (agulha e fios), de que se utilizava nos atos operatórios”²⁶. Essa descrição nos permite compreender o grande número de infecções hospitalares entre os pacientes após as cirurgias. Infelizmente são muito poucas as descrições publicadas em periódicos das cirurgias realizadas no Pedro II. *A Gazeta Médica da Bahia* noticiou, em sua edição de 30 de setembro de 1872, um relato completo de uma cirurgia realizada pelo Dr. Malaquias Gonçalves, sob o título “*Esmagamento do braço direito com fractura comminutiva do humero em grande extensão: desarticulação escapulo-humeral, cura*”²⁷.

Igualmente nas pesquisas realizadas nos relatórios dos Inspetores de Saúde e dos Provedores da Santa Casa, em relação às cirurgias realizadas no Hospital Pedro II, não encontramos registro documental sobre a utilização do método de Lister nessa instituição hospitalar, com exceção de uma notícia referente aos cuidados com o “Gabinete de Cirurgia” no final do século XIX: “Acha-se nesse gabinete sob a direção dos respectivos cirurgiões, e aos cuidados de um empregado analfabeto, baldo de aptidões para desempenhar o lugar, resultando daí a deterioração de muitos ferros e aparelhos a seu encargo, assim prejuízos para os cofres da Santa Casa. Parece-me indispensável ficar esse gabinete entregue aos cuidados de uma das irmãs, que forneça diariamente para a sala de operação, os ferros que lhe forem solicitados pelo cirurgião”²⁸. Essa nota nos leva a acreditar que certamente os cuidados com a assepsia ainda eram muito precários na sala de cirurgia.

Em relação à anestesia, o éter foi empregado como anestésico pela primeira vez no Hospital Geral de Massachusetts, em 1846, por William Thomas Green Morton. Entretanto, a ineficiência de seus efeitos anestésicos, o forte cheiro e a irritação que causava no aparelho respiratório resultaram na sua substituição por um novo anestesiante: o clorofórmio, utilizado em 1847 pelo obstetra escocês James Y. Simpson. As primeiras notícias referentes à utilização da anestesia em procedimentos cirúrgicos nos hospitais do Recife apontam para o cirurgião José Francisco Pinto Guimarães que utilizou o éter no Grande Hospital de Caridade e na sua clínica particular no final dos anos 40. Entre os primeiros experimentos com o éter, Leduar Assis Rocha cita o caso de Policarpo Luiz Gonçalves Ferreira, de 36 anos, operado pelo cirurgião de um “aneurisma inguinal ilíaca, à altura da virilha, seguida de 13 sangrias copiosas, 32 bichas, gelo aplicado continuamente sobre o tumor e dieta de limonada, caldo de galinha e cozimento de Arroz...”²⁹.

Em 1880, faziam parte do quadro de cirurgiões do Pedro II os doutores Pedro de Athayde Lobo Moscozo, Estevão Cavalcanti de Albuquerque e o cirurgião Malaquias Antônio Gonçalves, este último um dos mais atuantes nos procedimentos cirúrgicos. Das setenta e oito operações realizadas pelo Dr. Malaquias, o que nos chama a atenção é o número exagerado de amputações realizadas. Aqui, optamos

²⁶ ROCHA, Leduar de Assis. *História da medicina em Pernambuco* (Século XIX). Recife: Arquivo Público Estadual, 1962, p. 76.

²⁷ GONÇALVES, Malaquias A. “Cirurgia – Esmagamento do braço direito com fratura comminutiva do Humerus em grande extensão; desarticulação escapulo-humeral”. *Gazeta Médica da Bahia*. Salvador, 30 set. 1872, p. 57-59.

²⁸ RELATÓRIO apresentado a Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife pelo Provedor Albino José da Silva, no dia 1 de julho de 1895. Recife: Typ. do Estado, 1896, pp. 45- 46.

²⁹ ROCHA, *História da medicina em Pernambuco*, p. 314.

por nomear algumas dessas intervenções cirúrgicas: três amputações de coxa, duas de braço; seis de pernas; seis de dedos; duas de antebraço; três de pênis, além de aneurismas, extração de “cancro de mama”, extirpação de quistos, calculo vesical, “tumores hemorroidas”, fimose, unhas encravadas lipoma, desarticulação de braço, entre tantas outras. Esses importantes dados demonstram que, a despeito dos avanços da medicina, qualquer ferida exposta poderia se transformar num processo infeccioso grave, fato esse responsável por um quadro de gangrenas em que os pacientes eram constantemente submetidos a amputações de todos os tipos. Muitas vezes um simples procedimento, como a remoção de um pequeno nódulo, extração de verrugas, curativos e suturas em feridas expostas sem os devidos cuidados com a assepsia, era suficiente para gerar um quadro infeccioso grave no local da lesão. Fatos como esses podem justificar o número exagerado de amputações que muitas vezes levava o doente à morte.

Além do acolhimento dos pacientes nas enfermarias e das operações realizadas no “Gabinete de Cirurgia”, o hospital atendia os enfermos na “Sala de Branco”. Esse recinto era destinado às consultas rápidas, atendimentos de emergência e a fornecer medicamentos aqueles mais necessitados. A “Sala do Banco” tinha essa denominação porque os doentes ficavam aguardando atendimento sentado em bancos de madeira durante horas. A finalidade dessa sala era evitar que mais pacientes ocupassem os leitos das enfermarias, já ocupadas por um grande número de doentes. Em Julho de 1888, esse serviço foi extinto pelo Provedor da Santa Casa, sob o argumento de que abusos foram verificados, uma vez que algumas pessoas reclamavam muito durante a distribuição dos medicamentos e outras os vendiam assim que recebiam³⁰.

Em 1891, a Sala do Banco foi restabelecida sob os cuidados dos doutores Alfredo Arnobio Marques e Manoel Bastos d’Oliveira. Apesar de restaurada, voltou a funcionar de forma precária na portaria do prédio, sem espaço suficiente para acomodar os doentes que o procuravam para receitar-se. Com o crescente número de pessoas que buscavam os seus serviços, não era raro ocorrer aglomerações, provocando tumultos e gritaria na portaria e nos corredores do hospital. Um ano depois, por resolução da Junta da Santa Casa, foi criado o cargo de médico da Sala do Banco, sendo designado o Dr. Augusto Lopes de Assunção Pessoa e mais dois médicos substitutos. Posteriormente, seu funcionamento foi normatizado pelo Regulamento do hospital de 1898. Segundo as regras estabelecidas, os doentes deveriam ser atendidos pelo médico por ordem de chegada à sala, aqueles que precisassem de cuidados especiais deveriam ser encaminhados para o chefe da clínica que, por sua vez, providenciaria um “médico da especialidade da moléstia” para tratar do enfermo. Apesar do grande número de doente que buscava auxílio, o horário de funcionamento da sala era bastante reduzido: das oito horas às dez da manhã, o que ocasionava longos períodos de espera para receberem atendimento médico e remédios da farmácia do hospital³¹. Segundos mapas demonstrativos, foram realizadas na Sala do Banco, durante o ano de 1895, as seguintes

³⁰ *RELATÓRIO apresentado a Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife pelo provedor Dr. Joaquim Correia de Araujo em Julho de 1888.* Recife: Typ. Universal, 1888, p. 14.

³¹ *REGULAMENTO para os Serviços Sanitário do Hospital Pedro II. e dos estabelecimentos a cargo da Santa Casa de Misericórdia do Recife.* Recife: Emp. d’A Província, 1898, p. 14.

operações: setenta abscessos no seio; trinta e cinco abscessos tuberculosos; vinte abscessos “phrengmonosos”; quinze aparelhos de fratura; dezesseis curativos de feridas incisais; vinte extrações de corpos estranhos do ouvido e cinquenta e seis “panarícios”. Nos relatórios encontramos com frequência queixas dos provedores da Santa Casa com as despesas realizadas referentes à doação de medicamentos para referida sala.

No final do século XIX, os médicos tornam-se cada vez mais presentes em todas as estâncias do Hospital. À medida que no Pedro II aumentava o número de atendimentos, desenvolve-se uma crescente necessidade de racionalizar a administração e de aumentar os serviços médicos e auxiliares, juntamente com a colaboração das Irmãs de Caridade. Cabia ao Médico Diretor dirigir e inspecionar o serviço sanitário de todos os estabelecimentos pertencentes à Santa Casa, especificamente em relação ao Pedro II. Entre suas atribuições no cotidiano do hospital, era o responsável pela entrada dos doentes, classificação das moléstias, receitas e designação da enfermaria a eles destinada. Visitar as enfermarias e comunicar ao mordomo qualquer irregularidade e exigir da irmã superiora as providências necessárias, além de inspecionar o serviço de laboratório, verificar a situação do material cirúrgico da sala de operação, examinar a comida dos doentes e comunicar ao mordomo as deficiências ali encontradas, organizar mensalmente as folhas dos vencimentos dos médicos e dos demais integrantes dos serviços do hospital e convocar e participar, sempre que possível, das Juntas e dos Conselhos Médicos. Conforme podemos observar, inúmeras eram as atividades do Médico Diretor e, certamente, seria extremamente difícil cumprir todas. No caso de impedimentos do Diretor Médico, por motivos diversos, cabia ao médico Assistente, no período da tarde, substituí-lo em suas atribuições. O Assistente poderia requerer à Junta da Santa Casa a nomeação de um médico cirurgião “Do Substituto”, para substituí-lo nos períodos de sua ausência.

Um dos cargos mais importantes dentro da hierarquia médica do Pedro II era dos Chefes da Clínica médica e cirúrgica. Entre as inúmeras atribuições, tinham a incumbência de visitar diariamente os doentes sobre os seus cuidados, das oito às dez da manhã e auxiliar aos chamados urgentes toda vez que sua presença fosse solicitada. Deveriam participar das Juntas Médica quando convidado pelo Diretor e solicitar do mesmo a convocação daquelas que achassem necessárias no âmbito de sua especialidades. Prescrever na papeleta os medicamentos e as dietas, bem como dar o diagnóstico e tudo mais que achasse necessário, inclusive prescrever altas quando conveniente e fiscalizar as condições de higiene das enfermarias. Além disso, realizar autópsia anatomopatológica quando julgasse imprescindível, distribuir entre seus assistentes, adjuntos e os oito substitutos, os serviços médicos que avaliassem indispensáveis. Caso existisse algum paciente portador de doenças contagiosas nas enfermarias, providenciaria a sua imediata remoção para o Hospital de Santa Águeda. No que se refere aos médicos substitutos, auxiliariam aos chefes de clínica nos serviços que lhe foram designados no horário de oito às dez horas da manhã.

Na época, o Provedor informou a Junta que o quadro de médicos adjuntos ressentia-se de diversas lacunas, tanto pelos no número de vagas existentes como pelas frequentes faltas desses profissionais ao serviço médico sem apresentarem

nenhuma justificativa ou simplesmente largavam o ofício, sem ao menos comunicarem ao Diretor do Serviço Sanitário. Frente a esse problema, a Junta recomenda ao Diretor que se dirigisse aos chefes de clínicas no sentido de encontrar meios para o preenchimento urgente das vagas existentes, como também solicitar daqueles que tivessem abandonado o hospital declarações categóricas sobre os motivos que o levaram a tomar tal decisão³².

O Cirurgião Dentista exerceria sua função na clínica dentária durante o tempo em que o serviço da Sala do Banco funcionasse, em espaço anexo a esta. Poderia ter um substituto que faria seus trabalhos por algum motivo de impedimento. Havia no Pedro II uma parteira nomeada pela Junta da Santa Casa por indicação do médico da sala de maternidade ou do diretor. Para tornar-se parteira do hospital, exigia-se o título de habilitação fornecido pelo diretor do Curso de Obstetrícia do hospital ou de outro instituto oficial, ter mais de vinte e cinco anos e menos de quarenta, ser vacinada e “de provada moralidade”. Residir próxima ao hospital e se apresentar às oito horas da manhã, só podendo deixar o serviço na sala de parto “quando terminar a necessidade de sua presença”, salvo quando fosse requisitada para um trabalho extraordinário da Santa Casa. As regras para nomeação da parteira substituta obedeceriam aos mesmos critérios estabelecidos para as efetivas. Compareceriam ao hospital duas vezes por semana e quando chamadas para substituir a efetiva receberiam o seu ordenado e teriam as mesmas obrigações.

Ainda nas instalações do Pedro II, funcionava a farmácia e o depósito que ficava sob a guarda de uma irmã de caridade designada pela superiora, devidamente habilitada para exercer essa função. Cabia ainda a irmã responsável pela farmácia atender com a maior brevidade possível todas as solicitações de receitas feitas pelo farmacêutico para a enfermaria, a Sala do Banco, o laboratório, bem como para outros estabelecimentos de caridade da Santa Casa.

O Laboratório do hospital ficava sob a responsabilidade de um farmacêutico nomeado pela Junta da Santa Casa. Assim como na farmácia, as receitas manipuladas eram encaminhadas com agilidade para os serviços de saúde do Pedro II, evitando-se com isso o acúmulo de pedidos. Em relação às atribuições dos farmacêuticos, era de sua competência permanecer no Laboratório todos os dias, das oito horas até que fossem realizadas todas as manipulações e entregas do receituário aos serviços médicos do hospital. Quando as receitas fossem despachadas para os outros estabelecimentos da Santa Casa, deveria obrigatoriamente constar a assinatura do médico, do cirurgião dentista ou do Diretor.

Em relação às salas de operações masculina, as informações que constam na documentação pesquisada são bastante escassas. Esse espaço deveria permanecer sob a guarda de um empregado com habilidade para limpar e conservar todo instrumento cirúrgico, cuidar da higiene e inventariar diariamente todo material quando de sua saída, além de apresentar ao diretor a lista quando lhe fosse exigido. Em relação à sala de operação das mulheres, todo material cirúrgico ficaria a cargo de uma irmã de caridade e de uma mulher de sua escolha, nomeada pela superiora. Competia à Irma Superiora designar semanalmente dois serventes para remover os doentes das enfermarias para a sala de cirurgia, além ajudar o médico a

³² *RELATÓRIO* apresentado a Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife pelo vice Provedor Albino Jose da Silva. Pernambuco: Typ. Industrial, 1894, p. 14.

segurar os enfermos e colocá-los na mesa para iniciar os procedimentos cirúrgicos. O necrotério, a sala de autópsia e os instrumentos para sua execução ficavam sob a guarda de uma irmã, que não poderia ocupar-se de afazeres nas enfermarias de cirurgia, na cozinha e dispensa. Para essa atividade, contavam com o auxílio de serventes para condução de cadáveres e limpeza do ambiente. A irmã responsável por essa seção do hospital providenciaria o transporte dos cadáveres cobertos com um pano preto para as dependências do necrotério ou para sala de autópsia. Após as necropsias, os mortos eram encaminhados para o cemitério público, sempre nos horários da tarde, exceto em casos específicos. Era proibida a admissão de doentes de *morphéa* ou outras moléstias contagiosas. Além do Provedor tinham competência para admitir doentes pobres, o Mordomo em exercício, as autoridades policiais, mediante autorização do Mordomo e do Diretor, o médico do dia, as irmãs superiores, os Cônsules, quando seus súditos encontrarem-se enfermos e em estado de miserabilidade, e o médico da saúde do porto quando da existência de doentes em suas embarcações.

Com o crescimento da população da Província de Pernambuco e do grande fluxo migratório em direção à cidade do Recife, foi necessário que esse estabelecimento ampliasse suas instalações e habilitasse melhor um corpo de funcionários vinculados diretamente aos cuidados com os doentes. Dessa forma, foram criados os cursos para enfermeiros de ambos os sexos e de obstetrícia. Em relação ao segundo, já no ano de 1880, o Dr. Almeida Cunha, mordomo do Hospital, promove a criação da “Sala da Maternidade” que logo passou a receber um grande número de parturientes. Antes mesmo de sua inauguração, foi realizada uma campanha através do Jornal do Recife para angariar material e mantimentos para o melhor funcionamento da maternidade. Inúmeros foram os donativos, a exemplo de peças de fazendas, lençóis, travesseiros, fronhas, camisas, cobertores, um enxoval completo com 96 peças, gêneros alimentícios e tônicos da época. Quando de sua inauguração no dia 19 de outubro, foi realizada um grande festa com duas bandas de músicas e atos religiosos. Com apenas seis leitos, todos os donativos ofertados “por pessoas caridosas” foram cuidadosamente expostos para apreciação dos inúmeros visitantes atraídos para ver as novas instalações da Sala de Maternidade³³. No mesmo local, foi instalado um “curso de partos” que funcionou ainda de forma precária e com poucos recursos para os estudos preliminares.

Frente a essas dificuldades, no ano de 1891, o governador do Estado, Correia de Araújo, baixou um ato reorganizando o ensino de obstetrícia que passou a ser dirigido pelo médico Alcebíades Veloso, Diretor do Serviço Sanitário da Pedro II, que tinha como objetivo principal afastar as parteiras do hospital, consideradas por ele “o que havia de mais asqueroso da classe social”³⁴. Apesar da atuação das parteiras ser bem aceita pela sociedade, inclusive por alguns doutores, havia fortes indícios, por parte dos médicos, em normatizar a arte de partejar.

Apesar das mudanças ocorridas na estrutura do hospital e do crescimento do seu corpo médico ao longo do século XIX, o que verificamos na análise da documentação pesquisada foi o uso improvisado dos seus espaços disponíveis,

³³ROCHA, Leduar de Assis. *História da medicina em Pernambuco (século XIX)*. Recife: Arquivo Público Estadual, 1962, pp. 300-303.

³⁴ FREITAS, Octavio. *Medicina e costumes do Recife antigo*. Recife: Imprensa Industrial, 1943, p. 188.

instalações sanitárias precárias e sujas, falta de roupa e lençóis, enfermeiros despreparados, falta de material cirúrgico, enfermarias amontoadas com pacientes em estado grave e, em muitos casos, deitados pelo chão além da presença das Irmãs de Caridade que, muitas vezes, submetem os médicos a sua autoridade. Apesar de todas essas dificuldades e das limitações da medicina da época, é inegável os serviços prestados pelo hospital à população carente de Pernambuco. É importante ressaltar que essa não era uma realidade exclusiva do Pedro II, outros hospitais das principais cidades do Brasil apresentavam situações semelhantes.



RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar o cotidiano do Hospital Pedro II na segunda metade do século XIX, na cidade do Recife. Dependente das ações da Santa Casa de Misericórdia, o nosocômio será caracterizado por tensões entre a caridade e as atividades dos médicos. Através do isolamento dos pacientes, submetidos a um rígido controle imposto pelas Irmãs de Caridade, fica evidente um tenso relacionamento entre eles, as religiosas e o corpo médico. Chamarei atenção para suas especificidades por meio das práticas médicas nas enfermarias, a ausência de um quadro de funcionários qualificados, de instrumentos cirúrgicos, das condições precárias de higiene e espaços mal aproveitados. Apesar dessas dificuldades, o hospital procurou atender, dentro das limitações da medicina da época, os pobres desvalidos não só da província de Pernambuco como também das populações provenientes do Norte.

Palavras Chave: Hospital; Filhas de Caridade; Práticas Médicas.

ABSTRACT

This article aims to analyze the daily Hospital Pedro II in the second half of the XIX century, in the city of Recife. Dependent on the actions of the Holy House of Mercy, another hospital will be characterized by tensions between the charity and the activities of doctors. Through the isolation of patients undergoing a strict control imposed by the sisters of charity, is evident a tense relationship between them, the religious and medical staffs. Call attention to their specific medical practices through the wards, the lack of a qualified workforce, surgical instruments, the conditions of poor hygiene and underutilized spaces. Despite these difficulties, the hospital sought to address, within the limitations of medicine at the time, the poor helpless not only the province of Pernambuco but also people coming from the North.

Keywords: Hospital; Sisters of Mercy; Medical Practices.

Artigo recebido em 1º abr. 2013.

Aprovado em 18 mai. 2013.