

ARMANDO HERBERTO HELDWEIN



**CAUSAS DAS MODIFICAÇÕES ARQUITETÔNICAS DO
HOSPITAL DE CARIDADE DE FLORIANÓPOLIS (1850-1950)**

FLORIANÓPOLIS

2004

ARMANDO HERBERTO HELDWEIN

**CAUSAS DAS MODIFICAÇÕES ARQUITETÔNICAS DO
HOSPITAL DE CARIDADE DE FLORIANÓPOLIS (1850-1950)**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profª. Dra. Sandra Noemi C. Caponi

FLORIANÓPOLIS

2004

DEDICATÓRIA

À Amélia Maria

Eterna companheira e razão maior deste trabalho.

Aos filhos Marcelo e Flávio

As grandes luzes desta jornada.

Aos meus pais

Que sempre me incentivaram para o estudo e para trabalho.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Sandra Noemi Caponi pela confiança, aceitação e corajosa luta , por acreditar neste trabalho desde o seu início e que nos fez estudar Foucault provocando um outro enfoque, além da paciência e compreensão fraternal durante todo o seu desenvolvimento.

À professora Dra. Elza Berger Salema Coelho que desde a apresentação do projeto acreditou e incentivou, apresentando diversas sugestões e críticas para seu aperfeiçoamento.

À professora Dra. Marta Verdi que nos aceitou desde a qualificação, apresentando muitos incentivos e muitas críticas e sugestões para a melhoria deste trabalho.

A todos os professores do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UFSC, pelo carinho e dedicação, contudo destacamos uma amizade especial ao Professor Alcides Rabelo Coelho pelo incentivo , pela exigência e as inúmeras lembranças dos nossos tempos de luta acadêmica e política nos idos de 1960.

À professora Dra. Maria Celina Crema pelas orientações e inestimáveis contribuições para a melhoria desse trabalho.

A Sra. Lêda Maria d'Avila da Silva Prazeres, pela prestimosidade e alegria em servir abrindo-nos as portas do material da ISJP que estava sob seus cuidados no APE.

A Sra. Neusa Rosane Damiani Nunes que nos abriu as portas do Arquivo Público do Estado para a pesquisa dos documentos disponíveis.

A Sra. Maria Goretti Pagani que nos abriu as portas da Biblioteca do Arquivo Público do Estado para esta pesquisa.

A Sra. Terezinha Fontes que nos abriu as portas do Gabinete de Estudos Prof. Henrique da Silva Fontes cedendo documentos para esta pesquisa.

Ao meu filho Flávio Lobo Heldwein pelas contribuições no estudo da história do saber médico.

Ao doutorando Sérgio Vidal Garcia Oliveira pela inestimável ajuda no sumário.

Às Arquitetas Fátima Althoff e Simone Harger pelas informações e material cedidos do Acervo da FCC, e a todos os que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho.

RESUMO

Esta é uma pesquisa documental com auxílio de bibliografia e que apresenta uma abordagem histórico-social. O objetivo desta é de historicizar as modificações físicas feitas no Hospital de Caridade de Florianópolis em decorrência da evolução do saber médico e de suas relações de poder com o Governo no período compreendido entre a segunda metade do século XIX e primeira metade do século XX. Para contextualizar o objeto deste trabalho, levantamos a história do hospital e do saber médico buscando o embasamento para apresentar alguns fatos históricos sobre o nosocômio, especialmente os que se referem ao tipo de atendimento prestado. Para nós o hospital foi e é criado para atender os sofredores buscando, sempre que possível, o seu restabelecimento. O levantamento demonstrou que o hospital é um reflexo da sociedade em que está inserido e que o saber médico aplicado em cada estabelecimento assistencial de saúde em qualquer ponto do mundo pesquisado era o que esta sociedade podia oferecer. As condições de higiene e saúde sempre foram resultantes da cultura de seu povo. O estudo em foco mostra que, passadas as três primeiras décadas da segunda metade do século XIX, (de maior penúria da Província), as condições de seu Hospital de Caridade melhoraram e, pouco a pouco, foram se atualizando com o saber médico, na medida das possibilidades que a comunidade Desterrense lhe oferecia. Outro ponto importante que se destaca foi o de quando as Ordens Religiosas de Caridade atuaram no HC, este apresentou consideráveis melhoras em todos os seus aspectos. Os micropoderes, a disciplina e os cuidados com os pacientes foram exercidos e elevaram o número de recuperados física e moralmente pela forma humana, caridosa e competente com que foram tratados.

PALAVRAS CHAVE: História, hospital, saber médico, caridade, saúde, arquitetura.

ABSTRACT

This is a documental research carried out with the help of the available bibliography presenting a historical-social approach. Its objective is to historize the structural changes performed in the Charity Hospital of Florianopolis due to the evolution of the medical knowledge and its power relations with the Government from the late XIX century to the early XX century. To contextualize the objective of this work the hospital and the medical knowledge history were surveyed in order to set a base to present some historical facts about the nosocomial institution, especially the ones that refer to the service offered to the patients. For us the hospital was been and still is created to assist sufferers looking for recovery. The survey has shown that the hospital is a reflection of the society in which it is inserted and that the medical knowledge practiced in one particular health assistance establishment in any part of the world is the one that each society could offer in its time and place. The hygiene and health conditions have been always resultant from the culture of a specific people. The focused study shows that in the three first decades of the late XIX century, (the time of severest penury in the Province), the conditions of the Charity Hospital have improved little by little while being developed along with the medical knowledge and with the possibilities that the Desterrense community could offer. Another important issue that is highlighted is the period when the Charity Religious Orders worked in the Charity Hospital; what has presented remarkable improvements in all aspects. The micropower relations, the discipline and the care with the patients were exerted and an increase was noticed in the number of people physically and morally recovered in a human way, charitable and competent as they were treated.

Key-words: History, hospital, medical knowledge, charity, health, architecture.

SUMÁRIO

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
SUMÁRIO	VIII
LISTA DE FIGURAS E SIGLÁRIO	IX
GLOSSÁRIO	X
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I	
1 A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	16
1.1 A EDIFICAÇÃO TEÓRICA DO ARGUMENTO	16
1.2 O CAMINHO METODOLÓGICO	18
1.2.1 A documentação como Método de estudo	22
1.2.2 A Pesquisa Documental	24
1.3 O CENÁRIO DO ESTUDO	27
1.4 A COLETA DE DADOS	27
1.5 AS FONTES PESQUISADAS	29
CAPÍTULO II	
2 A EVOLUÇÃO DO HOSPITAL	31
2.1 A HISTÓRIA DO HOSPITAL ATÉ A RENASCENÇA	31
2.2 PRINCIPAIS EVENTOS na Evolução do HOSPITAL a partir da RENASCENÇA ...	47
2.3 FOUCAULT E O NASCIMENTO DO HOSPITAL E DA CLÍNICA	54
2.4 O HOSPITAL ANTIGO ERA SÓ UM LUGAR PARA MORRER?.....	66
CAPÍTULO III	
3 A EVOLUÇÃO DO SABER MÉDICO	80
3.1 O IMPACTO DO NOVOSABER MÉDICO NA ORGANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS HOSPITALARES	97
CAPÍTULO IV	
4 O HOSPITAL DE CARIDADE DE FLORIANÓPOLIS	105
4.1 O OBJETO HISTÓRICO	105
4.2 A IRMANDADE SENHOR JESUS DOS PASSOS E O SEU HOSPITAL	110
4.3 A PRÁTICA DA SAÚDE PÚBLICA PELO GOVERNO PROVINCIAL NA SEGUNDA METADE DO SÉC. XIX	115
4.4 A CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL DE CARIDADE DO DESTERRO	130
4.5 AS MODIFICAÇÕES DO HOSPITAL DE CARIDADE	134
4.6 PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FÍSICAS DOCUMENTADAS do HC de 1850-1950 .	139
CAPÍTULO V	
5 CONCLUSÕES	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
BIBLIOGRAFIA	160
APÊNDICES A1.....	170
A2 Tabela das descobertas de organismos patogênicos e de artrópodes vetores	179
ANEXOS - FOTOGRAFIAS, PLANTAS E DESENHOS	180

LISTA DE FIGURAS

1 Fotografia da maquete da Terma de Badenweiler de outubro de 2003.....	37
2 Fotografia da Terma de Baden na Áustria de 1994	38
3 Gravura do século XIX da Terma de Caracala em Roma	39
4 Planta esquemática do Hospital do Cairo construído em 1284	44
5 Fotografia do Hospital dos Inocentes de Florença	46
6 Planta esquemática do Hospital Maior de Milão construído em 1456	48
7 Quadro de H.Robert da Ponte de Notre Dame durante a demolição das casas	61
8 Fotografia do Portal do Hospício de São Fernando de Madrid	70
9 Fotografia de parte da fachada do Hospital Maior de Milão	75
10 Planta baixa de uma enfermaria “Nightingale” do S. Thomaz Hospital	99
11 Perspectiva aérea do projeto ideal de Tony Garnier de 1904	103
12 Aquarela de Debret da Vila do Desterro	105
13 Fotografia de pintura a óleo de Eduardo Dias com vários aspectos do HC	111
14 Fotografia do Hospital de Caridade da década de 1860	135
15 Fotografia do Casarão de 1987	141
16 Fotografia da vista aérea do Hospital de Caridade de 1984	146

SIGLÁRIO

ABNT = Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA = Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APE = Arquivo Público do Estado de Santa Catarina

DEOH = Departamento de Edificações e Obras Hidráulicas

FCC = Fundação Catarinense de Cultura

HC = Hospital de Caridade de Florianópolis

HU = Hospital Universitário da UFSC

IPUF = Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis

ISJP = Irmandade Senhor Jesus dos Passos

Mesa = Direção da Irmandade Senhor Jesus dos Passos

SES = Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

UFSC = Universidade Federal de Santa Catarina

Rs = réis (antiga moeda brasileira).

GLOSSÁRIO

Alcance: “Diferença para menos que, em um ajuste de contas, se acha entre os valores por que alguém é responsável e os entrega”. No século XIX era o termo corriqueiro e sutil utilizado para a dívida pública que o Governo tinha com terceiros.

Cenóbio: Mosteiro, abadia.

Diatermia: Método que utiliza as correntes elétricas de alta frequência para desenvolver os efeitos térmicos no interior dos tecidos.

Gafaria: hospital para leprosos.

Isabelino: este vocábulo se refere a Isabel I (1553-1603), que foi rainha da Inglaterra de 1558 a 1603, ou a sua era, que compreende também o reinado de Jaime I (1603-1625), ou ainda, a escritor desta época.

Lazareto: Hospital de doenças infecto-contagiosas.

Miasma: emanção exalada de matérias pútridas. Nome que antigamente se dava a um princípio desconhecido que se pensava ser a causa das doenças epidêmicas. Conceito do século XIX: “emanações, exalações que se desprendem do enfermo em forma de fluido gasoso, aeriforme ou imaterial”. “Miasmas estão contidos no ar e pelo ar se transmitem e o meio nosocomial está sobrecarregado de miasmas”.

Orago: Santo da invocação que dá o nome a um templo ou freguesia; oráculo.

Peiados: os impedidos; os obstaculizados; aqueles que não podem se locomover.

Salvarsan: Nome dado por Paul Erlich ao composto arsenical (arsenobenzol ou arsfenammina) por ele descoberto, com propriedades terapêuticas contra o treponema da sífilis.

Sofrivelmente: no século XIX também tinha o significado de razoavelmente.

INTRODUÇÃO

Por trás da história desordenada dos governos, das guerras e da fome, desenham-se histórias, quase imóveis ao olhar – histórias com um suave declive: história dos caminhos marítimos, história do trigo ou das minas de ouro, história da seca e da irrigação, história da rotação das culturas, história do equilíbrio obtido pela espécie humana entre a fome e a proliferação.

(FOUCAULT, 2002:3).

Pode-se avaliar a cultura de um povo pelo volume de sua história e o conceito que sua população tem da mesma.

Àqueles que se debruçam sobre o patrimônio histórico, artístico e cultural de Santa Catarina surge, em destaque, o Hospital de Caridade de Florianópolis. Não porque foi o primeiro na Província, mas por ser o que até hoje ainda persiste e, também, a referência na medicina curativa em Santa Catarina por muitos anos, oferecendo serviços à comunidade, apesar das inúmeras alterações sofridas na sua trajetória e que, por certo, outras acontecerão, bem como pelo acervo que representa na nossa história.

A história de Santa Catarina é rica e variada, todavia desconhecida da imensa maioria de seus habitantes, mais ainda dos brasileiros. A nesciência é ainda maior no que se refere à história da arquitetura e menor à da saúde do nosso Estado. Necessitamos de fatos históricos para fazer a história e esta é feita pela ação esclarecedora do historiador.

Muitas das nossas obras arquitetônicas ou mesmo construções mais antigas têm sido demolidas no decorrer dos anos para que seus sítios possam receber “modernas” edificações, (leia-se “espigões”, cuja maioria é mera construção), descaracterizando as nossas cidades, seja por concepções errôneas de planos diretores que protegem o capital em detrimento da qualidade de vida, seja pela

ganância de certos empreendedores. Os que assim o fizeram o foram mais por desconhecimento das inúmeras implicações que tais ações atingem. Todavia, um país pobre como o nosso, não pode se dar o luxo de demolir o que já tem quando, ainda, uma multidão não tem sequer um teto descente para se proteger. Com os recursos desperdiçados no demolir e no indenizar, se poderiam fazer obras novas, sem o “*crime*” de destruir o que é bom ou o que serve, com preocupações ecológicas corretas e com resultados certamente melhores para todos. A falta de visão e o egoísmo impedem que os empresários se unam para extrair dos seus investimentos a obra bela, a que beneficia a todos. O Brasil é um país generoso e tem muitas terras para abrigar sua população com dignidade, preciso é planejar com uma perspectiva que abarque os diversos aspectos que um plano deve ter em seu bojo. Os países mais desenvolvidos nos mostram o valor que concedem aos seus monumentos arquitetônicos, restaurando-os, reforçando-os, mantendo-os habitáveis, adaptando-os internamente, conservados e limpos e o resultado que disso obtêm.

A vocação natural da nossa cidade-ilha é a do turismo e a importância que as obras arquitetônicas têm para essa indústria “limpa” é incontestável. Contudo não é apenas da paisagem privilegiada que temos e de sua preservação que devemos cuidar. Infelizmente a nossa querida Desterro sofreu danos irreparáveis ao longo de sua trajetória na perda de muitas obras arquitetônicas, várias de valor histórico, outras tantas de inegável valor artístico. Alguns bravos colegas e administradores, vinculados à FCC, à nossa Municipalidade, às nossas Universidades ou outras organizações, lutam com afinco na preservação do que ainda existe, mas, infelizmente muitas batalhas foram perdidas, aqui fica nosso modesto preito de gratidão e louvor a todos os que fazem e permanecem nessa luta.

Nosso interesse pela Arquitetura Hospitalar surgiu na graduação em Arquitetura e, ao longo da vida profissional, estudamos, buscamos e praticamos este tema com afinco, pela sua ressonância social, complexidade e importância na urbe.

Como a literatura do assunto é diminuta, esperamos que esse estudo possa fornecer subsídios a quem se dedica ao mesmo.

Este trabalho tenta resgatar alguns aspectos da história da saúde do povo catarinense ligados ao Hospital de Caridade de Florianópolis. Pretendemos apresentar as principais causas das transformações ou alterações físicas, estruturais, população, cuidados e outras produzidas no Nosocômio ao longo da segunda metade do século XIX e primeira metade do século XX, comparadas com as mudanças ocorridas no saber médico. Para isso lançamos um capítulo que envolve a história do hospital, pois o conhecimento é resultante do que até então se sabia, e assim sucessivamente. O capítulo seguinte aborda, da mesma forma do que o anterior, agora a história do saber médico e, o posterior, analisa o próprio HC. Para nós o contexto abrange toda a evolução e, dessa forma, podemos ter a perspectiva desta mesma evolução e o situacional em cada época. A pesquisa documental se atém ao Hospital de Caridade de Florianópolis, nela procuramos verificar os programas construtivos e as necessidades que tinham os seus dirigentes para oferecer os melhores serviços aos enfermos sem recursos da nossa cidade, aos forasteiros e aos das regiões vizinhas em cada época, e que tipo de missão seus patrocinadores desenvolviam para que se justificassem tais necessidades. Na passagem do século XIX para o XX inicia-se uma nova etapa no HC, criando-se um novo paciente ou cliente, aquele que pode pagar pela sua estadia. Esta marcante alteração é fruto do novo saber médico, agora com base científica.

Inventário completo foi procedido na documentação existente no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina pertinente ao Hospital de Caridade e a sua Irmandade. Outros acervos também foram consultados e estudados e se encontram arrolados no sub-capítulo 1.4 Coleta de Dados. Levantamentos históricos, gráficos e fotográficos das diversas edificações foram procedidos. Tais inventários permitiram elaborar uma reconstituição aproximada de cada prédio no período abrangido por este trabalho, a fim de que o cotejo das características pudesse ser feito.

O recorte cronológico executado justifica-se pelos eventos mais significativos do período escolhido. Entre os anos de 1845 a 1855 se constrói o novo edifício hospitalar, já que o primeiro era frágil e arruinou-se com o passar dos evos. A década de 1940 marca importantes ampliações no Hospital de Caridade, a partir daí, necessariamente, as modificações ocorridas implicam em outro estudo, diferenciado deste, uma vez que as tecnologias e a contextualização são muito dessemelhantes.

Para as conclusões a respeito das características de cada edificação foi necessária a análise comparativo-formal de seus componentes, do programa construtivo e do saber médico de cada época.

Os estabelecimentos assistenciais de saúde são edificações nas quais acontecem atividades próprias às suas características, assim como em outros prédios ocorrem atividades do tipo para as quais foram projetadas. Algumas construções são abertas a qualquer um, outras são mais restritas, conforme a ação que nelas se desenvolve. O Hospital em certos locais é aberto ao público, em outros é restrito e em diversos graus, de acordo com a segurança que se preconiza para aquele ambiente de atendimento ao paciente. Outras edificações, como as casas, têm suas restrições de acesso, assim como teatros, conventos, prisões e demais prédios, cada um com suas características. Portanto, toda instituição tende para certo grau de fechamento. Pesquisamos também saber em que intensidade o Hospital de Caridade de Florianópolis serviu como instituição que atendia aos pobres para “segregá-los” da comunidade de Santa Catarina, abordando os aspectos sociais que pudessem representar isolamento ou convivência indesejável, fruto de preconceitos porventura existentes nas diversas épocas atingidas pelo estudo.

O edifício do estabelecimento assistencial de saúde atual e medicalizado é um dos mais complexos entre os temas que a sociedade apresenta, resultado das

necessidades que se lhe agregam em consequência de novos saberes e novas tecnologias criadas. Estes prédios acolhem pessoas que estão passando por momentos de fortes emoções, seja pelo nascimento, seja pela doença, seja pela dor, seja pela qualidade de vida ou, ainda, pelo falecimento do corpo.

O projeto dessa pesquisa teve como objetivo geral o de caracterizar as grandes transformações ocorridas na área física do HC, no período recortado. Os objetivos específicos de identificar as mudanças ocorridas na história do saber médico e de verificar se as modificações físicas foram em virtude da transformação do hospital de uma instituição de atendimento aos pobres para outra de assistência a todos, foram acrescidos de um outro resultante da bibliografia foucaultiana analisada. A afirmação de Foucault de que o hospital era um morredouro não encaixava com o que já tínhamos de conhecimento da sua história, por isso buscamos em outros autores a corroboração ou não de tal assertiva. O resultado deste trabalho mostra que todos os objetivos colimados foram atingidos.

No entanto, nossa principal atenção foi dada às construções, demolições e ampliações que ocorreram na área física do Hospital de Caridade de Florianópolis, ao longo do período analisado em decorrência da evolução do saber médico.

A finalidade da presente pesquisa é buscar na história um instrumento para melhor compreender os limites e as dificuldades que, no período assinalado, influenciaram o Hospital de Caridade tomando como ponto de partida as transformações sofridas pelo hospital. A pergunta de pesquisa é: o que determinou as modificações ocorridas no Hospital de Caridade nas diferentes épocas e até que ponto estas estiveram vinculadas com as mudanças no saber médico?

CAPÍTULO I

1. A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

1.1 A EDIFICAÇÃO TEÓRICA DO ARGUMENTO

Nada do que jamais aconteceu pode ser dado por perdido para a História. Certamente, só à humanidade redimida cabe o passado em sua plenitude. Isso quer dizer: só a humanidade redimida pode citar cada um dos momentos do seu passado. Cada um dos momentos torna-se uma citação na ordem do dia – dia que é, justamente, o do juízo final.

WALTER BENJAMIN

Bachelard identifica três períodos do pensamento científico: o primeiro atinge a Antiguidade até o século XVIII e é chamado de **estado pré-científico**. O segundo vai do final do século XVIII até o início de século XX e o denominou de **estado científico**. O terceiro começa em 1905 com a Relatividade de Einstein e representa o **novo estado científico**. Afirma Gaston Bachelard (2001:10) “*que todo saber científico deve ser reconstruído a cada momento*”.

Assegura ainda Bachelard (2001:14) “*que o epistemólogo – que nisso difere do historiador – deve destacar, entre todos os conhecimentos de uma época, as idéias fecundas. Para ele, a idéia deve ter mais que uma prova de existência, deve ter um destino espiritual*”.

O espírito científico é essencialmente uma retificação do saber, um alargamento dos quadros do conhecimento. Julga o seu passado histórico, condenando-o. A sua estrutura é a consciência dos seus erros históricos. Cientificamente, considera-se o verdadeiro como retificação histórica de um longo erro, considera-se a experiência como retificação de uma ilusão comum e inicial. Toda a vida intelectual da ciência se joga dialeticamente nesta diferencial do conhecimento, na fronteira do desconhecido. A própria essência da reflexão é compreender o que não se tinha compreendido.

(BACHELARD, 1971:125).

A verdade é também uma forma de poder. Para Paul Veyne “é mais importante ter idéias do que conhecer a verdade”, pois a verdade absoluta só Deus a tem.

O grande livro do Homem-máquina foi escrito simultaneamente em dois registros: no anátomo-metafísico, cujas páginas haviam sido escritas por Descartes e que os médicos, os filósofos continuaram; o outro, técnico-político, constituído por um conjunto de regulamentos militares, escolares, hospitalares e por processos empíricos e refletidos para controlar ou dirigir as operações do corpo.

FOUCAULT (2000b:117-118).

Foucault não aceita a abordagem dualista da cultura, pois cultura não é apenas um conhecimento regulamentado, é também o princípio próprio de todas as atividades coletivas; preocupa-se mais em encontrar padrões dentro da cultura do que justificações baseadas na estrutura social. Mas, quando aborda o conhecimento e o poder, isso se altera radicalmente. Ele coloca ainda as positivities como início de ciências futuras.

No fundo da prática científica existe um discurso que diz: “nem tudo é verdadeiro; mas em todo o lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente a espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar”.

(FOUCAULT, 2000a:113).

A Humanidade sempre se apoiou em conhecimentos pré-existentes, incipientes ou não. Apesar de alguns cientistas de ponta terem previsto há alguns lustros os limites do conhecimento humano, baseados no que já sabiam e, principalmente, no paradigma mecanicista, novos paradigmas serão revelados e aceitos pelo mundo científico e estes alavancarão a ciência de uma forma ainda não concebida porque tal é a lei natural. Para Guglielmo Marconi a ciência não tem limites. A ciência de hoje certamente não será a de amanhã. Uma vez que o conhecimento é ilimitado teremos, no futuro, um saber muito mais aperfeiçoado, não só do conhecimento propriamente dito, mas também, do que realmente aconteceu no passado, já que teremos outras fontes fidedignas além das atuais que sequer são ventiladas ou imaginadas nos meios científicos.

1.2 O CAMINHO METODOLÓGICO

O mundo tornou-se novamente "infinito" para nós: na medida em que não podemos rejeitar a possibilidade de que ele encerre infinitas interpretações.

FREDRICH NIETZCHE (2002:278).

Neste trabalho, a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do pesquisador.

Na opinião de Minayo (2002:16), metodologia é "*o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade*".

Desvelar as diferentes etapas relacionadas às mudanças físicas e assistenciais ocorridas no período compreendido entre 1850 e 1950 é objeto deste estudo, e é um fenômeno a ser compreendido por meio de uma metodologia histórica utilizando a pesquisa documental, entendida como aquela capaz de incorporar a reunião e a seleção criteriosa da documentação sobre a instituição hospitalar. Empregou-se ainda a pesquisa bibliográfica que permitiu conhecer a história do Hospital de Caridade de Florianópolis, diante das transformações tecnológicas e institucionais na área da assistência hospitalar em Santa Catarina, além da história do saber médico e do hospital.

O argumento, em sua estrutura lógica, precisa de uma base teórica que trafegue no crescimento do saber, pelos conceitos essenciais da cultura, pela ideologia e pela constituição e uso do texto.

A natureza dessa pesquisa induziu à adoção de uma postura eclética do ponto de vista teórico e metodológico, uma vez que pressupõe um enfoque histórico.

A história é, ao mesmo tempo, ciência do passado e ciência do presente, é a forma pela qual o historiador atua na sua época, na sua sociedade, e deve ajudar a explicar seu presente.

A escolha do tema “*Causas das modificações arquitetônicas do Hospital de Caridade de Florianópolis (1850-1950)*”, considera as prioridades sociais do momento atual.

A história é, em essência, conhecimento por meio de documentos. Na opinião de Veyne (1998:18), a história é um romance real, uma narrativa de eventos. Já que é uma narrativa, ela não revive tais eventos. O que os historiadores denominam de evento é apreendido de uma maneira indireta e lateralmente, por documentos ou testemunhos, ou seja, por indícios. A história seleciona, simplifica, organiza.

Para Vieira et al (2002:29) “*a história deve ser pensada no duplo sentido do termo: como experiência humana e como sua própria narração, interpretação e projeção*”.

A preservação dos registros é um trabalho feito pelo historiador ao colocar as novas formas de registro, e como preservá-los, indexá-los, referenciá-los, divulgá-los para democratização desses mesmos registros; o que vem preocupando parte dos historiadores, especialmente aqueles que vêm realizando pesquisas junto a arquivos e centros de documentação.

O saber histórico se repõe como teoria e, como tal, novamente será questionado.

A pesquisa histórica mantém com a teoria da história uma relação de fecunda tensão: por um lado, toma-a como direcionadora do seu olhar, por outro, nega-a, para sustentar que o vivido é sempre novo e alheio a toda teoria. A teoria também mantém com a pesquisa uma relação igualmente fecunda e tensa: quer se impor sobre a documentação e sistematizar a experiência vivida, mas aceita a pluralidade de perspectivas possíveis e considera necessária e desejável a resistência do vivido às suas orientações. Dessa resistência depende a sua renovação, a criação de novas interpretações. Não há pesquisa histórica empírica sem o apoio implícito ou explícito da teoria e a teoria é estéril sem a pesquisa histórica.

(REIS, 2003:7).

Não é possível desvincular a discussão teórica dos apoios documentais. Pode-se priorizar uma discussão teórica ou os apoios documentais.

No decorrer da pesquisa buscamos a discussão teórica e os apoios documentais para uma melhor compreensão de todo o processo de mudanças ocorridas no decorrer dos tempos no Hospital de Caridade.

Nas palavras de Gil:

a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa, enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto.

(GIL, 1995:73).

Portanto, situa-se na natureza das fontes o diferencial: a pesquisa documental recorre às fontes primárias enquanto a pesquisa bibliográfica se fundamenta nas fontes secundárias.

Mann (1975:66) apresenta a distinção essencial, quando trata da natureza das fontes primárias e secundárias, a partir da *“ocasião em que os documentos foram escritos”*. Para o referido autor os dados primários e secundários podem ser classificados como contemporâneos e retrospectivos.

Os dados escritos primários contemporâneos são aqueles compilados na ocasião pelo autor, enquanto os dados primários retrospectivos são compilados após o acontecimento pelo ator.

O universo da pesquisa documental é formado de três variáveis: fontes escritas ou não; fontes primárias, contemporâneas ou retrospectivas.

O que caracteriza a fonte primária é a proximidade da fonte com o acontecimento, a relação mais próxima entre as pessoas e o registro. (GONSALVES, 2001:32-33).

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias, abrange a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo. Caracteriza-se pela identificação e análise dos dados escritos em livros, artigos de revistas, dentre outros. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com o que já se produziu a respeito do seu tema de pesquisa.

Os dados secundários transcritos de fontes primárias contemporâneas são estudos que recorrem a documentos originais, estudos históricos, pesquisa usando a correspondência de outras pessoas, relatórios e outros documentos. Os dados secundários retrospectivos são transcritos por fontes primárias retrospectivas, pesquisa que se reporta a diários, autobiografias, relatos.

A pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.

As questões: “institucional organizacional”, (que salienta a eficácia e a eficiência) e, “institucional política”, (que investiga o poder endógena e exogenamente na instituição), são estudadas neste trabalho em decorrência dos documentos encontrados e pesquisados sobre o Hospital de Caridade e, sobretudo, do referencial foucaultiano em que nos embasamos.

Se a Saúde pode ser analisada da perspectiva das Ciências Sociais, seus problemas são pensados alternadamente de formas variadas por diferentes grupos sociais em um determinado instante ou ao longo de sua história. É óbvio que as ciências sociais são históricas porque são sociais. A forma como são meditados os problemas, se alteram no tempo, de conformidade com as mudanças resultantes do progresso gradativo da Humanidade e, nesse caso, no saber médico. Todavia, a questão social é, acima de tudo, uma questão moral, e esta só será resolvida quando o indivíduo como célula única da sociedade se moralizar.

1.2.1 A Documentação como Método de Estudo

Todo grande homem exerce uma força retroativa: toda a história é novamente posta na balança por causa dele, e milhares de segredos do passado abandonam seus esconderijos – rumo ao sol dele. Não há como ver o que ainda se tornará história. Talvez o passado esteja ainda essencialmente por descobrir! Tantas forças retroativas são ainda necessárias!

FRIEDRICH NIETZSCHE (2002:81).

A renúncia à segurança do previsível é que autoriza o pensamento atingir a liberdade.

A história mudou seu posicionamento sobre o documento. Agora ela tem “como sua tarefa primordial, não interpretá-lo, não determinar se diz a verdade nem qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações”. Portanto, o documento já não é mais uma “matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela busca definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações”. (FOUCAULT, 2002:7).

Para Foucault (2002:8), a história “é o trabalho e a utilização de uma materialidade documental (...) que apresenta sempre e em toda a parte, em qualquer sociedade, formas de permanências, quer espontâneas, quer organizadas. O documento não é o feliz instrumento de uma história que seria em si mesma, e de pleno direito, *memória*; a história é, para uma sociedade, uma certa maneira de dar *status* e elaboração à massa documental de que ela não se separa”.

Foucault afirma ainda que a história tradicional «se dispunha a “memorizar” os *monumentos* do passado, transformá-los em *documentos* e fazer falarem estes

rastros que, por si mesmos, raramente são verbais, ou que dizem em silêncio coisa diversa do que falam; em nossos dias, a história é o que transforma os *documentos* em *monumentos* e que desdobra, onde se decifravam rastros deixados pelo homem, onde se tentava reconhecer em profundidade o que tinham sido, uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjuntos». Para Foucault, a arqueologia antes se voltava para a história como disciplina que era dos monumentos mudos, agora, fazendo quase um trocadilho, a história “se volta para a arqueologia – para a descrição intrínseca do monumento”. FOUCAULT (2002:8).

“O saber constitui-se pela capacidade de reflexão no interior de determinada área do conhecimento. A reflexão exige o domínio de uma série de informações”. Essa informação só se pode adquirir através da documentação realizada criteriosamente, na opinião de SEVERINO (2000:36).

Podemos conceituar documentação como:

a ciência que trata da organização, do manuseio de informações. Consiste na coleta, classificação, seleção, difusão e na utilização de toda espécie de informação, compreendendo não só as suas técnicas de estocagem, conservação e de classificação, mas também suas técnicas de uso e os métodos que facilitam a sua busca e a sua identificação. É toda informação sistemática, comunicada de forma oral, escrita, visual ou gestual, fixada em um suporte material, como fonte durável de comunicação.

(CHIZZOTTI, 1991:109).

A noção de documento corresponde a uma informação organizada sistematicamente, comunicada de diferentes maneiras (oral, escrita, visual ou gestual) e registrada em material como fonte durável de comunicação.

O documento é “qualquer informação sob a forma de textos, imagens, sons, sinais etc., contida em um suporte material (papel, madeira, tecido, pedra), fixados por técnicas especiais como impressão, gravação, pintura, incrustação etc. Quaisquer informações orais (diálogo, exposições, aula, reportagens faladas) tornam-se documentos quando transcritas em suporte material”.

(CHIZZOTTI, 1991:109).

Obras de vários autores foram consultadas buscando o embasamento teórico que deu sustentação ao estudo realizado.

O Hospital de Caridade, enquanto fenômeno histórico e social tem sido comentado por diversos autores catarinenses, destacando-se as obras de CABRAL (1942 e 1979), o hospital e sua ocupação no decorrer dos séculos XVIII e XIX, sua administração, sua capacidade em termos de leitos, a clientela e a assistência aos doentes; FONTES (1965) relata os obstáculos à obra do hospital, a inauguração do hospital, sua manutenção nos seus primeiros anos, entre outros aspectos; PEREIRA (1997) recolocou a disposição dos amantes da história um conjunto de relatos e obras literárias, organizadas e coligidas em dois volumes baseados na obra de Fontes e outros autores e que sintetizou os duzentos e dez anos de sua existência; SAINT-HILAIRE (1978) que descreveu sucintamente o primeiro edifício hospitalar do Hospital de Caridade e VÁRZEA (1900) que apresenta uma contextualização histórica do Hospital de Caridade e cita a data de 1º de janeiro de 1789, como início do recolhimento dos doentes das casas particulares em que eram atendidos.

1.2.2 A Pesquisa Documental

O tempo histórico é a irreversibilidade dos acontecimentos sociais.

AGNES HELLER (2000:3).

Ao construir a história como conhecimento e também como vivência restauramos a ação dos diversos agentes que nela atuaram e, assim, buscamos compreender por que o processo seguiu tal direção e não outra.

No final do século XIX, a história ganhou o “status” de ciência e, nessa época, o documento escrito era o principal registro do historiador, especialmente o oficial. Tal documento avocava-se em prova histórica e a objetividade assegurava-se pela fidelidade dada ao mesmo. A garantia da objetividade era a super valorização do documento escrito, o que eliminava a intencionalidade contida na ação pesquisada e

assim foi sendo montada. O vocábulo documento já era usado pelos romanos com o significado de prova jurídica, mantido este até hoje, mas apropriado pelos positivistas para significar agora prova científica e não mais jurídica. Ora sabemos como os documentos oficiais são elaborados, principalmente os que envolvem estatísticas, os quais exageram no que for louvável nos atos dos governos e minimizados quando não lhes favorecem. Por isso o pesquisador deve estar atento para o verdadeiro sentido que o documento apresenta, também é preciso ter uma visão da totalidade dos eventos, o que implica ainda na retrospectiva de toda a evolução humana. Este novo olhar difere daquele em que o bom historiador era o que se mantinha fiel aos textos. Muita vez sequer era verificada a tradução, quase sempre imperfeita, ou então, modificada intencionalmente por interesses do poder. Para melhor ilustrar essa assertiva é apropriado verificar o que Goethe escreveu sobre tradução, o que, segundo ele, perde sempre a concepção original de seu autor. Nas traduções da poesia então a complexidade é muito maior, perdem-se rimas, ritmo, graça, sonorização, marcação etc., como se pode verificar nos versos seguintes:

JUGENDSCHRIFTEN

*Meiner Weisheit A und O
Klang mir hier: was hört' ich doch!
Jetzt klingt mir's nicht mehr so,
Nur das ew'ge Ah! Und Oh!
Meiner Jugend hör ich noch.*

OBRAS DA JUVENTUDE

*O Alfa e o ômega da minha sabedoria
Deixaram aqui seus ecos: mas o que ouço?
Agora já não soam da mesma forma,
Escuto somente os perenes Ah! e Oh!
Da minha juventude.*

(NIETZCHE, 2002:34-35).

Outra questão é da tradicional modificação do sentido das palavras no decorrer dos tempos. Por exemplo o vocábulo grego “daïmon”, que no tempo de Sócrates significava espírito, foi por conveniência dos que exerciam o poder nos séculos posteriores, alterado para demônio com outra conotação, agora de coisa ruim, tenebrosa, que a ignorância levou ao fanatismo, às aflições, à dor, ao terror. Assim, inúmeros outros termos sofreram mudança de sentido ao longo dos tempos, acontecendo isto no mesmo país, até na mesma cidade, fenômeno que se constata hoje nas gírias de grupos de pessoas que convivem numa mesma sociedade,

principalmente entre jovens ou em classes profissionais diferentes. Na Academia a linguagem é protocolar, apesar dos jovens, desde 1968, buscarem uma forma mais vulgar de se expressarem. Entretanto, é necessário que se fale e se escreva escorreitamente para ser bem interpretado, até mesmo para os pósteros que, com certos termos alterados em seus sentidos pelo passar dos epos, possam saber que naquele tempo era o significado que tais palavras tinham. Na nossa pesquisa encontramos em diversos documentos do Século XIX o vocábulo *alcance* com um significado distinto do que hoje se aceita.

Não se trata de colocar tudo num certo plano, que seria o do acontecimento, mas de considerar que existe todo um escalonamento de tipos de acontecimentos diferentes que não têm o mesmo alcance, a mesma amplitude cronológica, nem a mesma capacidade de produzir efeitos.

(FOUCAULT, 2000:5).

Na história atual toda a experiência humana já é levada em conta. Entretanto,

pensar a história como toda a experiência humana entendida sempre como experiência de classe que é de luta, e valorizar a natureza política dessa luta, significa considerar então que a história real é construída por homens reais, vivendo relações de dominação e subordinação em todas as dimensões do social, daí resultando processos de dominação e resistência.

(VIEIRA, et al, 2000:17).

A pesquisa documental se caracteriza por se restringir a documentos (como definiu Chizzotti acima), os quais se constituem nas fontes primárias desse estudo. Este tipo de pesquisa emprega materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da mesma.

As fontes secundárias são fornecidas pela pesquisa bibliográfica, que “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. (GIL, 1988:48).

Esta é uma pesquisa documental complementada pela bibliografia.

1.3 O CENÁRIO DO ESTUDO

O histórico reúne tudo o que, de fato ou de direito, cedo ou tarde, direta ou indiretamente, pode se dar ao olhar.

FOUCAULT (2001:4).

A pesquisa foi realizada no município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, antigo povoado de Nossa Senhora do Desterro, fundada por volta de 1675 pelo bandeirante Francisco Dias Velho, o qual somente em 1823 foi elevado à categoria de cidade e, a partir de 1894, passou a se chamar Florianópolis, por imposição do Governo tirânico do Marechal Floriano Peixoto.

No município se encontram localizados o Arquivo Público do Estado, o Acervo da Irmandade Senhor Jesus dos Passos, o Hospital de Caridade, a Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina e o Acervo da FCC – Fundação Catarinense de Cultura, locais onde se concentram a maior parte dos documentos sobre o objeto deste estudo.

1.4 A COLETA DE DADOS

A fase de coleta de dados foi a mais longa do processo de pesquisa. Três problemas são considerados fundamentais para o historiador, na opinião de Cardoso (1994:97), a localização dos acervos documentais; a dispersão e a perda de tempo e o controle permanente e total sobre os materiais acumulados.

Para atingir nosso objetivo buscamos documentos estocados em centros de documentação, bibliotecas, arquivos e acervos públicos e privados, os quais nos proporcionaram uma visão histórica e uma leitura histórico-social do nosso mais antigo estabelecimento assistencial de saúde ainda em funcionamento.

O processo de pesquisa propriamente dita durou aproximadamente oito meses, sendo que, no mínimo, quatro deles no Arquivo Público do Estado.

No decorrer deste período foram realizadas consultas, em vários locais escolhidos como o recinto da Biblioteca da UFSC, na Fundação Catarinense de Cultura e, principalmente, no Arquivo Público do Estado; optamos também pelo empréstimo domiciliar de livros e relatórios, mediante algumas condições estipuladas pela direção destas instituições. Algumas consultas na Internet também foram realizadas.

Durante esse período selecionamos documentos, considerados “*dados de primeira mão*”, que não receberam nenhum tratamento analítico, relatórios da Irmandade do Senhor dos Passos e da Presidência da Província, tabelas estatísticas, fotografias, quadros, plantas, desenhos, atas, balancetes que se encontravam em catalogação, por solicitação da Irmandade do Senhor dos Passos e que foram restaurados no mesmo APE. Transcrevemos parte dos conteúdos considerados importantes e finalmente os organizamos para serem analisados numa perspectiva histórica contextual, ou seja, aquela que emerge do sentido de um elemento histórico, colocando-o em relação com diversos elementos do contexto, que podem ser muito diferentes entre si. (TURATO, 2003:440). Fomos em busca de outros dados que foram obtidos por meio do contato pessoal os quais revelaram diferentes olhares sobre o Hospital de Caridade. É importante ressaltar que as fontes secundárias não diminuem a sua relevância. Outros dados considerados secundários também foram consultados como dissertações, jornais e teses.

As fontes quer sejam primárias, quer sejam secundárias, remetem obrigatoriamente para o olhar, elas sempre carregam consigo a marca, a interpretação de um sujeito que é o seu produtor. (GONSALVES, 2001:34).

Nos locais elegidos para a pesquisa encontramos um número significativo de documentos sobre a instituição em estudo. Consideramos como principal local de pesquisa o Arquivo Público de Santa Catarina - APE.

Os demais acervos pesquisados foram:

? Acervo da Irmandade Senhor Jesus dos Passos.

? Acervo do Gabinete de Estudos Henrique da Silva Fontes.

? Acervo do Serviço de Patrimônio Histórico, Artístico e Natural do Município de Florianópolis, Unidade do IPUF.

? Acervo da FCC – Fundação Catarinense de Cultura do Estado de SC.

? Mapoteca do DEOH – Departamento de Edificações e Obras Hidráulicas- SC

? Mapoteca da SES – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

1.5 AS FONTES PESQUISADAS

Várias foram as fontes que buscamos para atingir nosso objetivo, suficientes para nos proporcionar uma perspectiva histórica do nosso mais antigo estabelecimento assistencial de saúde em funcionamento, o Hospital de Caridade de Desterro, sob uma leitura histórico-social.

A principal fonte fornecedora de dados para este trabalho foi a dos inúmeros documentos que se encontravam e os que se encontram no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina. Em nossos quatro meses de pesquisa e transcrições caligrafadas neste APE tivemos a fortuna de achar Documentos, Quadros, Fotografias, Plantas, Desenhos, Atas e Balancetes que se encontravam em catalogação, por solicitação da Irmandade Senhor Jesus dos Passos e que foram restauradas no mesmo APE. O acesso a tais documentos teve o consentimento do

Senhor Provedor e, por gentileza especial, da responsável pela restauração, além de outras informações e documentos neste APE levantadas.

Outros documentos oficiais do Governo do Estado foram consultados e registrados. Os acervos disponíveis na FCC e no IPUF são basicamente cópias dos documentos da Irmandade, além dos produzidos pelos mesmos.

A bibliografia existente sobre o Hospital de Caridade foi uma fonte secundária desta pesquisa e a bibliografia arrolada sobre o saber médico, bem como, as anotações de aula, complementaram o trabalho.

A partir de uma análise crítica dos dados pesquisados expomos os sucessivos acréscimos e alterações havidas no objeto elegido. A busca de significados para o Hospital e sua correspondência no seio da comunidade Catarinense também é objeto dessa investigação. O levantamento de dados dos atendimentos prestados pela Instituição em determinado período mostra as diferentes tendências que a sociedade Desterrense lhe exigiu, como dinâmica permanente na promoção da saúde, ou seja, o seu modelo político-assistencial.

A técnica utilizada neste trabalho para a análise e o tratamento dos dados levantados é a histórica contextual. Esta técnica consiste na emersão do significado de um elemento histórico (acontecimento, texto, objeto etc.), posicionando-o em relação com vários elementos contextuais, que podem ser muito dessemelhantes entre si. (TURATO, 2003:440).

CAPÍTULO II

2 A EVOLUÇÃO DO HOSPITAL

Quem nada conhece, nada ama. Quem nada pode fazer, nada compreende. Quem nada compreende, nada vale. Mas quem compreende também ama, observa, vê... Quanto mais conhecimento houver numa coisa, tanto maior o amor... Aquele que imagina que todos os frutos amadurecem ao mesmo tempo, como as cerejas, nada sabe a respeito das uvas.

Paracelso

Para compreendermos plenamente todo o contexto do nosso tema: a história do Hospital e a do Saber Médico e, para bem fundamentar o estudo, do Hospital de Caridade, apresentamos antes alguns aspectos históricos importantes do papel desempenhado pelo hospital desde a antiguidade, especialmente do denominado mundo ocidental.

2.1 A HISTÓRIA DO HOSPITAL ATÉ A RENASCENÇA

Geralmente em ciências sociais, quando expomos a origem do que se quer dar a conhecer conseguimos explicar com maior facilidade o conceito que queremos demonstrar. Os fenômenos sociais apresentam-se carregados de história e somente são percebidos quando munidos desta história. A história é parte da filosofia, sendo esta uma busca para a obtenção de uma ampla perspectiva da vida e da realidade. A filosofia nos proporciona uma melhor compreensão da vida e assim, presume-se, nos fará melhores. Segundo Durant (2002:11), no mínimo, podemos alcançar esta visão da vida por dois modos, um estudando a ciência em seus vários enfoques da realidade externa, o outro é o de estudar a história, a qual, segundo Nietzsche, tornou-se a carcereira da filosofia.

Como os fenômenos sociais, em sua maioria, se modificam muito rapidamente, exercer a perspectiva histórica atenta é necessário para aferir se um determinado fenômeno ocorrido anos ou séculos antes é o mesmo que se está estudando ou, talvez, sejam dois fatos diferentes em virtude da transformação ocasionada pelo tempo. Quando surgiram os primeiros hospitais? Estes teriam a vocação para a cura ou seriam apenas depósitos de enfermos? Seria o lugar onde se colocavam os moribundos ou o de segregar aqueles que poderiam prejudicar os outros?

Muitas questões podem ser colocadas sem termos uma resposta segura da verdade como, por exemplo, quando surgiram as cidades? A partir delas se pode projetar o nascimento do primeiro hospital? A ciência diz que provavelmente a primeira cidade foi Jericó, (cerca de dez milênios atrás), mas, como aceitar isto se esta mesma ciência nos mostra partes de muralhas ou fortificações na Bolívia com vinte e cinco milênios de idade e com uma tecnologia ainda desconhecida? A mesma “gaia” ciência nos diz que o homem chegou às Américas há treze milênios, e antes disso? Quem construiu tais muralhas? E a Pangea? Para nós tudo isso se assemelha à estória “adâmica”. O mundo científico muito tem ainda para estudar e compreender e muito longe está da verdade.

O homem atual, isto é, o *homo sapiens sapiens*, surge na Terra em torno de quarenta milênios. A descoberta do fogo, as pinturas ruprestes, a construção de cabanas ou palafitas e o uso de objetos de pedra lascada mostram que Jericó ou outras urbes históricas, não foram as primeiras aglomerações humanas.

Todavia, o homem é por natureza um ser gregário, um ser social, em conseqüência surgem as primeiras cidades, fruto das grandes transformações sociais, econômicas, políticas, culturais e tecnológicas. As cidades surgiam de aglomerações humanas que se estabeleciam em terreno escolhido rapidamente, com a edificação das cabanas em um mesmo dia, como em acampamentos militares, posteriormente faziam-se as muralhas e se organizava a vida em sociedade ao longo do tempo. A

criação de uma cidade era um ato religioso. Com raras exceções, as cidades antigas eram, comparadas com as atuais, apenas aldeias, já que não poderiam suportar maiores concentrações humanas por ausência de tecnologia para a sua infra-estrutura. Curiosamente, apenas no Egito é que encontramos cidades da antiguidade sem muralhas.

Notícias históricas de Israel, em torno do ano de 70 d.C., nos falam que havia, em seu território, uma população de dois milhões de israelitas quando Tito mandou matar mais de seiscentos mil rebeldes em toda a Palestina. Em 132 d.C., ocasião em que os judeus se rebelaram outra vez contra Roma, os romanos mataram mais de quinhentos mil, destruindo mais de novecentas aldeias. Isto nos mostra um país com uma área pequena, densamente povoado, apenas com uma grande cidade para a época, a capital Jerusalém, com cerca de cem mil habitantes. Este país apresentava uma densidade populacional superior à dos atuais países da América do Sul. A população estava assentada com a distribuição que o terreno permitia, tendo em vista as condicionantes da época, uma vez que parte da Palestina era então um jardim verdejante. Na antiguidade clássica os povoados ficavam, em áreas que assim o permitiam, muito próximos entre si, geralmente junto a reservatórios naturais ou cursos d'água. Em todo o entorno do Mediterrâneo já existia na época uma acentuada densidade demográfica. Entretanto, não há registros de hospitais na Judéia de dois milênios atrás, apenas das famosas Termas de Herodes. Provavelmente outras Termas romanas existiram na Palestina.

Pode-se conjecturar que a origem dos hospitais se encontra na antiguidade clássica. No Egito antigo evidências materiais ou instrumentais demonstram a preocupação que havia com a saúde do homem, incluindo a saúde bucal e, esta, significava a dor, cujo temor permanece atavicamente até hoje. O sofrimento sempre foi um instrumento que impulsionou o homem para o conhecimento, para o estudo e o alívio do mesmo. Moisés, iniciado que fora no hermetismo da corte faraônica como um dos seus príncipes, lançou normas para prevenção de doenças, promovendo a saúde coletiva de seu povo com todo o conhecimento que então detinha. Mas será preciso

praticar um imenso exercício reducionista para comparar os hospitais da atualidade com os templos à Esculápio ou qualquer outro estabelecimento em que se acolhiam ou tratavam os enfermos nos tempos antigos.

Na Grécia antiga e depois em Roma existiam corpos regulares de médicos-sacerdotes que serviam nos templos de Asclépio ou Esculápio. Nesses estabelecimentos procediam “curas” fantásticas com métodos “sobrenaturais”, como indução a sonhos por sugestão, encantamentos, jejuns, dietas e medicamentos de efeitos drásticos. Os abastados pagavam vultuosas quantias por esses “serviços”. Mas haviam também os “valetudinários” que atendiam os pobres e escravos, além dos hospitais militares para os soldados.

Ainda na Grécia, segundo José Leopoldo Ferreira Antunes (1991:17), Asclépio é um mortal, hábil na arte da cura, na época da guerra de Tróia, (1190 a 1180 a.C.), que mais tarde é transformado em Deus da Medicina. Seu culto começa a partir da Tessália, durante o século VI a.C., expandindo-se por toda a Grécia. O templo grego de maior porte em sua honra era o *Asklepieion* de Epidauro na Argólia construído cerca de 460 a.C. “*Em 170 d.C., o senador romano Antônio fez construir dois edifícios anexos ao templo; um refúgio para moribundos e uma maternidade*”. Ferreira Antunes (1991:21). Estudiosos apontaram que tais construções cristalizaram o primeiro hospital regular da Europa. Entrementes, há registros na Itália do ano 121 d.C. de uma “vila” que foi adaptada e transformada pela sua proprietária para um hospital, no local denominado Villa Adriana, próximo a Tivoli. Este nosocômio foi inspirado na “Casa do Caminho”, primeira instituição de assistência social criada pelos Apóstolos de Jesus em Jerusalém, também chamada de primeira “comuna” da história.

Saliente-se que a sociedade helênica clássica tinha para si, como uma obrigação individual e coletiva, a hospitalidade para com os estrangeiros, com os atenienses dando atenção especial para os tebanos. Rosen (1994:38) descreve a atuação dos médicos na Grécia antiga. Em torno de 600 a.C., algumas cidades nomeiam médicos, estes recebiam da urbe algum estipêndio, mesmo quando não

havia o que fazer, os facultativos também atendiam os necessitados. “*Durante o período helenístico, essa prática era comum em toda a região dominada pela cultura grega*”. Lucas, o Evangelista, também atuava na costa do Mediterrâneo desde o Egito até a Grécia, servindo-se daquele como via de acesso e, como médico, atendia a todos, ele que fora facultativo de Tibério e era formado pela “Universidade” de Alexandria no primeiro século da nossa era.

Outrossim, Platão (1994:117-118) escreve que Sócrates pergunta à Glauco – “*Mas se em uma cidade reinam a licenciosidade e as doenças, tardará que aí se abram tribunais e hospitais?*” Na página seguinte fala na transformação de Heródico de “*mestre do ginásio em valetudinário*”, o que confirma que estes estabelecimentos já existiam no seu tempo. Resta saber que tipo de instituições eram e quais as suas funções. Platão (1994:119) salienta também as enormes diferenças no cuidado médico dado aos escravos e aos homens livres.

Ainda do autor Ferreira Antunes (1991:35), destacamos o *Valetudinarium* de Windisch (Vindonissa) na Suíça, base militar romana, edificado no século I d.C., impressionante obra da arquitetura romana, com disposição dos espaços ou ambientes e suas ligações que superam a muitos dos nossos hospitais de hoje. Estes estabelecimentos tinham como missão precípua curar os feridos em batalha para que pudessem retornar ao “front” no menor tempo possível. Situados estrategicamente ao longo da fronteira do seu Império, foram posicionados em distâncias aproximadamente iguais a fim de bem atender seus feridos no menor deslocamento possível.

No Império Romano aparecem duas formas importantes de arquitetura sanitária, além dos Templos à Esculápio importados da Grécia, os *Valetudinarium* (já referidos no parágrafo precedente) e as *Termas* cujas ruínas de ambos ainda hoje são encontradas em diversos pontos do antigo Império. Os *Valetudinarium* dispunham geralmente de uma planta quadrada, com uma circulação interna apreciável e com a parte superior destinada ao *Valetudinarium* para acolhida dos soldados, com as

oficinas ao lado e, na parte inferior, o chamado *Veterinarium* para o cuidado com os animais. Note-se que ainda hoje, nos países de clima frio ou temperado, como a Suíça e a Alemanha, (regiões onde se encontram muitas das ruínas em referência), as casas rurais têm a si agregados os estábulos e outras construções por uma questão de segurança e conforto no inverno. Destacamos ainda o *Valetudinarium* de Novaesium, que possuía, para a época, um refinado sistema de esgoto. Quanto as *Termas*, edifícios de grande valor na civilização romana, disseminados por todo Império, ressaltamos as de Badenweiler em Baden Württemberg, estado do sul da Alemanha, construídas em torno dos anos 70 d.C, no “cesariado” de Vespasiano, que ainda hoje permanecem em atividade, com as ruínas ainda em bom estado, preservadas com cobertura e técnicas adequadas e que rendem como meio terapêutico e lazer, assim como atração turística. Estas Termas atendiam às pessoas com problemas de articulações, reumatismos, vias respiratórias e outros, como até o presente continuam em pleno funcionamento, mas agora com instalações modernas e mais complexas. O que impressiona é o cuidado que se tinha na época com a qualidade da água usada nos banhos, desde a sua coleta nas fontes até a sua destinação final, com cada piscina provida de banheiras e vestiários para que seus banhistas se lavassem antes de nelas mergulharem. Os detalhes chegavam as sandálias de solado de madeira trabalhada para que os pés não escorregassem nem se contaminassem no pequeno trajeto entre as banheiras e as piscinas. A tubulação da água era de bronze, tanto para a quente como para a fria, com conexões engendradas por quem detinha, para aquele tempo, uma impressionante tecnologia. Ainda hoje, em diversas ruínas de Termas Romanas, encontram-se muitos vestígios do culto à Asclépio e à sua filha Higéia ou Higiene. A seguir uma fotografia de uma maquete que reconstitui volumetricamente a Terma de Badenweiler, e que está na exposição criada sobre as ruínas da mesma.

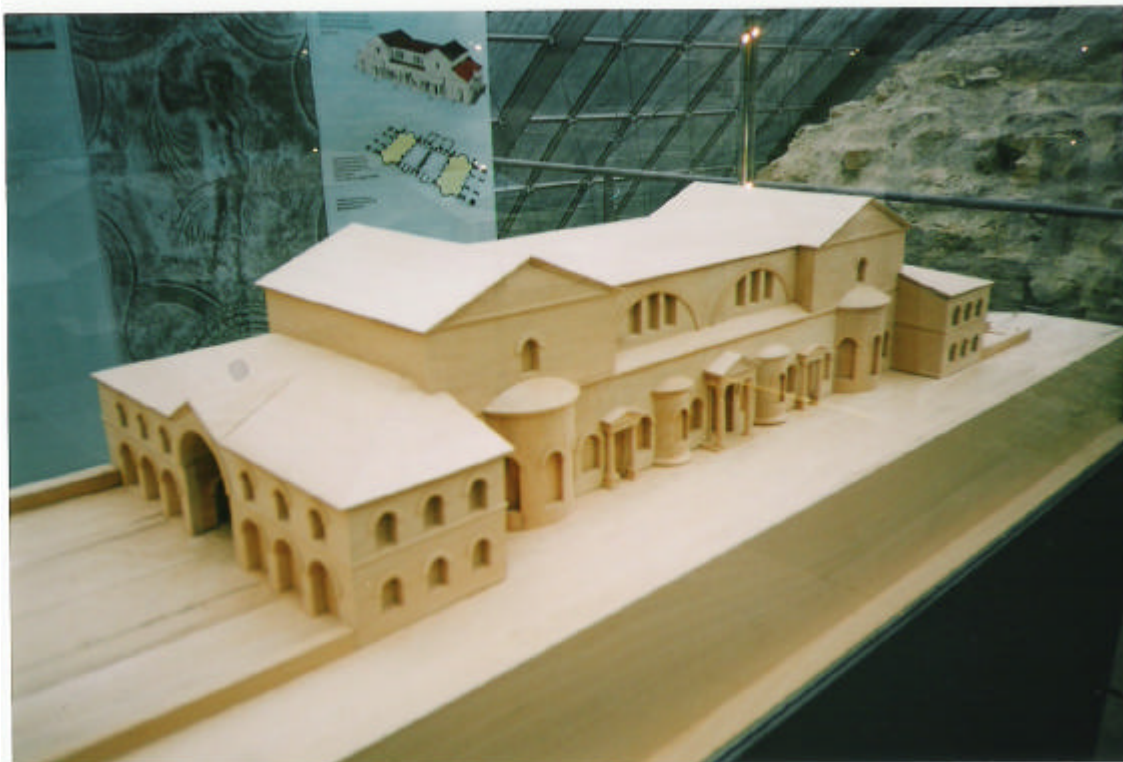


Figura 1 - Foto da maquete da Terma de Badenweiler, vendo-se ao fundo a direita parte das ruínas da mesma, em seguida parte da cobertura abobadada em aço e vidro que protege toda a ruína. Ainda atrás da maquete há um painel ilustrativo que mostra a planta esquemática e uma perspectiva isométrica da Terma. Foto de 28/09/2003.

Por um édito do Imperador Constantino, datado de 335 d.C., que havia tornado o cristianismo a religião oficial do Império Romano, foram fechados os *Asklepieia*, oportunizando uma "caça às bruxas", com os "cristãos" invadindo e amaldiçoando os recantos sagrados dos templos que homenageavam a Asclépio, alegando paganismo de seus praticantes. Estes estabelecimentos foram rapidamente trocados por hospitais ditos "cristãos".

Apenas em Roma, no ano de 354 d.C., existiam 952 termas públicas, muitas delas gigantescos complexos que continham bibliotecas, restaurantes, lojas, museus, salões para música, auditórios, ginásios e jardins cobertos. Eram verdadeiros centros culturais onde se praticava o "mens sana in corpore sano". O banho era um ritual diário para o romano e servia como exercício e relaxamento. "Os romanos passavam tanto tempo imersos na água, que havia até uma sala especial onde criados lhes passavam

óleo para evitar o ressecamento da pele”. (Strickland, 2003:25). Algumas termas abrigavam milhares de pessoas, com grandes piscinas, cada uma com águas em diferentes temperaturas e situadas em terrenos de até cinquenta acres, ou mais de duzentos mil metros quadrados.

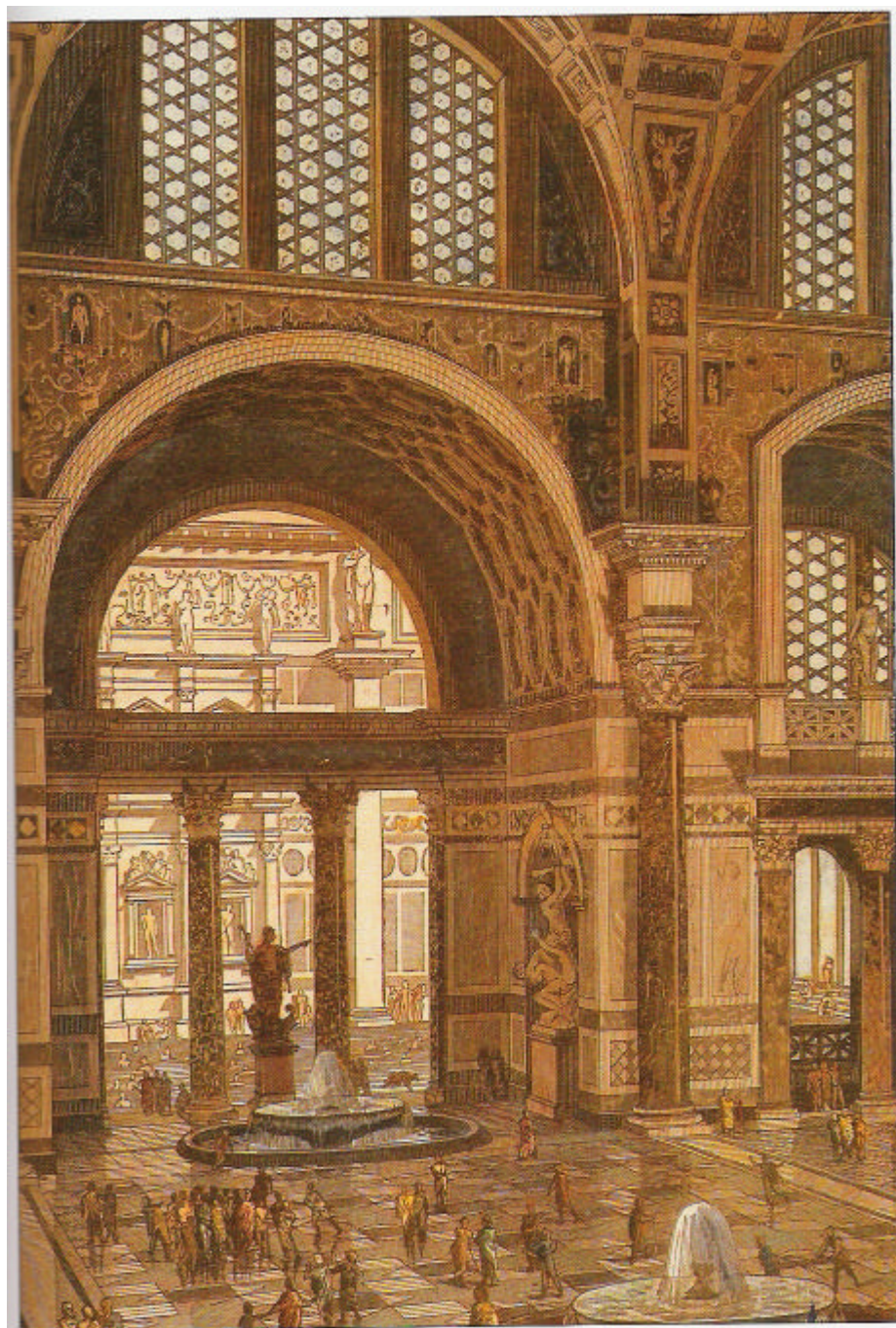


Figura 2 - Foto de 16/10/1994 de uma bela escultura que representa a Deusa grega da saúde Hygieia, na Terma que leva seu nome em Baden, Áustria. Ao fundo vê-se parte do Balneário atual.

Para Herbal Pina Ribeiro (1993), o Hospital existia na Grécia de Asclépio, bem como na Roma Antiga, onde seu nome foi latinizado para Esculápio, hoje sinônimo de médico ou cirurgião. A expressão “Grécia de Asclépio” aqui é entendida quando se constroem os templos ao seu culto, cerca de oito séculos após sua existência na Terra, ou a partir do século V a. C.

Segundo Rosen (1980), o Código Justiniano, nome do Imperador Romano de 527 a 565 d.C., regulamentou os estabelecimentos asilares então existentes dando nome aos mesmos como segue: *Orphanotrophia* eram asilos para órfãos;

Brephotrophia eram asilos para crianças rejeitadas pelos pais; *Ptocotrophia* para os pobres e desamparados; *Gerontodochia* assistia idosos; *Lobotrophia* atendia inválidos, leprosos e os enfermos que não tinham mais esperança de cura; *Xenodochia* eram albergues para forasteiros, estes asilos mais tarde receberam o nome de *Hospitium* e se equivaliam aos *Pandochaeion* da Grécia; e ainda os *Nosocomia* que recebiam todos os enfermos e eram os que mais se pareciam com os hospitais atuais.



Fonte: Strickland (2003:25).

Figura 3 - Gravura do século XIX das Termas de Caracala em Roma, construídas em 216 d.C.

Como não temos informações verdadeiras, seguras ou completas, não podemos apontar para uma origem única do hospital. A palavra hospital foi traduzida do termo grego “*Nosokhomeion*” para o latim. As pessoas piedosas patrocinavam e cuidavam de enfermos, velhos, crianças e peregrinos. Todas estas edificações chamadas por hospitais, seja *Asklepieia*, *Valetudinarium* ou *Nosocomia*, não podem

ser comparadas com os atuais nosocômios no que se refere a internação de pacientes, sem falar nas demais funções que detém o edifício hospitalar hodierno.

O famoso Concílio de Nicéia de 325 d.C., entre outras coisas, recomendava que: *“cada vila reserve um local separado para o abrigo dos viajantes enfermos ou pobres, chamado ‘Xenodochium’, para assistir a quem quer que dele necessite”*. As primeiras instituições desta época são os hospitais de Roma, Óstia, Edessa e Cesárea. O “Xenodochium” de Óstia foi erguido no século IV d.C., para atendimento aos desvalidos. Tinha a planta quadrada dos *Valetudinarium*, com um atrium central cercado por três “enfermarias” ou ambientes para tratamento, ligadas por uma circulação interna em “U” que unia os diversos elementos do edifício o qual desembocava na basílica de forma clássica. Esta disposição dos elementos espaciais determina para os próximos quinze séculos o que deve conter o Hospital, a integração do espaço religioso ou espiritual com o do tratamento físico, é a adoção do modelo pagão para o modelo dito cristão.

Quando o cristianismo se tornou a religião oficial romana, sua difusão provocou grande ímpeto na construção de hospitais e outros assemelhados para beneficiar os viajantes, os deserdados e os enfermos. Este é um dos feitos mais destacados da Idade Média, já que nesta época exerceu-se um clericalismo nefasto ao progresso científico e humano em decorrência da ignorância promovida para se manter o poder intencionalmente, a qual leva sempre ao fanatismo. Os piedosos fundadores destas instituições, movidos por simples bondade ou para cobrir seus “pecados” e salvar suas almas, quando não edificavam um hospital, criavam legados para a manutenção destes. O sistema de voluntários, sob o qual se regem muitos dos nossos atuais nosocômios, é ainda conseqüência do irresistível apelo, para muitos, da caridade da mensagem cristã. A passagem da Antiguidade para a Idade Média não atingiu a natural evolução dos estabelecimentos hospitalares.

Desde 524, quando São Bento de Núrsia criou o Mosteiro de Monte Cassino, durante toda a Baixa Idade Média, a Ordem Beneditina por ele fundada disseminou

estes cenóbios pelas estradas da época, fossem vias de peregrinação, fossem vias comerciais. Apesar disso, poucas eram as estalagens ou abrigos para os viajantes ou peregrinos em toda Europa até a Renascença, levando em consideração o único meio de transporte que dispunham: seus próprios pés. – Já no século XVI Martinho Lutero, quando foi à Roma com seus acompanhantes, encontrou dificuldades para encontrar abrigos ao longo da sua extensa jornada a pé –. Nos conventos recebiam-se os forasteiros, cansados, feridos ou doentes, que ali encontravam acolhida promovida pelo sentimento do dever cristão da hospitalidade. Os Beneditinos estudaram e desenvolveram a medicina da Antiguidade, bem como a fitoterapia para melhor atenderem seus hóspedes. Dessa maneira, em cada mosteiro foram construídos um “Nosocomium” ou “Xenodochium” anexos e, quando a abadia era menor, no mínimo havia um “receptaculum” para acolher os transeuntes. Em boa parte dos mosteiros haviam plantações de ervas ditas medicinais.

O hospital surgiu da necessidade de cuidar de pessoas enfermas, aos “Xenodochia” cabia essa atribuição. A maioria dos mosteiros da Idade Média criou um departamento anexo ao qual chamaram de “infirmarium”, (enfermaria). O termo grego *Xenodochium* significa receber estrangeiro, ou albergue estrangeiro (Xenus = estrangeiro, dokhe = albergue e dexomai = receber). O vocábulo Hospital surgiu de uma resolução do Concílio de Aachen, ocorrido em 816 d.C. A decisão desse Concílio impunha aos bispos em suas dioceses e aos abades em seus mosteiros, a existência de “Hospitalis pauperum”, para atendimento aos desprovidos, provocando assim a obrigatoriedade da caridade pela Igreja feita através de seus clérigos. Esta noção de obrigação em troca do “paraíso” foi tão forte que perdura ainda hoje.

Com o advento do Islamismo, o mundo árabe desenvolve, ainda na Baixa Idade Média, conhecimentos em diversas áreas que o ocidente não detinha, inclusive na Filosofia, pois tinha acesso a obras helênicas e romanas que o mundo ocidental já havia perdido. Uma destas ciências é a da área médica ou de assistência aos enfermos. A hospitalidade é herança dos povos nômades e inserida por Maomé no Corão, conceito semelhante ao cristão, dar abrigo aos peregrinos, viajantes e forasteiros, incluindo cuidar da saúde dos doentes. O Islã cresce vertiginosamente

graças ao fervor religioso e a uma armada verdadeiramente eficaz. Invade a Península Ibérica deixando marcas indeléveis de sua passagem, muitas ainda hoje testemunham sua grandeza, trazendo também sua ciência e sua cultura que, infelizmente, pelo ódio e pela ignorância, os ibéricos, depois da expulsão dos mouros, trataram de apagar com fanático fervor. Fato semelhante se repetiu mais tarde no Brasil quando da expulsão dos holandeses do nordeste. Coube a Espanha islamizada transmitir a cultura que os árabes adquiriram, seja da herança grega, seja a sua própria. Apesar de o dogmatismo islâmico ser tão forte quanto o cristão, os árabes tinham uma mente mais arejada, quer pelo trato com os muitos povos, quer pelos meios que conquistaram com suas ações expansionistas. Assim sendo, seguiram com maior desenvoltura para a liberdade filosófica. Suas fontes da filosofia grega eram muito mais completas das que o Ocidente dispunha e, dessa forma, vários monarcas europeus e o Arcebispo de Toledo encarregaram tradutores para trabalhar na versão das obras gregas e árabes que os mouros tinham para o latim. A partir do século XII, e por todo o século XIII, esse labor se acelera, impregnando a Europa com a filosofia clássica helênica e a interpretação moura da mesma.

O hospital muçulmano é chamado de *“Bimaristan”*, que vem de “bimar” = enfermo e “stan” = casa. Este edifício torna-se um complexo que engloba a Mesquita, o Hospital e a Escola. Dessa forma surge o local de ensino sob a supervisão de um médico responsável, o que só irá acontecer no edifício hospitalar europeu em meados do século XVII. O *“Bimaristan”* separa em pavilhões ou ambientes os enfermos por patologias, como o do Cairo, construído em 1283, que tinha seções distintas para os com afecções nos olhos, para os portadores de doenças febris, para os feridos, além da segregação de sexos e dos espaços destinados aos atos religiosos. Este hospital tinha um diretor, um corpo médico e outro de enfermagem. Supõem-se que, por influência bizantina, surgem espaços no *“Bimaristan”* para consultas externas. O papel do seu dispensário de medicamentos é muito importante, baseado em ervas medicinais cujo conhecimento remontava à antiguidade clássica. De monta é a preocupação que existe no *“Bimaristan”* para a correta distribuição de água e a boa ventilação dos seus ambientes. O Leprosário de Córdoba na Espanha é um dos

primeiros do ocidente. O *“Bimaristan”* também utiliza espaços isolados para atender doentes chamados “melancólicos” ou “agitados”, vocábulos reutilizados nos séculos XIX e XX nos asilos para doentes mentais.

Will Durant (2002:222) discorrendo sobre os muçulmanos da Idade Média escreveu: *“os homens amavam a vida, apesar de maldizê-la, e despendiam grandes somas para afastar a morte”*. Assevera Durant que seus médicos recomendavam muito o banho, principalmente em caso de febre e ainda o banho de vapor. Praticavam a anestesia por inalação em algumas cirurgias. Os médicos recebiam sua instrução nos hospitais, que eram também escolas.

A seguir apresentamos uma planta esquemática do Hospital do Cairo ou Bimaristan de Qalawun inaugurado em 1284, (já descrito acima), a qual nos dá uma idéia da complexidade destes edifícios, que continham a Mesquita, a Escola e o Hospital provido de Ambulatório. No caso de Qalawun, nome do seu fundador, o Complexo continha ainda a tumba do mesmo. A planta menor foi destacada para poder ser legendada e identificados os ambientes do Bimaristan. Este conjunto mantém as características dos seus anteriores, com destaque para a Mesquita, ao lado temos a Tumba, em seguida a escola de teologia e, ao fundo, o hospital. Os alienados recebiam tratamento carinhoso. O conjunto tem suas partes articuladas pelos pátios de distribuição e sua complexidade resulta das edificações existentes antes da construção do hospital. A capacidade de internação era de cem leitos, separados por sexo e por enfermidades. A água é o elemento integrador do espaço arquitetônico, muito presente na arquitetura árabe, além de favorecer a higiene, o conforto térmico e o tratamento psíquico de seus pacientes. Em todos os pátios internos existiam fontes artificiais. Os sanitários eram numerosos e atendiam também os locais de internação.

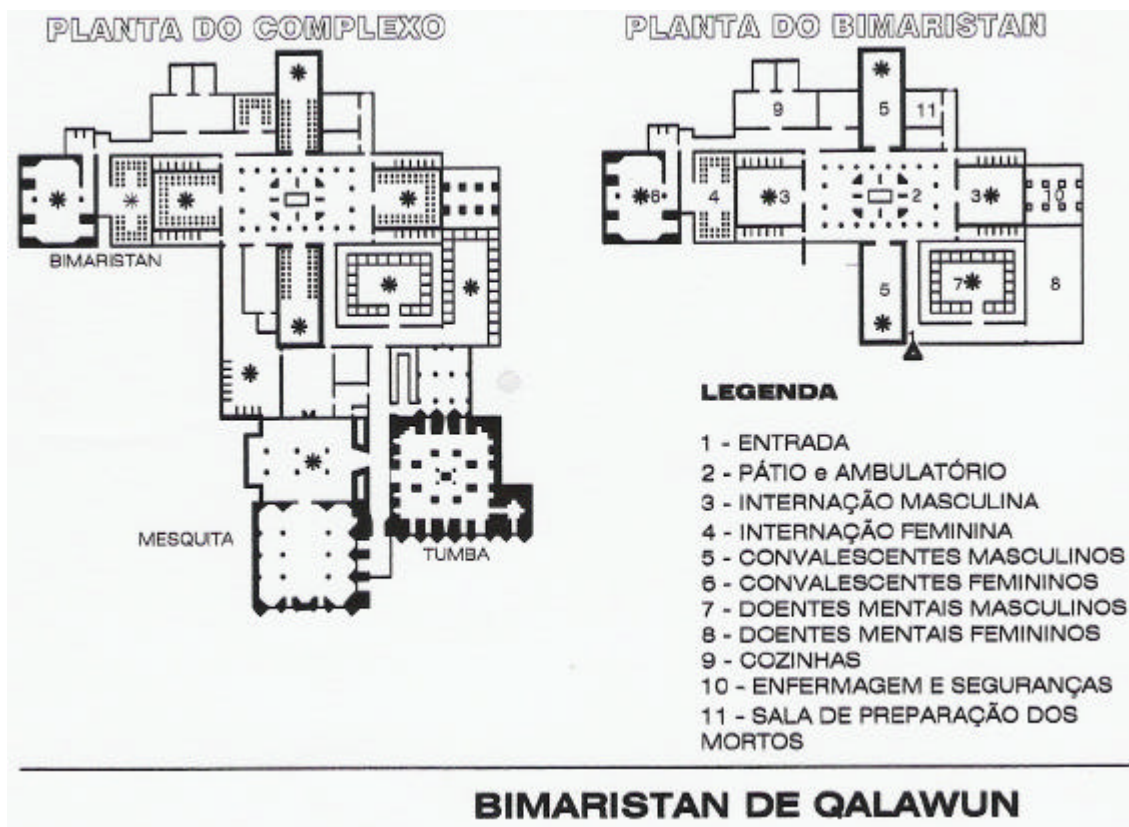


Figura 4 – Fonte: Miquelin (1992:38)

Em Portugal, Isabel de Aragão (1274-1336) funda as Santas Casas, que eram os hospitais para cuidar dos desprotegidos, viajantes enfermos e pobres. As primeiras foram de Coimbra, Santarém e Leiria.

Com a criação da primeira escola de educação regular médica em Salerno no século XI, são modificadas gradativamente as ações no cuidado com os pacientes. (Aqueles que pacientemente esperavam o desenrolar dos acontecimentos). Esta escola atraiu doentes e médicos de diversas origens, como gregos, judeus e árabes, estes últimos detinham um conhecimento diferenciado e superior ao do que o mundo ocidental então dispunha. A Escola de Salerno buscava capacitar seus alunos para o exercício profissional na assistência aos enfermos dos hospitais existentes. No século XIII a Escola de Salerno inicia a perda de sua importância, com o advento das universidades. Todavia, os profissionais formados nas “Universidades do Saber” procedem as suas práticas diretamente à população, sem a utilização dos hospitais clericais. A Igreja, através de seus Concílios de 1130 e 1139 e Ordens Papais

posteriores, vai paulatinamente retirando dos clérigos a sua atuação médica. No Concílio de Viena, em 1312, decide-se que a prática médica era tarefa exclusiva de leigos, cabendo aos sacerdotes apenas a assistência espiritual.

Na Alta Idade Média a criação de hospitais se incrementa com as cruzadas e com a fundação das ordens de cavaleiros, entre elas a dos Hospitalários. Os guerreiros feridos precisavam de cuidados e estavam longe de suas casas, assim sendo, estes nosocômios não foram criados para os pobres ou desvalidos. Já as cidades da Idade Média tardia, principalmente pelas suas guildas, inauguram hospitais e instituições de assistência médica e social. Rosen (1994:67). A partir do século XIII, o hospital começa a mudar de proprietário, passando das Ordens Religiosas para uma administração secular, principalmente para as municipalidades. Contudo algumas dessas Ordens continuam operando hospitais, inclusive em nosso Estado, com ênfase na área de enfermagem.

Uma rede de nosocômios se distribuía por toda a Europa no final do século XV. Entre os séculos XII e XV na Inglaterra mais de 750 hospitais foram criados, destes 216 eram para atendimento aos hansenianos. Na Europa continental algo semelhante também era concretizado. Obras de grande valor artístico e tecnológico como o Hospital dos Inocentes em Florença, Itália, do Arquiteto Filippo Brunelleschi, construída de 1419 a 1424, mostram a importância que tais instituições atingiam para os seus governantes, com investimentos feitos para a saúde do povo que deixam muitos governos da nossa era com “água na boca”. Para Rosen (1994:68) “a criação do hospital é uma das grandes façanhas sanitárias da Idade Média”. Estes hospitais também buscavam a cura de seus pacientes dentro das possibilidades que podiam oferecer.



Figura 5 - Foto do Hospital dos Inocentes de Florença, Itália, obra do Arquiteto Filippo Brunelleschi, construída de 1419 a 1424, percebe-se o generoso pé direito no térreo. O terceiro pavimento é construção posterior que deturpa o edifício original. Fonte: Arte nos Séculos - Vol. III.

Como foi dito acima, o Hospital clerical perde sua força a partir do século XIII, em decorrência da malversação de seus administradores clericais, ganância, egoísmo e, também, pela luta contra o poder civil. Com a administração das municipalidades o hospital geral recebe um novo aspecto, portador de sua própria configuração, esta nova formatação vai permitir que outras possam ser a ele agregadas no último quarto do século XVIII, renunciando o hospital moderno.

Nos grandes movimentos renovadores ou inovadores da sociedade, (na qual se sobressaem alguns), como na antiguidade grega e, em seguida, romana, na renascença e depois no final da idade moderna, sem citar a revolução tecnológica, existe um incremento geral das atividades intelectuais, econômicas, artísticas e sociais. Todavia, logo depois dos primeiros grandes avanços, apoiados por mentes que participam do processo, há uma espécie de “assimilação” dos que ainda não estão à altura daquele desenvolvimento e, então, parece que acontece um certo retrocesso. Esta dinâmica é natural, a fim de que a maior parte possível da humanidade também possa assimilar e usufruir deste progresso, que muitas vezes ocorre mais lentamente. Isto também acontece, (como não poderia deixar de ser), com

a Arquitetura. Muita vez os críticos não se apercebem da integralidade ou da importância de certo momento ou movimento e, daí, surgem críticas que não são as mais corretas, ou então, são vieses que deturpam o significado ou até os expoentes daquele movimento.

Voltando aos hospitais, geralmente os construídos até o século XVII eram estabelecimentos religiosos, (cristãos, muçulmanos ou outros), cujo objetivo principal era de asilar os pobres e os enfermos. Contudo, ainda na Idade Média, séculos XII e XIII, os cruzados estabeleceram ordens como os hospitalários que construíram vários hospitais e, além destes, muitas municipalidades iniciaram a construção de novos nosocômios, estas avocaram a si também muitos dos existentes que pertenciam a ordens religiosas e que eram mal administrados.

O período de 1300 a 1534 se mostra de grande progresso para a medicina. Segundo Durant (2002:429), *“os médicos receberam uma estimulante parcela da nova riqueza da Itália”*, o mesmo pode ser dito para a construção de novos hospitais, executados com requintes e qualidade nunca antes verificados.

2.2 PRINCIPAIS EVENTOS NA EVOLUÇÃO DO HOSPITAL A PARTIR DA RENASCENÇA

A ciência produz “verdades” às quais nos submetemos; a verdade é, sem dúvida, uma forma de poder.

(Vera Portocarrero, 1994:57).

No início do século XV os estabelecimentos hospitalares recebem dos poderosos (governantes e abastados) uma grande atenção e, em consequência, recursos de toda ordem, o que quase não se percebia na Idade Média. Todavia, este incremento é fundamentado no legado dos hospitais cristãos. Surgem na Itália grandes

artistas, os quais também têm como sustentação os trabalhos do exponencial mestre Giotto di Bondoni (1266-1337), arquiteto e pintor florentino, além de inúmeros outros mestres. Gradativamente as artes e o conhecimento humano atingem novos patamares até chegar a um Galileu Galilei, a um Leonardo da Vinci e ao grande Miguel Ângelo Buonarroti. Neste tempo, século XV, adota-se a planta em cruzeiro para o Hospital, influenciada pelas disposições cruciformes das basílicas e catedrais.

O primeiro hospital “em cruz” pode ser o Santa Maria Nuova de Florença, de 1419; feito sobre a base de antigo Hospital fundado por Folco Portinari. Neste Hospital, Da Vinci fez seus primeiros estudos anatômicos.

Leon Battista Alberti (1404-1472) um dos grandes teóricos da Arquitetura, da pintura e da escultura em todos os tempos, produz a obra “De re aedificatoria libri decem”: *Dez livros sobre a Arquitetura*, e estabelece os cânones para a construção do hospital “em cruz”. Este consistia em duas grandes enfermarias ou alas de internação que se cruzavam, formando quatro braços. Neste cruzamento situava-se a capela, tal posicionamento objetivava a que todos os enfermos pudessem assistir e participar dos ofícios religiosos.

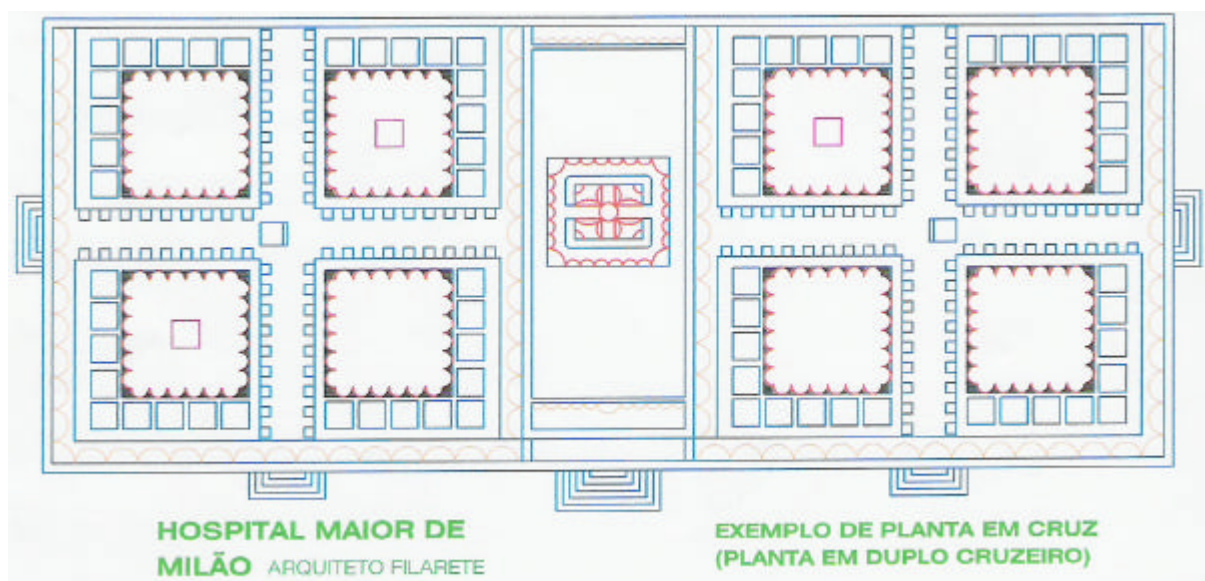


Figura 6 - PLANTA esquemática do HOSPITAL MAIOR de MILÃO - ARQUITETO “FILARETE” - 1456.
Fonte: Miquelin (1992:41).

O Hospital Maior de Milão, obra de Antonio Averulino (o Filarete) de 1456 é o principal exemplo de hospital “em cruz”, obra de referência da evolução do edifício hospitalar, pois contém os elementos básicos que os grandes hospitais ostentariam nos quatro séculos seguintes. Filarete criou três entradas frontais, com a principal dando para um átrio que divide espacialmente em dois o edifício apresentando, cada parte, a planta clássica em cruzeiro, com os pátios internos conduzindo para os ambientes de apoio, além de mais duas entradas laterais. As linhas curvas do desenho da página anterior representam as arcadas que servem de circulações e estruturam os diversos ambientes do edifício. Constata-se que o Hospital têm dois pavimentos nas plantas em cruzeiro e três na entrada principal, sobre o átrio. Salienta-se o cuidado com as questões de higiene e salubridade adotadas, tais como: cabines sanitárias junto aos leitos com sistema de cloacas para conduzir às fossas. Para cada par de leitos há uma escada de acesso aos banhos do subsolo. O sistema de esgoto é dotado de dispositivo de autolimpeza, o qual se serve da pressão e do volume das águas pluviais, também o sistema de elevação de água merece ser destacado. Ainda foram criadas áreas de serviço para lavagem de roupas sob os alojamentos. Esta engenhosidade significou formidável evolução sobre o sistema medieval de implantação do hospital sobre um rio ou curso d’água, o que originava umidade constante e, em conseqüência, insalubridade.

O Hospital Laennec de Paris, inaugurado em 1634 é outro exemplo “em cruz”, este com vários pavimentos. Durant (1961:534) afirma que nesse tempo “os hospitais estavam se multiplicando e o ensino médico começava a assumir forma mais rigorosa”.

Hayward (1993:41) discorre sobre o Hospital São Bartolomeu de Smithfield, Londres, fundado em 1123 e reconstruído entre 1730-1759. Já em 1549 este estabelecimento dispunha de três cirurgiões que visitavam diariamente os pacientes. Segundo o autor, grandes médicos e cirurgiões de seus tempos como Harvey, (o descritor da corrente sanguínea), Albernethy e Paget foram membros do corpo médico deste hospital, inclusive vários deles foram catedráticos da Escola Médica fundada em 1662 no mesmo. Este autor comenta ainda que outros hospitais ingleses possuíam em

seu bojo Escolas de Medicina; todavia, o excesso de pessoas que acorriam diariamente aos nosocômios impedia sobremaneira um melhor atendimento.

Passada esta fase de grandes exigências religiosas, com capelas nos locais mais privilegiados, que na verdade atrapalhavam excessivamente os serviços hospitalares, aparece o Royal Naval Hospital de Stonehouse, Plymouth, Inglaterra, que foi projetado por Rovehead e construído de 1756 a 1764 em forma pavilhonar. Seu projetista utilizou-se das técnicas de construção naval existentes para melhor planejar e construir sua obra. Sua planta distribui ordenadamente seus elementos, com divisões funcionais e uma circulação limpa e racional. Os princípios implantados neste nosocômio e que influenciaram os demais hospitais pelos dois séculos seguintes foram:

- 1º) redução do número de leitos; (o Hôtel Dieu de Paris até o século XVIII abrigava até 5.000 enfermos);
- 2º) separação dos doentes em grupos de vinte por enfermaria;
- 3º) forma pavilhonar que enseja melhores ventilação e iluminação naturais.

No início do século XVIII haviam poucos hospitais na Inglaterra, salvo Londres, que apresentava acomodações inadequadas. Os da Idade Média estavam em ruínas ou não mais existiam. Já em 1797, Londres tinha sete Hospitais, os quais ofereciam um total de 1970 leitos. Nas primeiras quatro décadas do século XIX criaram-se mais quatorze hospitais em Londres, em grande parte especializados. A partir da capital as demais grandes cidades da Grã-Bretanha também criaram os seus nosocômios.

Na Irlanda do século XIX, o seu Parlamento tinha autorizado os supremos tribunais de contas a defender a causa dos hospitais e dispensários, e lhes destinou recursos do tesouro.

A moderna Saúde Pública se originou na Inglaterra porque ela foi o primeiro país industrial moderno, que explorava a mão-de-obra barata, que provocava condições extremamente adversas ao homem e que resultava em expectativa de vida muito curta. Na Europa continental, a partir da Revolução Industrial, tudo isto se repetiu

e trinta anos era o horizonte de vida máxima dos trabalhadores. O principal problema social inglês no início do século XIX era a assistência aos pobres. A antiga Lei dos Pobres isabelina determinou à freguesia assistir o indigente. Em 1834 foi aprovado o revolucionário Ato de Emenda à Lei dos Pobres pelo Parlamento Inglês. Já na Prússia a situação era mais perigosa ainda, especialmente na região mineira da Turíngia, onde o trabalhador vivia em condições lamentáveis, a consequência foi a Revolução de 1848, sufocada com mão de ferro e, como sempre, sem nenhuma solidariedade.

Rosen (1994:121) assegura também que: *“Os hospitais e dispensários instituídos na Grã-Bretanha, durante o século XVIII e no começo do século XIX, tinham a intenção de promover a saúde e salvar vidas”*.

No início do século XIX as condições dos hospitais franceses já haviam alcançado grande progresso. Em 1830, Paris já possuía trinta hospitais que totalizavam uma oferta de vinte mil leitos. Nos países de língua alemã o incremento da construção de hospitais foi semelhante ao da França, apenas em menor escala.

Embora valiosos esses hospitais deixavam muito a desejar. A prática da enfermagem era primitiva, a higiene muitas vezes pobre, e as enfermarias, graças a conceitos de economia falsos, viviam apinhadas.

ROSEN (1994:121).

A partir de 1780 procurou-se mudar essa situação. John Howard (1726-1790), o reformador das prisões, também estudou o hospital e propôs vários melhoramentos. *“Account of the principal Lazzarettos in Europe”* é sua obra. Com os estudos de James Lind, o pioneiro da higiene naval, as instalações sanitárias e a ventilação se aperfeiçoaram e o nível de limpeza dos hospitais se elevou.

Os franceses estavam atrasados em relação aos ingleses em matéria hospitalar. Em 1793 a Convenção Nacional (Assembléia Constituinte francesa eleita por sufrágio universal, que governou a França de 21 de setembro de 1792 a 26 de

outubro de 1795), determinou que cada paciente tivesse seu próprio leito, com uma distância mínima de três pés entre eles, cerca de um metro ou mais exatamente: 99 cm. Rosen (1994:121). Este também é o atual afastamento mínimo exigido pelas normas da ANVISA no Brasil.

Nas Américas, os hospitais foram criados a partir do século XVI, quando os conquistadores espanhóis e portugueses fundaram instituições semelhantes às da Europa. O primeiro hospital dos Estados Unidos da América do Norte que foi construído é o de Filadélfia, mais de dois séculos após os primeiros construídos na América Latina, ou seja, foi implantado em 1751. O segundo foi o de Nova York em 1791.

Nessa época C. Tollet escreveu os livros: *“Les Hopitaux au XIX Siecle”* (Os hospitais do século XIX), e *“Les edifices hospitaliers depuis leur origine jusqu’a a nos jours”*. (Os edifícios hospitalares desde sua origem até os nossos dias).

O período compreendido entre a segunda metade do século XVIII e primeira do século XIX caracteriza-se como de intensos estudos e discussões sobre formas hospitalares, resultando no partido pavilhonar fundamentado na enfermaria aberta, a qual vai se tornar conhecida como enfermaria “Nightingale”. A Academia de Ciências de Paris constitui uma comissão formada por Tenon, Lavoisier, Laplace, Daubeton e outros para propor diretrizes de planejamento aos hospitais franceses e, em especial, ao Hôtel Dieu. Esta comissão recomenda as disposições do Royal Naval Hospital de Plymouth.

Os hospitais mais significativos que foram construídos de acordo com os ditames da Academia de Ciências de Paris são: 1) Hospital Lariboisiere em 1854; 2) Hospital Tenon em 1875 e 3) Novo Hôtel Dieu em 1876.

Petit foi outro que apresentou um projeto para o Hôtel Dieu à Academia de Ciências de Paris, no qual dispunha as salas em forma estrelada com um domo central em que se situava a capela, mas já com os pavilhões providos com células individuais

e com três pisos superpostos. Tal distribuição era pouco aconselhável na época mas, mais tarde, foi utilizada para prisões.

Rosen (1994:232) destaca ainda que até meados do século XIX a cirurgia teve duas limitações sérias: 1) ocorrência de infecção da ferida, que resultava, amiúde, em septicemia fatal e se mostrava comum nos hospitais, onde os pacientes sucumbiam à “gangrena do hospital”, ou a um ainda mais vago “hospitalismo”; 2) insuficiência dos meios para o controle da dor.

Rosen (1994:233) informa que em 1846 foi introduzida a anestesia por éter, tornando a cirurgia indolor. Mas o flagelo da sepse continuou e as chamadas “doenças de hospital” cresceram. Em 12 de agosto de 1865 foi aplicado o princípio anti-séptico pela primeira vez em uma cirurgia. A partir daí o cirurgião escocês Lister propaga seus procedimentos anti-sépticos. A labuta de Lister é mais tarde aperfeiçoada por Ernst von Bergman, este, já no final do século XIX, lança as bases das técnicas de assepsia e esterilização do instrumental até hoje empregadas. Com a vulgarização dos anestésicos, as cirurgias ganham um planejamento mais elaborado, a rapidez antes exigida, agora pode ceder um tempo para a técnica. O Centro Cirúrgico é valorizado e passa a ser uma unidade obrigatória no hospital, tornando-se depois no “coração” do mesmo. As cirurgias apresentam resultados otimizados, há um acentuado decréscimo da mortalidade, surge uma demanda reprimida por novos leitos. O sucesso dos pioneiros Lister e Bergman ampliou os limites da cirurgia.

Até o início do século XX os hospitais geralmente são privados, mantidos por instituições de caridade, organizações voluntárias leigas ou religiosas. Quando público, quase sempre a administração é municipal e o nosocômio atende principalmente os sem recursos, permanecendo o médico com sua inseparável valise preta no atendimento domiciliar dos que podem pagar. Mas, com a evolução dos meios de diagnóstico e de tratamento, o atendimento domiciliar fica prejudicado e agora até os mais ricos buscam os recursos do hospital. A modificação do perfil dos seus usuários provoca consideráveis dificuldades operacionais, inserindo-se acomodações privativas e de maior conforto, é a “hotelaria” sendo introduzida, o que

proporciona toda uma logística antes desnecessária. Este novo cenário enseja a afirmação do edifício monobloco vertical para a assistência de saúde. Assim o edifício hospitalar vai assumindo várias formas e disposições, sem maiores preocupações com a modulação ou flexibilidade, estas só irão acontecer em meados do século XX quando o hospital adquire características de fluidez e leveza.

Para alguns autores, histórica e invariavelmente, o edifício hospitalar utilizou-se da mais avançada tecnologia disponível, inclusive buscando em outras áreas do conhecimento os melhores meios e idéias para bem construir. Entretanto, isto não se aplica ao nosso meio, tampouco nos locais em que os recursos eram mínimos. Uma Província como a de Santa Catarina, desprovida de meios e, mais grave, com alguns governantes portadores de visão estreita e acentuadamente burguesa, já que acreditavam, (estes governantes), serem os caridosos os que deviam cuidar da saúde do pobre. Não era, para eles, responsabilidade do Estado tratar de indigentes, enfermos ou, como se dizia no século XIX, desvalidos. A massa desses necessitados apresentava um aspecto embaraçoso para alguns destes governantes e que, na sua visão pequena, só lhes causavam despesas, tinham eles mais que armar e nutrir suas forças armadas e cuidar para que os burgueses fossem beneficiados, já que estes pagavam seus tributos. Era ainda o espírito imperialista que dominava muitas figuras políticas do país e, conseqüentemente, da Província.

2.3 FOUCAULT E O NASCIMENTO DO HOSPITAL E DA CLÍNICA

Quanto mais abstrata for a verdade que pretendes ensinar, maior deverá ser a arte de seduzir os sentimentos a favor de tal verdade.

(Friedrich Nietzsche, 2002:94).

O hospital existente na Europa desde a Idade Média, segundo Foucault, não era concebido para curar, não era um meio de cura. O hospital como instituição importante

e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é neste tempo, uma prática não hospitalar. É relevante destacar isso para compreender a novidade do Século XVIII quando se cria uma medicina hospitalar ou um hospital médico, terapêutico. Todavia, vimos que a medicina estava presente no hospital desde a Idade Média e, como escola de medicina já a partir do Século XVII, pelo menos na Inglaterra.

Antes do Século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e de exclusão. “*O hospital era um morredouro, um lugar onde morrer*”. (Foucault, 2000a:102). Entretanto, diversos autores relatam a contratação de médicos desde o século XIII para atendimento constante e diário no hospital, inclusive no famoso Hôtel Dieu de Paris. Já em 1483 o *Livro da Vida Ativa* de Jean Henry, Provedor do Hôtel Dieu, definia a competência e as atribuições de cada trabalhador, especialmente do corpo médico.

Para Foucault, o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, é do final do século XVIII. A visita e a observação sistemática e comparada aos hospitais da Europa, foram denominadas de viagem-inquérito e realizadas por Tenon da França e Howard da Inglaterra por volta de 1780, tais visitas marcaram indelevelmente esta nova visão dos hospitais.

As viagens-inquérito tinham várias características:

1ª) O objetivo era definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais, após o inquérito.

A Academia de Ciências que enviou Tenon para verificar a situação dos nosocômios na França e em outros países, antes afirmou: “*São os hospitais existentes que devem se pronunciar sobre méritos ou defeitos do novo hospital*”. (Foucault, 2000a:99). Nenhuma teoria médica era bastante para definir um programa hospitalar, como também, nenhum plano abstrato poderia fornecer a fórmula de um bom hospital. O nosocômio deixava de ser apenas uma figura arquitetônica para fazer parte de um fato médico-hospitalar que devia ser estudado como os climas, as doenças, etc.

2ª) Os inquiridos não se preocupavam com o exterior ou a estrutura do edifício. As descrições eram funcionais. Howard e Tenon forneciam o número de doentes por hospital, a sua relação, o número de leitos e a sua área útil, as três dimensões das salas, o volume de ar para cada paciente, a taxa de mortalidade e a de cura. (Foucault, 2000a:100).

3ª) Os autores dessas descrições funcionais não são mais arquitetos. Tenon é médico e Howard é filantropo e tem uma competência quase sócio-médica. Um novo olhar sobre o hospital aparece, se o considera como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido. (Foucault, 2000a:101).

Antes do Século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e de exclusão. A função essencial do nosocômio era assistir o pobre moribundo material e espiritualmente. O hospital era então um lugar para morrer. O pessoal hospitalar estava lá para conseguir sua própria salvação através de sua obra caritativa. A função era mais de salvação espiritual do que material. Este hospital assim permanece até o início *“do Século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do Século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece”*. Continua o autor: *“A medicina dos Séculos XVII e XVIII era profundamente individualista”*. Não havia experiência hospitalar na formação ritual do médico. O que o qualificava era a transmissão de receitas e não sua experiência profissional. Segundo Rosen, nada na prática médica da época permitia um saber hospitalar, assim como nada na organização do hospital permitia a intervenção da medicina.

Para o autor a primeira transformação do hospital para a sua medicalização foi a anulação dos seus efeitos negativos. Buscou-se depurar o hospital dos efeitos nocivos da desordem que produzia. Isto foi iniciado nos hospitais marítimos e não nos civis. Os grandes Hospitais de Londres, Marseille ou La Rochelle eram lugares de

contrabando. Os marinheiros faziam-se doentes para esconder as mercadorias ilegais e assim escaparem do controle da aduana.

A reorganização do hospital militar começa pela disciplina. Uma das grandes invenções do Século XVIII são as técnicas de poder, a nova forma de gerir homens. No exército e na escola surge:

1º) Uma arte de distribuição espacial dos indivíduos. No Século XVII os indivíduos do exército estavam amontoados, com os mais fortes e hábeis na frente, nos lados e no meio os que não sabiam lutar, eram covardes, queriam fugir. “A força de um corpo de tropa era o efeito da densidade desta massa. A partir do momento em que o soldado recebe um fuzil, obriga-se a estudar a sua distribuição e posicioná-lo onde sua eficácia seja máxima”. Na escola “a disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço”.

2º) A disciplina exerce seu controle sobre o desenvolvimento da ação. Surge o suboficial no exército e, com ele, os exercícios, as manobras e a decomposição dos gestos no tempo. Aparece o Regulamento da Infantaria Prussiana, que assegurou grandes vitórias à Frederico da Prússia, e que consiste em mecanismos de gestão disciplinar dos corpos.

3º) A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos.

4º) A disciplina implica um registro contínuo. A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente e, por ele, a individualidade se torna um elemento pertinente para o exercício do poder.

Se esta disciplina torna-se médica, “se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas”.

No sistema epistêmico da medicina do Século XVIII, o grande modelo de inteligibilidade da doença é a botânica, a classificação de Lineu. O que exige que a doença seja compreendida como um fenômeno natural. A doença é a natureza, mas esta é devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo. É a medicina do meio que se constituiu, na medida em que é concebida como um fenômeno natural que obedece a leis naturais.

O deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar é o que provoca o hospital médico. Individualiza-se e se distribui os doentes num espaço onde podem ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo modifica-se o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina torne-se um instrumento de modificação com função terapêutica.

Aceita a hipótese do duplo nascimento do hospital admitida pelas técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio pode-se compreender várias características que ele possui:

1º) A questão do hospital, no final do século XVIII, é principalmente a do espaço a que ele está ligado. Antes de tudo onde localizá-lo para que não seja uma região sombria, obscura, confusa em pleno coração da cidade, para onde as pessoas afluem no momento da morte e de onde se difundem miasmas, ar poluído, água suja, etc. “*É no interior da medicina do espaço urbano que deve ser estudada a localização do hospital*”. É preciso estudar a distribuição interna do seu espaço. Critérios foram empregados: se a cura da doença é por uma ação sobre o meio, será preciso criar em volta de cada enfermo um meio espacial individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução. Será necessário realizar uma autonomia funcional, médica, do espaço de sobrevivência do paciente. Dessa forma estabeleceu-se que cada leito só terá um paciente. Ainda será necessário criar em torno do enfermo um meio manipulável que possa aumentar a temperatura ambiente, refrescar o ar, orientá-lo para um único paciente. (Foucault, 2000a:108).

“A arquitetura hospitalar deve ser fator e instrumento de cura”, com o mesmo “status” de um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. “O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos”.

2º) Transformação do sistema de poder no interior do hospital. Até meados do século XVIII quem era autoridade era o pessoal religioso. O médico só era chamado para os mais graves, era mais uma justificação do que uma ação real.

Quando o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço se torna mecanismo terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A ele se questiona como deve ser construído e organizado, e é por isto que Tenon faz seu inquérito. A partir daí, a forma do claustro que tinha servido para organizar o hospital é banida, em troca de um espaço que deve ser organizado medicamente. A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico.

O hospital existente na Europa desde a Idade Média, assevera Foucault, não era concebido para curar, não era um meio de cura. Todavia, na segunda característica acima citada das “viagens-inquérito”, tem-se como um dos seus itens a taxa de cura que os hospitais então apresentavam. Logo, alguma taxa deveria existir e, portanto, também *era um meio de cura*. O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é neste tempo, uma prática não hospitalar. Tal afirmação é discutível e adiante iremos analisá-la. Contudo é relevante destacar essa questão para compreender a grande novidade do Século XVIII quando se cria uma medicina hospitalar ou um hospital médico, terapêutico.

Para Foucault, (2000a:103), a primeira transformação do hospital para a sua medicalização foi a anulação dos seus efeitos negativos. Buscou-se gradativamente depurar o hospital dos efeitos nocivos da desordem que produzia. Isto foi iniciado nos hospitais marítimos e não nos civis. Os grandes Hospitais de Londres, Marseille ou La Rochelle eram lugares de contrabando. Os marinheiros simulavam doenças para

esconder as mercadorias ilegais trazidas de outros portos e, com isso, escapavam do controle da própria alfândega.

A reorganização do hospital militar começa pela disciplina. A lição militar de Esparta é lembrada, revigorada, admirada pelos militares e aplicada nos seus hospitais. Uma das grandes invenções do Século XVIII são as técnicas de poder, a qual Foucault denomina “poder disciplinar”, a nova forma de gerir homens.

“É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização”. A transformação no saber médico proporcionou à disciplina tornar-se médica. Portanto, o caráter de uma medicina hospitalar é devido à ordenação do espaço hospitalar e à transformação do saber e da prática médicas. Foucault (2000a:107).

É o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar que instala o hospital médico. Individualiza-se e se distribuem os doentes num espaço onde podem ser vigiados e onde seja registrado tudo o que acontece; ao mesmo tempo modifica-se o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina torna-se um instrumento de modificação com função terapêutica. Enfim, o poder disciplinar foi exercido e organizou o caos em que estes hospitais tinham se transformado. Para quem não acredita em disciplina, que experimente dirigir um carro sem freios Morro da Cruz abaixo.

Para Foucault (2000a:108), a hipótese do duplo nascimento do hospital admitida pelas técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio permite compreender diversas características que ele possui:

1ª) A questão do hospital, no final do século XVIII, é antes de tudo a do espaço a que ele está ligado. O primeiro passo é onde localizá-lo para que não seja uma região lúgubre, triste, sufocada em pleno centro da cidade, para onde as pessoas afluem no momento da morte e de onde se difundem miasmas, ar poluído, água suja, etc. É no interior da medicina do espaço urbano que deve ser estudada a localização do

hospital. É preciso estudar a distribuição interna do seu espaço. Cremos que Foucault tinha como padrão o Hôtel Dieu, o qual, ao longo dos séculos, foi crescendo de forma caótica, onde até as pontes de pedra lindas sobre o Sena foram aproveitadas como terreno construível, a la “Ponte Vecchio florentina”, transformando-se num verdadeiro “elefante branco” que recebia até cinco mil enfermos no século XVIII. No labirinto em que se transformou, tendo camas em que eram colocados até oito pacientes, só podemos deduzir que havia se tornado no depósito, no local para morrer, pois que atendimento, que gerenciamento, que disciplina ou organização esta estrutura poderia apresentar, ainda agravada com pessoal escasso?



Figura 7 - Quadro de H. Robert do acervo do Louvre, mostrando a demolição de casas sobre a ponte de Notre-Dame que fizeram parte do Hôtel de Paris. Fonte: Os Milênios – Vol. V.

Para atender as novas idéias trazidas por Tenon para o hospital foram usados alguns critérios, como segue: *“se a cura da doença é por uma ação sobre o meio, será preciso criar em volta de cada enfermo um meio espacial individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução”*. É necessário então proceder uma autonomia funcional, médica, do espaço vital para o paciente. Agora a regra é que cada leito só terá um doente. Ainda será preciso criar em torno do enfermo um modo manipulável que possibilite aumentar ou diminuir a temperatura

ambiente, orientar o ar para um só paciente. O espaço hospitalar é agora medicalizado em sua função e em seus efeitos. (Foucault, 2000a:108).

2ª) Alteração do sistema de poder no hospital. Até meados do século XVIII a autoridade era do pessoal religioso. Chamava-se o médico só para casos mais graves, era uma justificação não uma ação real.

Quando o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço se torna mecanismo terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela sua organização. A ele se questiona como deve ser construído e organizado, e é por isto que Tenon faz sua investigação. Assim, a forma do claustro que tinha servido para organizar o hospital é suprimida, em troca de um espaço que deve ser medicamente organizado. A arquitetura hospitalar é meio de cura de mesmo peso de um regime alimentar, uma sangria ou uma ação médica. (Foucault, 2000:109).

"A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII". Foucault (2001:X).

Foucault assevera que no princípio do século XIX, os médicos relataram o que durante muito tempo ficara sob o limite do enunciável e do visível. Com isto não queria dizer que, após observar por muito tempo, eles recomeçaram a ver ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível havia cambiado de estrutura e fez surgir sob o olhar e na linguagem o que se encontrava fora de seu domínio.

A pequena mudança na pergunta "o que é que você tem?" permutada por: "onde lhe dói?", representa o jogo da clínica e o princípio de todo o seu discurso. A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica. Foucault (2001:XVIII).

Para Foucault o corpo humano constitui o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados pelo Atlas

anatômico. Esta ordem do corpo sólido e visível é apenas uma das formas da medicina espacializar a doença.

O hospital, como a civilização, é um lugar artificial em que a doença, transplantada, arrisca-se a perder seu aspecto primordial. A doença recebe nele um agravamento que os médicos denominam febre das prisões ou dos hospitais... Foucault (2001:17).

“Seria preciso um médico de hospital bastante hábil para escapar da falsa experiência que parece provir das doenças artificiais a que ele deve prestar cuidados nos hospitais. Nenhuma doença de hospital é pura”.

O lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunho do afeto, desejo comum da cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixar o próprio mal se desdobrar em sua verdade; o médico de hospital só vê doenças alteradas, distorcidas, toda uma teratologia do patológico; o que atende a domicílio «adquire em pouco tempo uma verdadeira experiência fundada nos fenômenos naturais de todas as espécies de doenças». A tendência natural da medicina a domicílio é ser respeitosa: «Observar os doentes, ajudar a natureza sem violentá-la e aguardar, revelando humildemente que faltam ainda muitas noções». É o velho debate entre medicina atuante e a expectante. Foucault (2001:18).

No século XVIII, quando submetidas a uma análise econômica, as fundações hospitalares eram muito criticadas. Pensava-se que os bens que as constituíam eram inalienáveis: era o patrimônio permanente dos pobres. Mas a pobreza não é perpétua; as necessidades podem mudar e a assistência deveria beneficiar as cidades que dela necessitam. Justificava-se ainda que ao se apropriar desses bens não se violaria, mas sim atender-se-ia a real vontade dos doadores, pois o objetivo principal fora de servir o público, aliviar o Estado; “sem se afastar da intenção dos fundadores e mesmo atendendo a seus desejos, deve-se considerar como uma massa comum o total dos bens destinados aos hospitais”. Foucault (2001:19).

No século XVIII, a clínica é uma figura muito mais complexa do que um puro e simples conhecimento de casos. Contudo ela não desempenhou um papel específico no movimento do conhecimento científico; é marginal a estrutura que se articula com o campo hospitalar sem ter a mesma configuração que ele; visa à aprendizagem de uma prática que ela resume mais do que analisa; agrupa toda a experiência em volta dos jogos de um desvelamento verbal que nada mais é do que sua simples forma de transmissão, teatralmente retardada.

Foucault (2001:70).

Vicq d'Azir em sua *Oevres*, 1805, dava a organização de um ensino no meio hospitalar valor de solução universal para os problemas da formação médica; segundo ele, esta era a principal reforma a fazer. Foucault (2001:71).

Assim como a Revolução promoveu a abolição das velhas estruturas hospitalares e da universidade permitindo a comunicação imediata do ensino com o campo concreto da experiência; e ainda mais: apagando o discurso dogmático como momento essencial da transmissão da verdade; o silenciar da palavra universitária, a supressão da cátedra, permitindo que se instalasse, sob a velha linguagem e à sombra de uma prática um pouco cega e desordenada pelas circunstâncias, um discurso cujas regras eram inteiramente novas: ele devia se ordenar em função de um olhar que não se contenta mais em constatar, mas que descobre; também a Arquitetura sofreu uma reforma, esta sim violenta e desordenada no seu ensino e na sua *práxis*, fruto dos governos pós 1789 e de seus desmandos. O resultado foi funesto para a Arquitetura, com certos críticos famosos apresentando os engenheiros como os criadores da nova tecnologia da construção em ferro, quando, na verdade, estavam muito desinformados sobre os seus autores, e a academia volta a comandar o ensino com todo o ranço do século XVIII, impondo a todos um neoclássico e outros modismos, incompatíveis com os novos tempos e que, infelizmente, surgem ali e alhures, sempre de novo, os exemplos de mau gosto e desinformação.

“A observação clínica supõe a organização de dois domínios conjugados: os domínios hospitalar e pedagógico”. Foucault (2001:123).

A clínica não é a paisagem mítica em que as doenças surgem em si mesmas e totalmente desveladas; ela admite a integração, na experiência, da modificação hospitalar, de modo constante. O que a medicina das espécies chamava natureza, mostra ser apenas a descontinuidade das condições heterogêneas e artificiais; já as doenças “artificiais” do hospital autorizavam uma redução ao homogêneo do campo dos acontecimentos patológicos; sem dúvida, o domínio hospitalar não era pura transparência à verdade; mas a refração que lhe é própria permitiu, por sua constância, a análise da verdade. Foucault (2001:124-125).

Nos últimos anos do século XVIII, a cultura européia construiu uma estrutura que ainda não foi desatada; começamos apenas a desembaraçar alguns de seus fios que nos são ainda tão desconhecidos que os tomamos de bom grado como maravilhosamente novos ou absolutamente arcaicos, enquanto que, há pouco mais de dois séculos, constituíram a trama sombria, mas sólida, de nossa experiência. Foucault (2001:225-230).

Foucault reconhece que existem muitos fatos desse tempo de mudanças que nos são desconhecidos mas, no futuro, eles serão desvelados. Contudo, curiosamente, nos parece que Foucault não se aprofunda nos seus estudos do Hospital da Renascença, tampouco em conhecer a realidade do doente mental daquela época, bem como, com todo o contexto hospitalar europeu no período que vai da Renascença até a Revolução Francesa. A impressão que fica é que se fixou apenas nos hospitais de referência da época e do seu país, ou seja, os que estavam superlotados e que não tinham condições de proporcionar aos seus pacientes um atendimento adequado. Talvez, por isso, se apresente tão categórico sobre a transformação brusca do hospital a partir de 1780. Pela nossa pesquisa histórica, em muitos lugares o hospital era medicalizado inclusive o Hotel Dieu de Paris.

2.4 O HOSPITAL ANTIGO ERA SÓ UM LUGAR PARA MORRER?

O hospital, esse espaço de cura e assistência, esse espaço preparado para amenizar o sofrimento, pode resultar em um espaço em que se evidencia o exercício da tecnologia pastoral.

Sandra Caponi (2000:58).

Foucault (2000:102) escreveu que até o século XVIII “o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer”; e disse mais: “Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão”, e a seguir: “O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital”. (2000:101). A radicalização de Foucault não se confirma na contextualização pesquisada. Nesse caso o contexto abrange toda a história do hospital e, quando se fala em assistência material, significa que se dará o melhor tratamento possível.

Já Rosen (1994:121) afirma que os hospitais do século XVIII e começo do XIX auxiliaram a difundir informação médica e rudimentos de higiene. Mas isso também aconteceu desde a antiguidade, principalmente nos centros mais desenvolvidos do planeta, como ele mesmo relata textualmente: (Rosen, 1994:67) “desde o século VIII e até o século XII, o hospital monástico representou quase a única instituição, na Europa, cuja função principal residia **no cuidado do doente**”. (O grifo é nosso). Ora, cuidar do doente não é assisti-lo só espiritualmente ou dar-lhe a extrema-unção, mas também tratar dele, isto é, dar-lhe todas as condições possíveis para sua cura, seu conforto, seu alívio. Mas, nesta época, deve-se entender a Europa sem a Ibéria, já que os mouros, além de hospitais com escolas de medicina a eles acopladas, tinham

construído asilos e os primeiros leprosários, ou seja, tinham um saber superior ao europeu.

Os templos à Asclépio e, mais tarde, os valetudinários e os seus sucedâneos mostram que sempre houve a preocupação com a recuperação da saúde, incluindo-se ainda o diálogo de Sócrates com Glauco (Platão, 1994:118-121), o qual assinala claramente a preocupação que existia com a saúde em seu tempo.

Os hospitais da antiguidade clássica, da Idade Média, da Renascença e da Idade Moderna não foram construídos apenas para servirem de “morredouro” ou para fornecer a “extrema-unção”, evidências arquitetônicas, arqueológicas, médicas e históricas assim o demonstram.

Desde a Civilização Cretense e antes, no Alto e no Baixo Egito, na Índia e em outros pontos do Globo, a arqueologia traz relatos e provas concretas da preocupação do homem com sua saúde e com a morte. Nos palácios de Creta foram encontrados vestígios de instalações sanitárias sofisticadas que só foram igualadas depois de milênios.

Le Goff (1997:207) conta que a regra do Hospital de São João de Jerusalém, editada em 15 de março de 1181, previa o aluguel (contratação) de quatro médicos, (sábios) que conhecessem “a qualidade das urinas e a diversidade das doenças” e que administrassem “os remédios da medicina”. Como este nosocômio foi o pioneiro das Cruzadas serviu de exemplo para os demais e a contratação dos médicos poderia ser feita pelo próprio hospital, pelas autoridades ou pela Igreja.

No Hôtel Dieu de Paris, (no período de 1221 a 1511), Le Goff (1997:208) arrola vinte e seis práticos (três barbeiros, cinco médicos e dezoito cirurgiões). Muitos destes eram sábios e figuras importantes, com extenso currículo e muitos serviços prestados à França. Para o autor “*a sua presença no Hospital de Paris revela pelo menos que*

os doentes recebem os cuidados de médicos e cirurgiões hábeis e reputados". No Hospital Condessa de Lille, entre 1467 e 1500, onze médicos e nove cirurgiões trabalharam e, no mínimo, de um a quatro especialistas laboraram em presença contínua no mesmo. Le Goff (1997:209). Continua Le Goff (1997:210) citando o *Livro da Vida Ativa do Hospital de Paris*, escrito em torno de 1483 pelo seu provedor, Jean Henry. Neste tempo o Hôtel Dieu tinha 300 leitos e o livro, entre outros aspectos, servia de guia dos deveres do pessoal médico da casa.

Scliar (1987:24) relata que após a criação da Escola de Salerno em 1240, outras Universidades são fundadas como Bolonha, Cambridge, Oxford, Pisa, Salamanca e Sorbonne e afirma: "*O ensino da anatomia já admitia a dissecação, mas a prática médica ainda era rudimentar, se bem que apoiada em farmácias baseadas no modelo árabe e nos grandes hospitais (Hôtel-Dieu, em Paris; Santo Spirito, em Roma; St. Batholomew, em Londres)*". Daí decorre que os hospitais eram apoios para o tratamento e manutenção da saúde na *prática médica* da Idade Média. Nas devidas proporções do saber médico daquele tempo com o do atual, estes autores não se apresentam como fiadores dos que dizem que o hospital era apenas um morredouro até o final do século XVIII. Todavia, dois séculos mais tarde, até Leonardo Da Vinci foi obrigado a se refugiar na corte francesa para fugir da ira dos prelados que haviam descoberto o seu "sacrilégio" de dissecar cadáveres retirados à noite do cemitério popular romano pelo seu coveiro e a ele vendidos.

Mumford (1998:322), em sua monumental obra *A cidade na História*, assevera que os hospitais públicos foram uma das grandes contribuições cristãs à urbe. Citando Jerônimo diz que em 360 d.C., Fabíola doou sua vila para abrigar doentes necessitados, que estavam fadados a morrer à míngua nas ruas de Roma. Afirma ainda o autor que a partir desta época as ordens religiosas fundaram hospitais em quase todas as cidades, isto se acelera na passagem para o segundo milênio. Na Alemanha o normal era as cidades terem dois hospitais, um para leprosos e outro para doenças diversas. Breslau no século XV contava com trinta mil habitantes e possuía

quinze hospitais, numa proporção de um para cada dois mil, e questiona o autor: “Que cidade moderna pode exibir algo semelhante a tais adequadas acomodações?” E prossegue esmiuçando que: Toulouse, em 1262, continha treze hospitais e sete leprosários; sendo que um desses nosocômios dispunha de 56 leitos. Em Florença, no século XIII, citando Giovanni Villani, existiam noventa mil cidadãos e possuía então trinta hospitais que ofereciam mais de mil leitos. Seriam todos estes edifícios apenas lugares para morrer? Não cremos. Para Mumford (1998:323), a medicina municipalizada surge no século XIV, em 1312 na cidade de Constança (Konstanz) . Acrescenta que em 1485, em Veneza funda-se “uma magistratura permanente de saúde”, acrescida já em 1556 de sistema de inspeção e coerção. Neste tempo os acometidos de moléstias contagiosas eram isolados extramuros das cidades. Antes os cenóbios mais equipados já tinham comprovado a validade das enfermarias de isolamento com latrinas separadas. A medicina medieval estabelece a quarentena como prática para os estrangeiros, o que era detestado por estes; mas, as constantes observações assim o determinaram. Entretanto, o tempo de isolamento obrigatório aos estrangeiros era muito maior do que o necessário.

Mumford afirma ainda que: o rigoroso isolamento adotado reduziu as doenças contagiosas e paulatinamente contribuiu para a redução da lepra em toda a Europa. Para o autor “os médicos racionalistas do início do século XIX, não foram observadores tão argutos das causas e efeitos quanto seus predecessores medievais”. Todavia, preciso é dizer que Mumford também não é dono da verdade, como ninguém o é. Na sua crítica aos arquitetos do século XIX, cometeu inúmeros erros e muitas injustiças, tudo, cremos nós, por falta de um melhor conhecimento do que realmente aconteceu.

A fotografia a seguir é mais um exemplo da importância que os estabelecimentos assistenciais de saúde tinham para todos antes da revolução francesa. Trata-se do magnífico portal do Hospício de São Fernando de Madri, obra assinada pelo Arquiteto Pedro de Ribera, em estilo barroco. Hoje o prédio abriga o Museu e a Biblioteca Municipal da capital espanhola.

377. Portal do Hospício de São Fernando, atualmente Museu e Biblioteca Municipal, Madri. (Pedro de Ribera.)

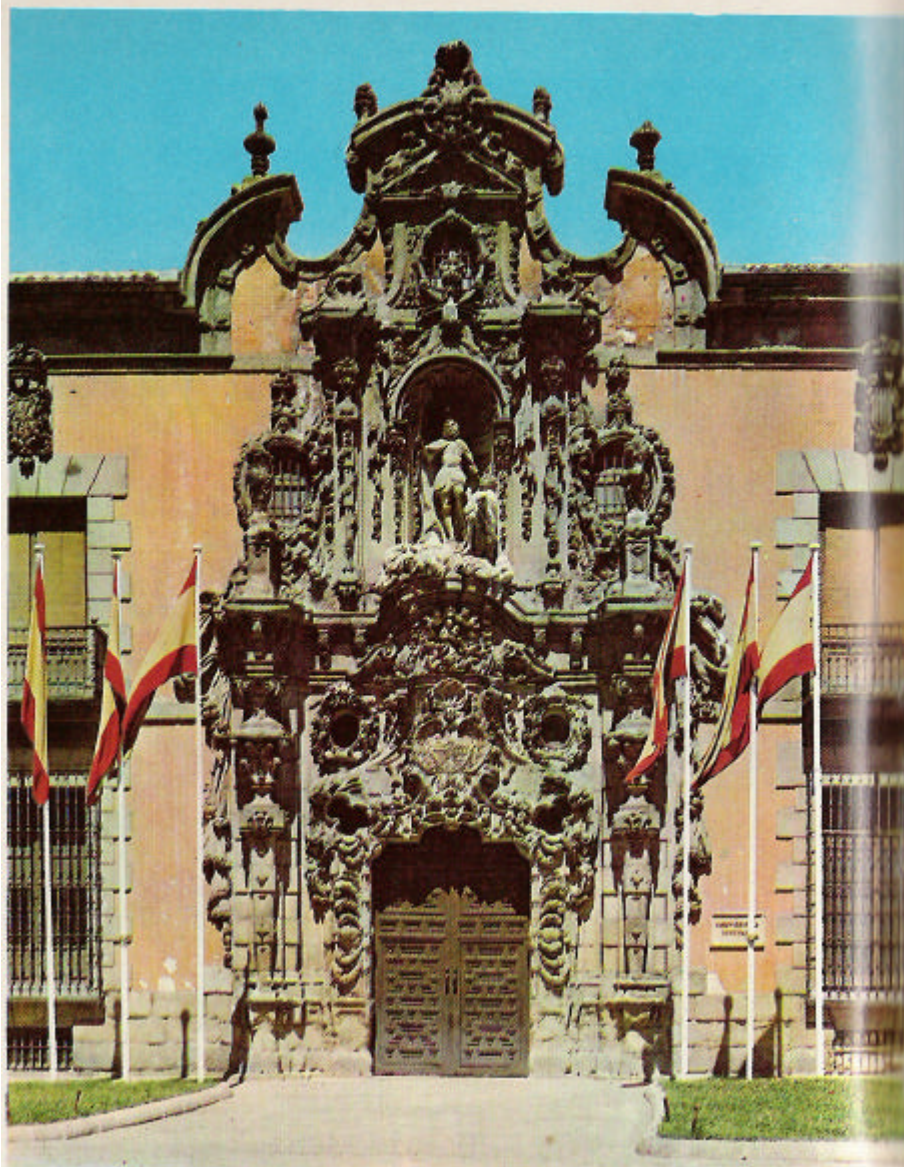


Figura 8 - Fonte: Arte nos Séculos (Vol. V:1256).

Até 1780 o hospital do Ocidente não era uma instituição plenamente medicalizada, (data assinalada por Foucault, na qual o novo hospital surge como um fato médico-hospitalar), todavia era o lugar em que se buscava algum tipo de recuperação, especialmente para o desprovido de recursos, mas também para o viajante ou peregrino. Em muitos hospitais o médico só visitava o internado quando o caso era grave. Entretanto, desde os primeiros hospitais cristãos, criados a partir do Concílio de Nicéia (325 d.C.), como o do Mosteiro de Monte Cassino, fundado em 524

por São Bento de Núrsia, os clérigos estudavam, preparavam-se e se esforçavam para pensar feridas, cuidar e curar doentes, sendo muitos deles considerados cirurgiões de alto nível em suas épocas. Em quase todos os cenóbios da Idade Média haviam hospitais ou enfermarias que tinham esta missão. Para os cristãos, a parábola do Bom Samaritano de Jesus de Nazaré ilustra o cuidado que se deve ter com os enfermos. Contudo, os Lazaretos, asilos e outros criados para a segregação dos que ofereciam algum perigo à sociedade, certamente eram evitados por muitos médicos, que também receavam o contágio e a própria visão desagradável, para eles, dos doentes.

No mundo muçulmânico vimos a importância que o hospital (bimaristan) atingiu ainda na Idade Média, como o de Bagdá que mantinha um corpo de vinte e cinco médicos, os quais ensinavam os alunos na própria instituição. O Hospital se tornara ainda no Primeiro Milênio da nossa Era, escola do saber médico. A arquitetura desses complexos, além de evidenciar a riqueza do império islâmico, mostrava o valor que a saúde tinha para os povos árabes.

Desde o início da humanidade, sempre existiu o receio à morte e à dor que a acicatava para a manutenção da saúde ou para a cura. Este temor é resultante de inúmeros fatores, próprios da natureza humana e de seus atavismos, credices e fanatismos criados ao longo de sua história. Destes destacamos:

1 – o *instinto natural na conservação da vida*, que confere ao homem proteção contra abusos a si próprio como a intemperança e o suicídio, apesar de não serem levados em conta quando desesperado, revoltado, ocioso sem o querer, isto é, sem trabalho digno ou em extremo desgosto;

2 – o *temor de aniquilamento da vida*, fruto de desinformações a respeito do *Self* e do que lhe é destinado;

3 – as *doutrinas religiosas ortodoxas e seus dogmas* que promoveram uma visão distorcida e prejudicial do que acontece depois da ruptura dos laços materiais, prometendo compensações ou castigos, de acordo com a imaginação dos homens acometidos por fanatismos ou alucinações.

O instinto de conservação preserva a vida e impulsiona-a avante até a consumação de suas energias. Diante disso, o Espírito se imanta ao corpo e teme perdê-lo por causa do atavismo ancestral que lhe tolhe o discernimento a respeito daquilo cujos dados de avaliação ainda não logram impressionar-lhe os cinco sentidos.

O predomínio da natureza animal desenvolve o egoísmo aumentando a paixão violenta, exacerbando a sensualidade que se expande engendrando novos gozos, que acabam por exaustar as energias que lhe mantêm os equipamentos de sustentação orgânica. Dessa forma, qualquer aceno de prolongamento da vida física ao agonizante, lhe acalenta e alegra, desejando ardentemente que tal lhe aconteça, em injustificável apego aos despojos físicos que já não lhe permitirão maiores cometimentos, apesar de lhe conceder a permanência física.

O engodo dos sentidos anestesia a razão, levando-a a inferir que a morte deles representa o fim da vida, arrolando o cérebro como autor do pensamento e os órgãos na condição de causa da existência do ser.

A imposição de prêmios e punições de sabor material em que as religiões estruturaram a existência espiritual, tornou-a detestável, considerando-se o temor a uma justiça absurda e impiedosa, ou a indiferença por uma felicidade estanque, monótona e perpétua, que acontece num céu onde o amor não dispõe de recursos para socorrer o caído, nem a piedade vigora para os infelizes.

Dessa forma, a desinformação e as errôneas concepções sobre a vida futura são os provocadores do medo à morte e que leva muitos indivíduos a lamentáveis estados neuróticos, como a comportamentos alucinados, nos quais procuram o esquecimento, tentando escapar da sua enganosa contingência.

Para a corrente espiritualista, em todos os seres humanos é inata a idéia da sobrevivência do Espírito à disjunção molecular do corpo cadaverizado. A intuição do futuro e da Divindade sempre esteve presente em todos os povos, desde os mais primitivos, estabelecendo, de algum modo, um código ético de comportamento, que previne o homem e o prepara para o encontro com a consciência após o traspasse.

Nos mais imediatistas, apegados aos prazeres físicos, o temor à morte é maior, em virtude das sensações que o escravizam à matéria, fazendo-o recear a perda dos gozos em que se comprazem.

Na medida em que se aclaram os enigmas do *post mortem*, em que os fatos demonstram o seu prosseguimento, oferecendo uma visão correta sobre a sua continuação, o medo cede lugar à confiança e as dúvidas são permutadas pela certeza da perenidade do ser, que se sente estimulado desde já a preparar esse futuro, no qual a felicidade possui uma dinâmica que fomenta o progresso incessante, fruto do esforço empreendido por quem almeja alcançá-lo. A saudade dos afetos que o precederam no retorno não mais dilacera, já que a certeza do reencontro promove-lhe novos incentivos à convivência ditosa.

O exercício mental e o natural desapego das ilusões favorece a confiança na sobrevivência, vencendo o injustificável temor à morte, que é um fenômeno natural como o do nascer. Para isso, é preciso o amadurecimento íntimo que é decorrente da vivência equilibrada e do conhecimento que o estudo e a experiência propiciam, ou que resulta do sofrimento, o grande e oportuno fiador dos que se encontram encarcerados, anelando pela libertação.

Conflitos de toda ordem tramam no homem para não pensar na morte, oportunizando fobia sobre um sucesso que atingirá a todos. Mas o homem deve pensar na morte conforme pensa na vida.

Permutar o temor pela expectativa de como será no além, trocar a incerteza pela conscientização do prosseguimento espiritual, deve ser um programa bem elaborado para ser vivido com tranqüilidade, no dia-a-dia que integra seu percurso evolutivo.

É o medo à morte provocado pelo instinto natural que, historicamente, emulou o homem a buscar os meios para prolongar sua existência. Por isso, por maior que fosse a ignorância, o instinto promovia-lhe a procura de alívio às suas dores físicas em um primeiro momento e, no segundo, à manutenção da vida.

Quando o homem concebe a instituição hospitalar, esta já nasce provida de algum elemento que lhe favoreceria a cura, o alívio ou o seu bem estar, fosse nos templos à Asclépio, (onde se praticava a sonoterapia), fosse nos Valetudinários ou seus sucessores e antecessores. As *termas* romanas também visavam a preservação e a manutenção da saúde e o desgravamento de males adquiridos, além dos prazeres e alívios que a água oferece. O grande número destas instituições construídas em todo império romano comprova o valor que aquela sociedade lhe dava. Não era só nas cidades romanas que existiam as termas, onde havia alguma fonte natural de água corrente era construída a Terma que, nesses locais, geralmente, era de uso exclusivo dos legionários e patrícios. Fotografamos uma dessas termas romanas no campo, nada construído na redondeza, no meio do mato uma fonte termal a originou, próxima a uma localidade hoje chamada Hüfingen, no município de Donaueschingen, província de Baden-Württemberg, na Alemanha. Os responsáveis por estas instituições procuravam se equipar com o que melhor dispunham para bem atender seus usuários. Encontramos em Badenweiler, na Alemanha, numa Terma que funciona plenamente até hoje, é óbvio que em construções e instalações atuais, peças que atestam o cuidado que havia na higiene dos meios utilizados e, também, com as pessoas, a fim de que a água das piletas não fosse contaminada. Outras obras impressionantes dos romanos para a saúde de sua população eram os aquedutos. Rosen (1994:41) historia que no

primeiro século d.C. haviam treze aquedutos em Roma, com uma vazão diária de mais de um bilhão de litros.

As pessoas que recebiam os enfermos nos hospitais cristãos da Idade Média sempre se esforçaram para promover o cuidado e a cura deles. Muitos clérigos eram cirurgiões ou médicos que estudavam e se dedicavam para esse fim. Os hospitais criados para atender os “cruzados” feridos em batalhas também tinham o fim precípua de curar a fim de que estes pudessem regressar aos seus países de origem, de preferência com as pilhagens executadas.

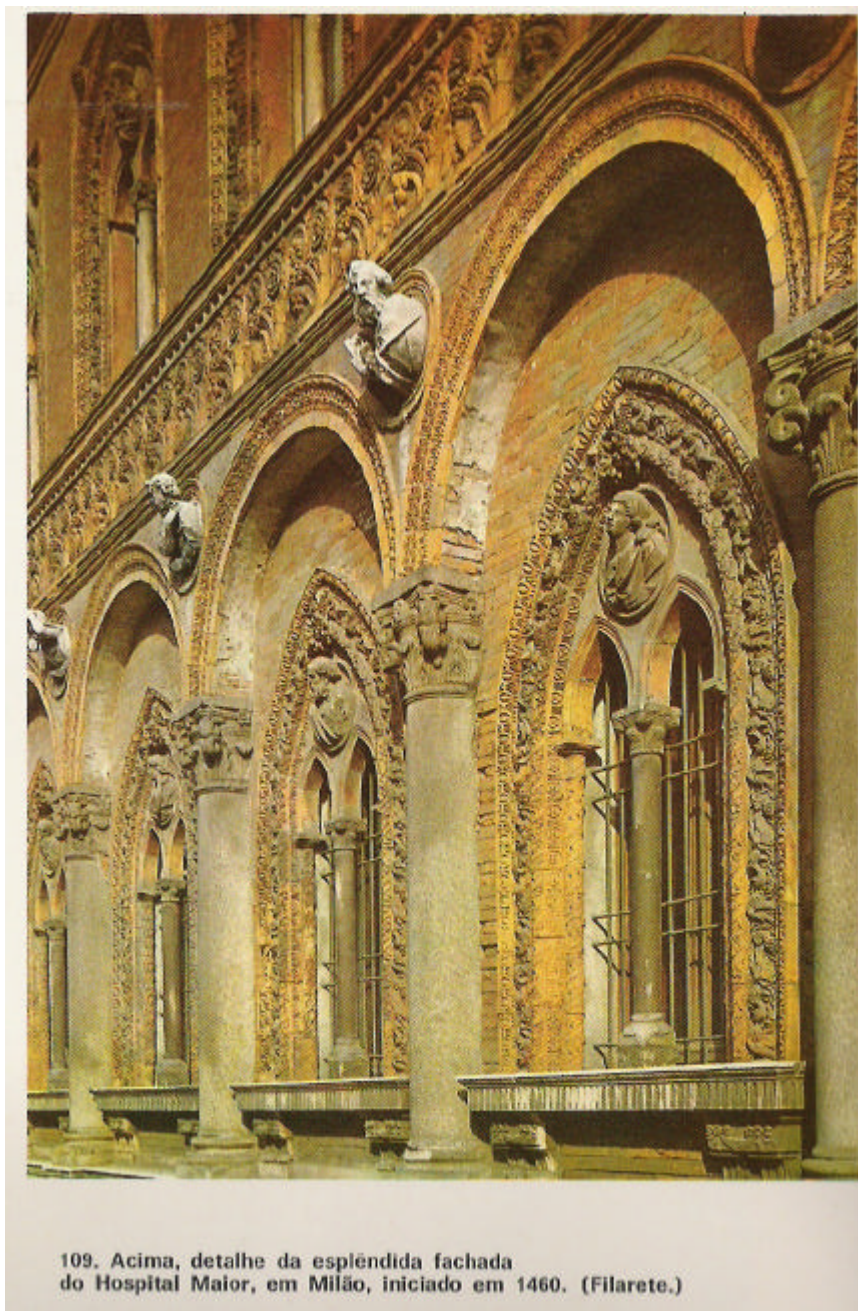


Figura 9 - Fonte: Arte nos Séculos (Volume III:590)

Na Renascença exemplificamos o Hospital Maior de Milão, obra do Arquiteto Filarete de 1456, testemunho concreto da preocupação com a higiene e a saúde dos seus internados, além da arte, como também é o caso do Hospital dos Inocentes em Florença. Não se pode conceber que estas complexas e belas instalações foram feitas apenas para depósitos de doentes ou para ser seu “morredouro”.

Martinho Lutero quando foi a Roma em 1511 assustou-se com a imoralidade dos italianos, em compensação, surpreendeu-se mais ainda com o que viu nos hospitais, como se verifica na descrição de sua lavra em *Conversação Familiar* a seguir:

Na Itália, os hospitais são primorosamente construídos e admiravelmente providos de excelentes alimentos e bebidas, auxiliares zelosos e médicos cultos. Os leitos e lençóis são limpos e as paredes adornadas de pinturas. Quando entra um enfermo, suas roupas são removidas na presença de um notário, que procede a um minucioso inventário delas; guardam-nas depois em um lugar seguro. Vestem uma camisola branca no paciente e o colocam em um leito confortável com lençóis muito limpos. Logo depois os médicos o examinam; servem-no de alimentos e água em recipientes também limpos... Muitas damas revezam-se nas visitas aos hospitais e cuidam dos enfermos; cobrem o rosto com um véu, de modo que ninguém sabe quem sejam; cada uma permanece uns dias no hospital e volta depois para casa, ocasião em que outra dama vem então substituí-la... Igualmente excelentes são os asilos de crianças abandonadas, em Florença; estas são bem alimentadas, recebem instrução e vestem uniforme adequado. É realmente admirável o tratamento que recebem.

(Lutero, apud Durant, 2002:432).

Pelos exemplos mostrados nas fotos acima, confirma-se que os hospitais italianos gozavam da riqueza geral, eram muito bem projetados e edificadas com materiais excelentes que perduram até hoje. Pela descrição de Lutero verifica-se a sua surpresa em encontrar ambientes limpos e pacientes bem atendidos, alimentados e medicados, sinal que, pelo menos em seu país, isto não era comum. Outro aspecto importante é a da caridade: exercida de forma anônima, e melhor, de forma organizada pela sociedade. Ao menos o beneficiado não conhecia sua benfeitora. Para nós o testemunho do autor é incontestável.

Novamente é Rosen (1983:29), que nos conta: “Mais ou menos em 1515, um médico de hospital apontou em Strassburg, na França, que a atenção médica podia ajudar alguns pacientes e no final custar menos do que se nenhum cuidado médico fosse fornecido”. Verificou-se também que os que não haviam recebido nenhum cuidado médico anterior tinham um período de internação maior e, mesmo assim, se

morressem, a instituição tinha despesas maiores. É claro que isso mostra a visão mercantilista que já vigorava, mas também confirma a preocupação em recuperar o paciente o mais breve possível, e a palavra cuidado não deixa dúvidas quanto a intenção de usufruir o estabelecimento assistencial de saúde.

Bernardino Ramazzini, (1633-1714) médico italiano, em sua obra lançada em 1713: *Sobre as doenças dos trabalhadores*, também corrobora nossa tese ao se referir aos oleiros, relata que quando são atacados pela febre, se recolhem às suas choças se entregando à natureza ou “*são levados para o hospital e lá são tratados como toda gente, com remédios comuns, purgantes e sangria*”. Sua receita “para estes desgraçados trabalhadores” era inicialmente um banho de água fresca para umedecer a pele e abrir os poros, pois deveriam estar fechados pela poeira emanada da manufatura dos tijolos e, assim, a febre passaria. (Rosen, 1983:30). Em 1713 este pioneiro chamado Ramazzini instituiu alguns preceitos básicos da medicina social e afirmou que no hospital os pacientes eram ***tratados como toda gente***, ou seja, antes de 1780 os internados em estabelecimentos hospitalares tinham atendimento para a sua cura sim, naturalmente de acordo com o saber médico da época.

Embora não seja fácil definir, em termos estatísticos, sua influência, parece claro que ajudaram a espalhar informação médica e a imprimir nas mentes das pessoas rudimentos de higiene. Outrossim, essas instituições não nasciam do governo, mas resultavam de esforços de cidadãos, e subscrições e heranças as financiavam. Nem o hospital voluntário nem o dispensário eram resultado de mudanças sociais e econômicas promovidas pela Revolução Industrial.

ROSEN (1994:121).

Segundo Rosen, os hospitais e dispensários construídos na Grã-Bretanha no século XVIII e no início do século XIX, eram criados para a promoção da saúde e para salvar vidas, além de locais adequados para recepção dos desvalidos. Para ele estas instituições espalharam informação médica e disseminaram rudimentos de higiene nas pessoas tratadas.

Portanto, a preocupação com a morte e com a dor, sempre levou o homem a buscar a higidez e, assim, prolongar sua existência. O próprio mandamento mosaico de “honrar pai e mãe para que vivesse muito tempo sobre a Terra”, era um estímulo permanente para os cristãos manterem a saúde. Com isso, a permanência na Terra, se constituiu em prêmio subliminar.

Outro ponto que nos leva a refletir sobre esta questão é a preocupação com a mortalidade, documentada historicamente por alguns autores, pois os governantes também sabiam que se uma epidemia grassasse entre os seus, toda a nação seria debilitada, atraindo os olhares cobiçosos de seus inimigos. Os próprios relatórios pesquisados dos Provedores da ISJP do século XIX sobre mortalidade e suas taxas demonstram a preocupação que estes tinham em justificar cada óbito que se verificava além da normalidade.

É óbvio que o saber médico estava limitado àquilo que cada época proporcionava, certo é também que este saber é cumulativo e, ainda, até o “Século das Luzes” o conhecimento do corpo humano era bastante reduzido. A partir do final do século XVIII, quando toda a ciência e a arte humana alcançam um patamar jamais atingido, é que o saber médico se desenvolve para uma Ciência médica que assume o hospital, para nele promover o cuidado e, a partir de Claude Bernard, o estudo e a experimentação sistemáticos na investigação dos fenômenos fisiológicos para a conseqüente cura dos enfermos. Mesmo que o hospital fosse para os pobres e nele o médico podia fazer seus estudos para aplicá-los na clínica, onde os ricos podiam pagar e se aproveitar do conhecimento adquirido pelo seu clínico no hospital, o pobre se beneficiava do tratamento qualificado, já que antes, segundo Foucault, nem isto existia.

Tudo no Universo se move, como já dizia Galileu Galilei, pois este moto perpétuo é o que mantém o seu equilíbrio. Isto ocorre no macrocosmo como também no microcosmo, já que os fenômenos biológicos estão sempre se modificando. Todas

as moléculas que integram e desintegram formas, mantêm essa propriedade sem se extinguirem. Falta-nos ainda a visão que penetre na grande complexidade das micropartículas em permanente movimentação.

O funcionamento de um Hospital mostra uma série de problemas, muitos não previstos por seus planejadores. O paciente que é internado quer que o ambiente que lhe é destinado seja o mais parecido com sua casa, por isso o edifício hospitalar deve adaptar-se ao homem e não o contrário, ou seja, o objetivo do Hospital é o ser humano, isto é, ser humanizado. A tendência é sempre se optar pelo grandioso e imponente, com cada projetista querendo mostrar seu talento quanto a forma. Entretanto, é preciso ter sempre em vista que o hospital será sempre uma combinação de tecnologia e humanidade, pois é na simplicidade que se encontram as boas soluções.

Como em muitas outras atividades, o planejamento de hospitais está sempre atrasado em relação às necessidades que surgem a cada dia, sejam humanas, sejam tecnológicas. Em decorrência desse atraso é necessário que o projeto hospitalar seja flexível e modulado. O hospital hodierno deve adaptar-se ao modo de vida, às exigências e aos desejos de seus usuários, de suas enfermidades, de seus tratamentos e de suas idiossincrasias que, como tais, sofrem variações.

Pelo acima exposto pode-se constatar que, definitivamente, a Instituição Hospitalar antiga não era apenas um lugar para morrer, ou ainda, para receber a extrema-unção, era também um lugar de cuidar, de curar, de apreender, de ensinar, de restabelecer energias, todavia, em muitos estabelecimentos era também um lugar de exclusão, de segregação e de discriminação.

CAPÍTULO III

3 A EVOLUÇÃO DO SABER MÉDICO

Escreveu Hermes a Asclépio:

Ó Egito! Ó Egito! Não restarão de ti senão fábulas inacreditáveis às gerações futuras e nada permanecerá de ti senão palavras talhadas na pedra.

(Shuré, 1956)

O homem atual é chamado de *homo sapiens* na classificação dos seres vivos, verificando-se que o termo “*sapiens*” destaca a sua inteligência, como o ser sábio.

Ao percorrer a história da Ciência e da Filosofia salienta-se a preocupação sobre a natureza do homem que, quase sempre, estava aderida à idéia que o homem faz de si mesmo e do mundo em que está inserido. Para os sábios antigos era mais fácil examinar o meio externo do ser humano, incluindo todo o cosmo visível do seu tempo, do que responder suas questões mais íntimas voltando-se para si mesmo. A disposição das esferas celestes ou as forças da natureza determinaram por muito tempo o comportamento do homem. A terra, a água, o ar e o fogo eram as substâncias fundamentais do Universo e as suas transformações decidiam a vida e a morte. O próprio Platão dizia que o corpo era composto destes quatro elementos.

Para Jean Bernard (1998:12) existem cinco períodos na história da medicina. O **primeiro período** é mágico e se caracteriza pela dependência total do homem aos deuses. As doenças e a saúde faziam parte do destino do homem. Este primeiro ciclo se encerra com Hipócrates no século V a. C.

O **segundo período** é provocado por Hipócrates, considerado o pai da medicina, (459/460-355 a.C.). Exercendo largamente a clínica e observando minuciosamente a natureza, deu uma nova dimensão aos conhecimentos de então sobre saúde e doença. De sua lavra é a obra “Ares, Águas e Lugares”, a qual se manteve hegemônica por mais de dois milênios como texto fundamental da epidemiologia. Como a medicina chinesa já tinha afirmado, ele também estabeleceu

para o mundo ocidental a correlação entre os humores, seus elementos, órgãos-sede e suas qualidades. A sua terapêutica era a de aplicar elementos contrários para provocar o equilíbrio anterior. Ao desvincular a medicina do sagrado propõe um conceito novo, laico para a mesma. Outrossim coloca uma definição objetiva dos sintomas tentando explicá-los através da sua teoria dos humores. Essa nova medicina encanta Tucídides, Platão e Aristóteles, todavia a medicina permanece ineficaz. E, por incrível que possa parecer, não há muita diferença entre o poder ou a falta desse, de um médico do tempo de Hipócrates e o de um seu colega do início do século XIX.

Entrementes, Sócrates em Atenas inicia o exercício da análise interior ensinando aos seus discípulos a primeira regra de identificação do ser humano: “*conhece-te a ti mesmo*”; regra que já existia antes dele, inscrita que estava no pórtico do Oráculo de Delfos. Afirmava ainda Sócrates aos seus áttentos ouvintes que o “*homem é a sua alma*”.

Diversos povos antigos da Ásia e das Américas conheciam mais o seu íntimo do que os europeus da antiguidade.

O grande Poeta romano Virgílio (Publius Virgilius) (70-19 a.C.) em sua obra Eneida – VI, 727, já afirmava: “*Mens agitat molem*”. (*A mente move o corpo*).

Alguns séculos depois de Sócrates, Jesus na Palestina, nos revelou o amor incondicional. Os homens distorcem e adaptam sua divina doutrina aos seus interesses mundanos e transitam a Idade Média alimentando densas trevas. Paulatinamente os dogmas religiosos foram sendo inventados e incrementados para se ajustarem ao controle dos dominadores, que não admitiam largar mão de qualquer uma de suas sangrentas prerrogativas. Dessa forma, a Religião, que deveria esclarecer, libertar e consolar, escravizou, torturou e oprimiu. A Deus premiou-se com uma imagem antropomórfica. (Nada contra a belíssima pintura de Miguel Ângelo na Capela Cistina, muito pelo contrário). A Terra era o centro do Universo e só aqui florescia a vida. O homem era um ser espiritual destinado a temer a Deus e (contra qualquer senso), o seu corpo seria ressuscitado no final dos tempos. Instalou-se uma

hierarquia de pseudos valores espirituais, com alguns se arvorando em mandatários de Deus para julgarem seus semelhantes. A humanidade separou-se em “cristãos” e “hereges” e, com a maior desfaçatez produziram guerras de conquistas, (sempre o são), criando as monstruosas cruzadas e o sinistro “Santo Ofício”, dizimando populações inteiras, principalmente de seus próprios compatriotas, como na terrível “Noite de São Bartolomeu” na França ou em Praga com a “defenestração”, apenas por não professarem a mesma cartilha. Povos primitivos com culturas seculares, quando catequizados, eram obrigados a mudar seus costumes para que fossem aceitos no “Céu” mas, geralmente, não eram sequer recebidos nas mesas dos próprios catequistas, era e ainda é a hipocrisia desenfreada tão combatida pelo Mestre Nazareno. O espírito preponderava sobre o corpo, o que justificava os auto-suplícios ou penitências e toda fisiologia do organismo dependia da sua atuação. Os princípios de Galeno foram incorporados a esta doutrina, já que se adaptavam muito bem às suas proposições.

Cláudio Galeno de Pérgamo (c. 130-201 d.C.) produziu a síntese final do saber médico da antiguidade, que fundamentou as práticas de medicina e de Saúde Pública pelo milênio e meio seguinte. Também trabalhou para Marco Aurélio em Roma entre os anos 170 e 180 d.C., mas a sua medicina foi ineficaz para manter vivo o Imperador-filósofo. Para Galeno o homem era constituído por três “pneumas” (espíritos), o *animal* situado no cérebro, o *vital* no coração e o *natural* no fígado. O *natural* era o produtor do sangue, da nutrição e das permutas. O *animal* respondia pelas funções de sensibilidade e movimento e o *vital* regulava a movimentação do sangue. O princípio fundamental da vida física era o “calor vital” que produzia a circulação do “pneuma” e mantinha a resistência da vida física, o que sustentou por séculos a Doutrina do Vitalismo.

Para Roger Bacon (1214-1294) a experiência era mais do que o texto e o raciocínio. Preconizando a ciência experimental escrevia: “*Raciocinar leva-nos a tirar uma conclusão que consideramos certa, mas este não suprime a dúvida, e o espírito só repousará na luz da verdade se adquiri-la por meio da experiência*”.

Já no século XIV a idéia de que o homem enfermo seria o provocador de doenças no seu semelhante, definia a concepção de contágio existente. Muitas crendices estavam em voga e que eram o fruto da ignorância. As causas poderiam ser pela conjugação de certos globos do sistema solar, pelo envenenamento das fontes e poços pelos leprosos e judeus, feitiços, bruxarias e outras sem sentido. Estas concepções eram tão arraigadas entre o povo que até hoje encontram guarida em muitos segmentos da nossa sociedade.

Girolamo Fracastoro (1478-1553), médico de Verona, em 1546 concebeu uma teoria racional sobre o contágio escrevendo:

Os seminaria (sementes ou princípio de contágio) se disseminam escolhendo os humores pelos quais têm afinidades, sendo lançados nos vasos por atração. Podem ser absorvidos pela respiração e aderir aos humores que os levam ao coração.

Portanto, para ele, o contágio acontecia quando o enfermo transmitia corpos minúsculos para o não infectado. Fracastoro também escreveu em 1530 o célebre poema chamado Sífilis, que deu nome à doença, no qual descreveu precisamente a mesma. Foi um dos pioneiros da descrição do tifo exantemático. Dessas elucubrações teóricas iniciais sobre contágio desenvolveu-se outra que se denominou de teoria miasmática, que adiante abordaremos.

Paracelso (1493-1541), foi o primeiro a criticar vigorosamente a medicina de Galeno, Avicena e Rhazès. Postava-se como médico-filósofo. Para ele a Ciência devia ser uma síntese do saber humano, (princípio que já era aplicado na “Universidade” de Alexandria da Antiguidade), e mesclava a pesquisa científica com ciências ocultas e os seus dons de mágico. Em mais de 364 escritos compilou a terapêutica, estes expressam sua engenhosidade e o avançado pensamento que detinha para a sua época. A partir de sua idéia de acoplar a Química à Medicina provoca uma busca pelas pesquisas da digestão, da fermentação dos alimentos, da composição da saliva e dos líquidos do estômago. Sua atuação abre as portas para a doutrina dos medicamentos específicos e dos quimioterápicos. Com a Química sobrevém a idéia da existência de um metabolismo celular que, pela digestão, poderia explicar o

misterioso “fenômeno da vida”. Nesse tempo a Medicina continuava se debatendo no grande dilema entre a Ciência e a alma, era um tempo de febril discussão da religião imperante; todavia, a cada nova investigação, os fenômenos naturais iam abrindo seus véus mostrando que os processos químicos e mecânicos podem ser mensurados e reproduzidos em laboratório. Pouco a pouco, o sentido da existência de uma “entidade imaterial” se perde no domínio da fisiologia orgânica. A mecânica de uma máquina em movimento tinha semelhança com o conceito de “máquina humana” que gradativamente vinha se mostrando na fisiologia de cada uma das suas peças. Como todo inovador e, pela sua postura, provocou inúmeras celeumas e críticas de seus colegas invejosos ou ignorantes, a ponto de muitos o considerarem um “médico maldito”.

A partir da descoberta das Américas, alargaram-se as terras conhecidas e, nestas, novas plantas, animais e povos exóticos se revelaram e impuseram uma revisão nos conceitos da vida humana na Terra. Surgem então intenções de promover-se um conhecimento científico da Natureza pela observação direta. Aparecem novos paradigmas para reinterpretar os fenômenos naturais e a constituição do homem.

André Vesálio (1514-1564), médico e anatomista belga, em 1543 publicou sua obra monumental *De corporis humani fabrica libri septem* (*Sete livros sobre a organização do corpo humano*), com esta obra torna-se o fundador da moderna anatomia, e implodiu os dogmas galeanos, lançando um novo paradigma para a medicina, para ele o corpo humano era uma máquina.

Giordano Bruno (1548-1600), pensador e incompreendido em seu tempo, propõe a existência de uma única substância na composição do Universo e cria a idéia da infinitude, para eliminar os quatro elementos formadores da Terra e a substância divina que formava os astros. A Ciência ainda não o entendeu.

Galileo Galilei (1564-1642) estabelece o experimento e a formulação matemática do resultado da experiência como base das ciências exatas. A partir daí a fisiologia humana passa a ser medida, avaliada ou pesada pelo termômetro, pela

balança e pelo microscópio, instrumentos que se incorporam na prática médica. Inventou também o microscópio, mas não o utilizou em investigações científicas, apenas o presenteou a potestades que o usavam como um brinquedo.

Francis Bacon (1561-1626), em 1620 funda o *método indutivo de investigação científica*, determinando uma nova relação entre causa e efeito. Agora os fenômenos naturais são compreendidos pela observação cuidadosa que autoriza revelar as leis que regulam cada um deles. Mas Bacon também lançou o lema “saber é poder”, o qual revela sua disposição de usar seus conhecimentos para controle da realidade para seu próprio proveito. Propugnou para que a Ciência valorizasse a pesquisa experimental. Portanto, o novo paradigma era mostrar o conhecimento científico como o resultado de um método de investigação apto para conciliar a observação dos fenômenos, a elaboração racional das hipóteses e a experimentação controlada para comprovar as conclusões obtidas.

Em 1628, William Harvey apresenta ao Rei Charles I da Inglaterra o coração de um cão que ele dissecara, mostrando que o sangue circulava pelas artérias e retornava pelas veias através do impulso motor dado pela contração dos músculos do coração, resultante das suas numerosas experiências com animais. Estabelecia que o corpo humano era uma máquina e que, paulatinamente revelava os princípios mecânicos que o moviam. Notabilizou-se também pela sua antevisão da biogenética.

René Descartes (1596-1650) desenvolve um novo pensamento do mundo estabelecendo um novo paradigma na Filosofia. Defendendo o direito de tudo duvidar, propalava que só o pensamento é livre e que apenas este não podia ser posto em dúvida. Para ele só era possível conhecer a verdade quando se colocava todo o conhecimento em dúvida, indagando sobre tudo e, criteriosamente, investigar e analisar se existe algo na realidade de que se possa ter total certeza. Sua celebre expressão: “penso, logo existo” (*Cogito ergo sum*) separou o plano material, que chamou de “*res extensa*”, do conteúdo da mente, o qual denominou “*res cogitans*”. Revela-se assim, um princípio dualista, ao tornar o mundo físico livre da vida espiritual que o movimentava. O corpo separa-se da alma e passa a ser objeto de estudo como

qualquer outra máquina que o homem desmonte e remonte, para conhecer seus mecanismos. Admirado diante do enorme potencial da mente, Descartes questionando a si mesmo sobre a complexidade dos nervos, elabora a *teoria dos espíritos animais* que, para ele, estariam enclausurados no cérebro, perpassando nas redes nervosas para atender aos movimentos da respiração, dos humores e da defesa orgânica, sem participação consciente da vontade, assegurando que esses espíritos se ligavam refletidos necessariamente, aplicando tal regra principalmente aos animais, aos quais classificava como máquinas desprovidas de pensamento. O filósofo não conseguiu apreender toda a amplitude das vias que se mostravam à evolução na esteira dos evos, todavia abordou a verdade do ato reflexo que atende ao influxo nervoso, no automatismo em que a alma evolui para mais altos níveis de consciência, no rumo inevitável para a vida superior.

O corpo humano se transforma e degenera quando atacado pela doença, mas neste tempo o saber médico utiliza o bisturi na cirurgia ou na necropsia e inicia, pela investigação minuciosa, a mostrar a dimensão destas lesões. Giovanni Morgani causa admiração geral na Medicina Italiana quando, aos 22 anos de idade, demonstra a patologia humana que existia no bojo de cada uma das doenças que analisava. Ele coletava todos os dados clínicos e depois investigava o cadáver em todas as suas perturbações, revelando a causa de cada uma das enfermidades que estudava.

Thomas Sydenham (1624-1689), médico que foi chamado de “Hipócrates inglês”, é um dos precursores da epidemiologia. Criou seu próprio “*Méthodus*” para o estudo das doenças fundamentado em Francis Bacon, o criador do método científico. Mas também desenvolveu a teoria atmosférico-miasmática para a doença, a qual foi hegemônica no meio médico até as descobertas de Pasteur e Koch na década de 1880, servindo de base para a Saúde Pública até o final do século XIX. Para Sydenham os “miasmas saem do centro da Terra e causam epidemias”. Em 1685 publicou suas *Obras Universais*, nesta obra desenvolve a sua teoria atmosférico-miasmática da doença rompendo com a metodologia e com a estrutura conceitual que desde a Antiguidade vigorava, surgindo um novo saber médico, que durou por mais de 200 anos. De sua lavra: cirurgia sobre amputações, talha, hipogástrica vesical e

manobras obstétricas, além de um tratado editado em 1675 que intitulou: *Sobre as enfermidades agudas*. Junto com Silvius reintroduziu na clínica os princípios de Hipócrates.

Robert Hooke constrói o seu primeiro microscópio e, com ele, identifica num pedacinho de cortiça, a formação de um monte de “lojas” que, posteriormente, foram chamadas de células. Em 1665 descreve suas descobertas em sua obra *Micrographia*. Revela-se então que todos os seres vivos são constituídos por células, as quais variavam em forma e dimensões em cada organismo investigado. Pouco depois Marcello Malpighi, com um microscópio, descobre vasos diminutos que promoviam a união das artérias com as veias, completando o circuito da circulação que William Harvey nos revelara antes. Marcello Malpighi (1622-1674), médico italiano e um dos expoentes do Atomismo, em 1661 nos desvela os vasos capilares do baço, a fim de compreender-se de que modo o sangue passava das artérias para as veias, retornando ao coração, sem necessidade do pneuma vital propalado por Galeno. Em 1665 demonstrou a existência dos glóbulos vermelhos e outras descobertas. Considerado criador da anatomia microscópica.

Antoine Laurent de Lavoisier (1743-1794), químico francês, é considerado o criador da química como ciência. Em 1777 identificou o oxigênio e o nitrogênio pelo aquecimento do mercúrio em contato com uma porção limitada de ar em uma célebre experiência. Em 1781 determinou a composição da água e do gás carbônico. Foi guilhotinado em 1794 mas antes descobriu a função do oxigênio na respiração e demonstrou a inexistência do flogístico do Vitallismo.

Já no século XVIII as propostas materialistas do Mecanicismo ainda não conseguiam afastar definitivamente a alma da fisiologia humana. É por esta razão que George Stahl (1659-1734) mantém sua teoria vitalista como fundamento de todos os fenômenos naturais. Os fluidos de Galeno agora são vistos como um “éter” que emana da alma, sustentando a vida. A circulação se mantém à custa de uma tonicidade das artérias e os músculos se contraem por força do livre arbítrio que a alma escolhe e determina.

As pesquisas na Medicina se detinham e se aprofundavam nos aspectos materiais da anatomia e da fisiologia humana, quando, a partir de 1784, Viena é sacudida pela atividade inusitada do magnetizador Franz Anton Mesmer. Em sua tese de doutorado, Mesmer defendeu a influência dos astros na produção das doenças e afirmava que tal atuação se praticava com um “fluido” que tudo penetrava. Chamou este elemento imaterial de “fluido magnético” e presumia que este podia ser transferido de uma pessoa para outra. Em sua clínica, Mesmer afirmava que curava seus pacientes com a transmissão destes fluidos, que ele conseguia mobilizar neles. Com o Dr. Mesmer surgem as primeiras experiências que, de algum modo, permitiram a investigação da mente humana na sua intimidade.

Em 1796 Edward Jenner (1749-1823), médico inglês, descobriu e introduziu a vacina contra a varíola; publicou sua descoberta em 1798. Esta foi a primeira vacina que se tem notícia e colocou a saúde em um novo patamar.

Philippe Pinel (1755-1826), médico francês, é considerado pai da psiquiatria moderna. Inspirado pela filosofia de Rousseau, durante a Revolução Francesa rompeu os grilhões dos doentes mentais do Hospital da Salpêtrière, em Paris, modificando profundamente a forma de tratá-los. Foi ao doente mental com olhar naturalista e não teológico, influenciando definitivamente a forma de cuidar dos doentes mentais. Rejeitou a “teoria dos humores” e os tratamentos de purgação e sangria que esta teoria inspirava.

René T. H. Laennec (1781-1826). Em 1801 matriculou-se na famosa *École de Médecine* de Paris e foi estagiar com Corvisart na *Charité*. Em 1803 já dava conferências de anatomia patológica e recebeu os *Grand Prix* de medicina e cirurgia. Formou-se em 1804 e se tornou um dos grandes de França. Foi médico do Hospital Necker em 1806, mas permaneceu na *École de Médecine* como catedrático, sempre produzindo pesquisas importantes junto com outros colegas. Inventou o estetoscópio. Em 1819 publicou seu *Tratado de auscultação mediata* e se tornou o criador da moderna medicina científica.

Em 1840, James Braid publica suas pesquisas sobre o mesmerismo, asseverando que podia induzir a “crise”, mantendo o paciente com o olhar preso a um objeto brilhante e com a atenção fixa em termos repetidos pausadamente, sugerindo relaxar e dormir. O sonambulismo revelado por Mesmer, para Braid se relacionava com a atividade cerebral, chamando este estado de “sono nervoso”, ou hipnose. Desmistificou o Mesmerismo e ligou o fenômeno hipnótico ao cérebro proporcionando à Medicina o acesso definitivo à mente humana.

A pessoa sob hipnose pode receber estímulos e se livrar dos sintomas que a molestam ou de traumas psíquicos que o afetam. Ampliando em profundidade o transe, o paciente pode submeter-se a cirurgia sem sentir dor e apresentar um mínimo de sangramento quando cortado. Desde o início da descoberta da hipnose perceberam-se as suas propriedades e, em meados do século XIX, numa Clínica rural perto de Nancy na França, o Dr. Liébeault, médico devotado, tratou gratuitamente por mais de vinte anos uma grande clientela com a qual ele obteve enorme sucesso, com o uso da hipnose. Naquela época aparece se destacando o famoso neurologista francês, Jean-Martin Charcot, fundador da Neurologia francesa quando criou a Escola Neurológica no seu Hospital de La Salpêtrière, em Paris. Sigmund Freud e Pierre Janet foram alguns dos seus estagiários e seus trabalhos modificaram a compreensão dos processos mentais. Charles Richet, grande fisiologista francês e fundador da Metapsíquica influenciou o Dr. Charcot a estudar a hipnose, passando então a usá-la no tratamento de suas pacientes histéricas. Mas a Clínica de Nancy e o Dr. Charcot travam enorme polêmica, com aquela demonstrando que a hipnose era uma condição humana passível de ser provocada em qualquer pessoa, enquanto que o Prof. Charcot afirmava que apenas a histérica poderia ser hipnotizada. Nesta querela, Freud visita a Clínica de Nancy e utiliza a hipnose nos estudos iniciais que produziram sua grande obra: a Psicanálise. Nas suas experiências Freud e Pierre Janet constataram que a histeria parecia provocar uma cisão na personalidade e a pessoa perdia o controle de seus atos. Todavia, ao final de sua carreira, Charcot também empregou a hipnose com sucesso em outros pacientes além das histéricas, ajudado sempre por seus assistentes e pressionado pelas evidências, apesar de negar tais procedimentos.

Pierre Janet lança o conceito de automatismo psicológico, no qual, em certas condições, o psiquismo provocaria comportamentos ou atos motores automatizados. Neste grupo de manifestações, Janet incluiu a catalepsia, a psicografia e relatos semiconscientes, os quais ele denominou de vidas sucessivas. Seu mérito maior foi o de ter feito uma análise crítica dos fatos.

Horace Wells (1815-1848), dentista norteamericano, em 1844 aplicou pela 1ª vez a anestesia cirúrgica com o uso de protóxido de nitrogênio (óxido nitroso).

Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865), médico húngaro, que foi assistente no Hospital de Maternidade de Viena e lá constatou em 1847 que a febre puerperal era contagiosa, conduzida que era pelas mãos do obstetra. Insistindo para que se esterilizasse as mãos dos cirurgiões, conseguiu reduzir a mortalidade das mães de forma notável. Demonstrou a ação preservativa dos sais de cálcio. Semmelweis pesquisou a mortalidade por febre puerperal em duas enfermarias de um hospital de Viena e verificou que a que era atendida por médicos e seus assistentes, a taxa era maior do que na atendida por parteiras. Assim fulminou os fatores atmosféricos-cósmicos-telúricos do tipo miasmas, derrogando um paradigma secular. Este desbravador, sem reconhecimento por seus pares, descobriu a causa: eram as mãos contaminadas dos médicos que levavam para as novas parturientes a contaminação. Combativo e combatido nunca foi levado a sério pelos seus colegas e, até hoje, muitos médicos ainda não lavam as mãos nos hospitais como deveriam, acreditando que estão acima de qualquer “suspeita”, isto é, são “imateriais” e não contaminam ninguém.

Em 1859 Charles Robert Darwin (1809-1882), publica seu livro “*Sobre a origem das Espécies*” e cria a teoria da evolução, a qual tem restrições sociológicas, mas continua sendo aceita pela ciência. Com esta obra inaugura-se o **terceiro período** da história da medicina de Jean Bernard (1998:12).

Claude Bernard (1813-1878), médico fisiologista francês, foi o preparador de Magendie. Em 1865 publicou a obra *Introdução ao estudo da medicina experimental*, sendo considerado seu fundador. Bernard inicia uma nova fase ao proceder a experimentação médica sistemática como meio de investigação dos fenômenos fisiológicos, truncando a visão mecanicista que estava em franca expansão na compreensão dos fenômenos orgânicos com os instrumentos de mensuração e observação. A Anatomia se utilizara do estudo de animais para correlacionar seus dados com os encontrados no organismo humano. Bernard traz os coelhos para o Laboratório e os submete a experiências e controles que lhe permitiram descobrir a homeostasia. Consegue então comprovar que o equilíbrio químico e hemodinâmico do organismo condiciona a harmonia da vida. Em vinte anos descobriu mais fatos essenciais do que até então todos os fisiólogos do mundo inteiro.

Mesmo depois do “pasteurismo”, muitos médicos ainda acreditavam na teoria miasmática até no primeiro quarto do século XX. Particularmente, encontramos na nossa pesquisa documentos datados de 1924 em que se fala no perigo dos miasmas, especialmente dos exalados na Praínha e que atingiam o HC. Mas, com uma nova metodologia para o estudo das doenças no século XIX, a teoria atmosférico-miasmática vai perdendo força. Jean-Antoine Villemin (1827-1892) médico francês, demonstra que as taxas de mortalidade se conectavam com as condições de vida, constatação fundamental para que a humanidade se acordasse de sua letargia para com seus semelhantes, sono do qual ainda não se libertou plenamente.

Rudolf Virchow (1821-1902), foi o fundador da patologia celular examinando a essência das doenças na destruição da vida das células. Desenvolveu o conceito de patologia celular e se revelou, ainda um eminente antropólogo, higienista e político. Participou ativamente da revolução alemã de 1848 e, pelas suas convicções, foi perseguido. No início de sua carreira elaborou um conceito de epidemiologia social; mais tarde, ajudou a melhorar a saúde comunitária, em Berlim. Editou a primeira revista de anatomia patológica aos 36 anos de idade adquirindo fama ao introduzir o estudo sistemático microscópico na patologia, revolucionando, outra vez, a pesquisa do corpo humano, elucidando a natureza e as causas das enfermidades. Em 1858

publica sua obra *A Patologia Celular*. É o precursor da Anatomia Patológica e inovador na Arquitetura Social. Como criador da patologia celular estabeleceu um novo paradigma para a medicina, dando-lhe uma nova base científica. A teoria de que a sede das lesões é primitivamente celular mudou radicalmente as observações patológicas e o estudo dos fenômenos da inflamação. Também exerceu magna influência na legislação da higiene, na assistência social e na instrução popular do seu tempo. Foi um dos fundadores da antropologia e da etnologia modernas, e correlacionou as epidemias às desigualdades sociais.

Louis Pasteur (1822-1895), químico francês, as suas pesquisas de 1859 a 1865 resultaram na inexistência da geração espontânea criando a ciência dos micróbios. Comprovou a teoria microbiana da doença. Estudou diversas doenças, em especial antraz, raiva e cólera das galinhas. Desenvolveu a idéia, lançada pela vacinação jenneriana, de imunização contra as doenças. Com seu trabalho sobre o cólera das galinhas, a partir de 1880, se criou uma base racional para a construção de um conhecimento verdadeiro sobre imunização. Em 1861 descobriu os anaeróbios, microrganismos que não têm necessidade de oxigênio do ar para viver. Em 1862 afirma que a geração espontânea é uma quimera. Em 1865 estudou o bicho-da-seda constatando que sua doença era contagiosa e hereditária. Demonstrou também a influência do terreno no desenvolvimento de uma infecção parasitária. De 1870 a 1886 descobriu o vibrião séptico e que a infecção puerperal é devida ao estreptococo, este Pasteur descobriu em 1879, já em 1878 tinha descoberto o estafilococo. Lutou na Academia de Medicina contra os partidários das doutrinas superadas, demonstrando que os microrganismos são, em medicina, os causadores das doenças contagiosas e, em cirurgia, os propagadores da infecção. Também em 1879 descobriu o princípio das vacinações preventivas por inoculação de micróbios de virulência atenuada. Em 1883 conseguiu a vacina contra a febre amarela de Domingos José Freire e, em 1885 a vacina contra a raiva. Ao inaugurar seu Instituto em 1888 disse: *“Disso podemos ter certeza, que a ciência, obedecendo à lei da humanidade, sempre trabalhará para estender as fronteiras da vida”*. Junto com Robert Koch, é considerado fundador da bacteriologia e da microbiologia, estabelecendo nova base científica para toda a medicina.

O criador da cirurgia anti-séptica foi Joseph Lister (1827-1912), cirurgião escocês, que empregou seu vaporizador de ácido carbólico (fênico) movido a vapor em 1865. (O então famoso “burro mecânico”). Inundavam-se as salas de Cirurgia com ácido fênico por “spray”. Entendeu que era preciso fazer separações atmosféricas entre pacientes, salas, hospitais e população. Sua obra é uma consequência natural de Pasteur, a assepsia e a anti-sepsia, por este descritas, são aplicadas por Lister em 1867, por isso foi considerado o fundador do tratamento anti-séptico das feridas. A partir de 1870 começa-se a conhecer e a combater alguns agentes infecciosos.

Ainda em 1865, ano prolífero para o saber médico, Gregor Mendel, (1822-1884) monge e botânico morávio, ao fazer cruzamentos de ervilhas na horta de seu cenóbio, descobre as leis da hereditariedade tornando-se o fundador da genética.

Os anos de 1859 a 1865 transformaram o desenvolvimento da humanidade mais do que todas as guerras citadas na História. Estes seis gloriosos anos contemplaram o surgimento das vacinas e o nascimento da obstetrícia e da cirurgia modernas. Contudo, por mais incrível que possa parecer, até 1935 todas essas descobertas pouca influência exerceram na prática médica.

A partir de 1869, o cirurgião e antropólogo francês Paul Broca demonstra a especialização das áreas cerebrais no desempenho de cada uma das suas funções. A ciência avança na descoberta destas funções cada vez mais aprofundadamente. Entretanto, apesar da rede de neurônios conter de 10 a 15 bilhões de unidades, em determinados momentos, esta mesma ciência demonstra que o pensamento não circula sempre por dentro desta rede. Quando o ser humano é submetido a uma emoção mais intensa ou diante de grande perigo iminente, o pensamento passa por fora da rede, atingindo diretamente os sistemas de alerta e de defesa do corpo.

Robert Koch (1843-1910), médico alemão, com Pasteur criou a bacteriologia médica. Demonstrou a formação de esporos nos bacilos do antraz, descobriu os organismos da tuberculose em 1882, do cólera e da doença do sono, e colocou nosso

conhecimento sobre a infecção das feridas em base segura. Deve-se a ele ainda as principais técnicas dos estudos em bacteriologia. Koch procedeu em 1880 experiências importantes que comprovaram a eficácia de seus sistemas de ar seco quente na batalha bacteriológica.

A vinte de novembro de 1895 Wilhelm C. Röntgen elabora a primeira radiografia da história, ao focar o umbral da porta de seu laboratório, com essa inaugura uma nova era de diagnóstico por imagem. Mas, em 22 de dezembro de 1895 radiografa a mão de sua esposa que, por amor ao seu marido, se sacrifica deixando duas horas a mão exposta aos Raios X. Resultado? Quatro meses depois falecia a primeira vítima da irradiação... Era um tempo em que não se conheciam os perigos dos raios X; colocaram até aparelhos na rua, com as pessoas passando e olhando seus esqueletos e achando graça. A partir desta descoberta o diagnóstico e até a terapêutica são revolucionados, proporcionando um poderoso arsenal para a prática médica.

Em 1913 Carl Gustav Jung, notável psiquiatra suíço (1875-1961), passa a seguir seu próprio caminho, discordando de Freud, com quem até então colaborava; definiu o *Self* como “totalidade da psique consciente e inconsciente” e afirmava que essa totalidade iria além da nossa visão, já que o inconsciente existe. Jung não concordava com Freud que dizia que a religião era uma *neurose compulsiva*, afirmando que esta era necessária para o equilíbrio psicológico, antineurotizante, desde que seja estímulo para o trabalho de renovação interior do indivíduo. Nietzsche é um bom exemplo disso ao desacreditar de tudo e terminar num asilo de alienados. No livro: *A idéia do Sagrado* de Rudolf Otto, Jung achou a palavra *numinoso* correta para significar força espiritual, a qual oportuniza qualquer experiência transpessoal. O *numinoso* revela-se em expressão do inconsciente coletivo, que pode ser abstrato, estimulante, provedor, que se caracteriza como uma realidade mais do que humana. Quando o *Self* está em plenitude, o sujeito experimenta a qualidade numinosa que está ligada ao sagrado, à Divindade. A experiência numinosa não pode ainda ser compartilhada com outra pessoa que não a vivenciou, tampouco explanada, pois ainda faltam meios para

demonstrá-la ou expô-la. Só quando são superados os óbices criados pelo *ego* e trabalhados e acertados os conflitos é que o *Self* consegue o seu conteúdo *numinoso*, que se manifesta no Deus interior que está em todos os homens.

No cérebro triúno de Paul MacLean encontra-se toda a história antropológica do ser desde as primeiras vivências gravadas no *cérebro réptil*, transitando pelo *mamífero* até o *neocórtex* no qual existem muitas potencialidades que ainda não foram exploradas. O *Self* é o herdeiro desse legado obtido em milhões de anos.

A experiência *numinosa* emula o ser para avançar e superar os limites do *ego*, ajudando o ser humano a triunfar sobre si mesmo. Jung ainda reconheceu que “*O homem não muda, na morte, em sua parte imortal: ele é mortal e imortal ainda em vida, pois é tanto ego como Self*”.

Paul Ehrlich (1854-1915), médico alemão, transformou a quimioterapia em um ramo da medicina. Autor da teoria extraordinária da cadeia lateral da imunidade e da síntese do *Salvarsan*. Em 1892 foi o primeiro a distinguir a imunização ativa da passiva. Em 1895 estabelece a teoria dos anticorpos. Em 1909, com o japonês Hata, criou um medicamento ativo contra a sífilis: o arsenobenzeno, marcando a advento da quimioterapia específica.

Karl Landsteiner (1868-1943), biólogo austríaco. Em 1900 descobriu os quatro grupos sanguíneos principais e, em 1941, o fator *Rhesus* em conjunto com Wiener. Realizou trabalhos de imunologia e microbiologia, demonstrando também o mecanismo das hemoglobinúrias paroxísticas.

Em 1935, Gerhard J. Paul Domagk (1895-1964), patologista e bacteriologista alemão, descobre a ação bactericida da sulfanilamida; é o início da quimioterapia pelas sulfamidas. Descobriu o *prontosil*, o primeiro dos remédios à base de sulfonamida. Nesse tempo começa o **quarto período** da história da medicina proposto por Jean Bernard, este período é chamado de terapêutico. Após a descoberta das sulfas surgem a cortisona, a penicilina, os hormônios e outros

antibióticos. Na cirurgia agora se abrem cérebros, corações e pulmões. Os hematologistas curam recém-natos, permutando todo o sangue deles. Todavia a medicina, agora eficaz, permanece no empirismo.

Howard Walter Florey (1898-1984), médico inglês, foi quem isolou e fabricou com Chain a penicilina em 1940 a partir do *Penicillium notatum*. A penicilina tinha sido descoberta por Fleming em 1927, mas este não conseguiu isolá-la.

Em meados da década de 1960 inaugura-se o **quinto período** da história da medicina proposto por Jean Bernard (1998:13), período esse denominado de racional. Dessa forma a medicina do século XX é completamente diferente da anterior e, com certeza, a do século atual será muito diferente da do século passado. No futuro teremos uma medicina muito menos invasiva que a atual e com recursos hoje ainda insuspeitados pela Ciência. Com o passar dos tempos a evolução moral da humanidade levará com que a medicina de hoje se torne peça de museu. Os médicos trabalharão muito mais a mente do que o corpo. A medicina então será muito mais preventiva, capaz até de impedir o surgimento de doenças. Segundo Bernard (1998:14) a medicina será inspirada em duas virtudes: a esperança e a modéstia. A esperança que deve reduzir a dor e a infelicidade dos homens e a modéstia para reconhecer a limitação de que o homem ainda tem sobre o conhecimento das doenças e de si próprio e, então, abordando o que não sabe com humildade e determinação o cientista poderá ver e tratar o homem como um ser integral. Pelo levantamento feito sobre a evolução do saber médico concluímos que três grandes revoluções tornaram a medicina uma ciência: a revolução da fisiologia, a dos exames por imagens e a da biologia molecular.

Os estudos de Thomas H. Morgan de 1910 sobre as correlações entre genes e cromossomos, e a descoberta de Oswald Avery em 1944 em que o material genético de uma bactéria podia modificar a descendência de outra, proporcionaram que Crick e Watson descobrissem a estrutura em hélice dupla do ADN, o qual forma os genes de todas as células vivas e, em 26 de junho de 2000 foi concluída a decodificação do mapa genético com seus três bilhões de elementos. Com este novo saber, ou seja, a

posse do “Mapa da vida”, muitas são e serão as especulações que originarão novas polêmicas e grandes preocupações de ordem ética e moral, com o homem retornando a Filosofia para encontrar respostas. Esta é a lei natural, isto é, a lei da permanente evolução.

3.1 O IMPACTO DO NOVO SABER MÉDICO NA ORGANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS HOSPITALARES

A energia curativa natural que existe em cada um de nós é o principal fator de recuperação.

Hipócrates

A diferença que mais se destaca entre o hospital *pré-científico* e o seu equivalente atual é ausência daqueles laboratórios bem equipados que servem para a investigação científica, bem como, para a instrução dos estudantes. Outra diferença notável era falta de enfermarias especializadas para os diversos tipos de afecções. Apenas os muçulmanos ofereceram a separação por enfermidades e, já no século XVIII, os ingleses construíram hospitais especializados. O médico ou cirurgião antigo tratava de todas as partes do corpo, o especialista surgiu depois do saber médico adquirir seu caráter científico.

Com o surgimento da anestesia foi possível proceder grandes cirurgias. Em 1842 usou-se o éter; o óxido nitroso foi utilizado pela primeira vez em 1844 e vinte anos depois já se empregava o clorofórmio e o cloroetilo. O segundo passo para o progresso científico da cirurgia foi o da higiene moderna que se associou com a Bacteriologia, resolvendo o problema da anti-sepsia e da assepsia.

Em 1845 foi introduzida a anestesia geral por éter pelos norte-americanos Morton e Waren tornando a cirurgia indolor. Mas o flagelo da sepse continuou e as chamadas “doenças de hospital” cresceram. Segundo Lister, em 1864, 45% dos

pacientes faleciam no pós-operatório. (Scliar, 1987:69). Lister foi o fundador do tratamento anti-séptico das feridas.

Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira inglesa, exemplo de mulher virtuosa e um espírito iluminado que levou sua luz a muitos sofredores, especialmente aos pobres hospitalizados, foi a fundadora da enfermagem moderna. Estudou em Alexandria com as Irmãs Vicentinas, cuja Ordem era ainda uma das poucas que se mantinha desde a sua fundação trabalhando pelos doentes. Depois, em Kaiserswerth estudou com as Diaconisas do Instituto Protestante verificando como estas preparavam as suas futuras enfermeiras. Esta era a outra organização que sobrevivera nas lidas com pacientes, além das Vicentinas. Ainda estudou em Paris na sede dessa Ordem. A ligação das “filhas” de S. Vicente de Paula com este trabalho vem da estada dessas Irmãs de Caridade no HC durante oito anos, (1856-1864), período em que tudo no hospital funcionou bem, fruto do esforço, qualificação, desvelo, e renúncia virtuosa dessas sete mulheres que iluminaram o mundo de muitos catarinenses com seu amor pela humanidade. São as mulheres que estão mais próximas de Deus pela sua sensibilidade natural. Em 1859, escrevendo suas “Notas sobre hospitais”, Florence criticava a teoria dos miasmas. Lembrava que a falta de padrões apropriados de iluminação e ventilação naturais, a superlotação e a área mínima por leito nos nosocômios existentes se apresentavam como os grandes problemas a serem enfrentados. Contudo o Hospital Lariboisière era por ela apontado como modelo. Estabeleceu então as diretrizes do que se chamou de “enfermaria Nightingale”, a qual consistia num ambiente longo, como eram as grandes enfermarias. Nesta os leitos eram colocados perpendicularmente às janelas, que eram sempre altas, situadas nos desvãos entre os leitos, e nas duas fachadas da enfermaria que era simétrica, o que oferecia boa iluminação e ventilação cruzada e natural; o pé direito era sempre de grande altura. As enfermarias eram providas de instalações sanitárias localizadas numa das suas pontas, com a outra extremidade também munida de aberturas havendo, portanto, três fachadas ventiladas. Os ambientes de apoio eram: isolamento para paciente terminal, escritório da enfermeira chefe, sala de utilidades, copa e depósito. Estes elementos eram dispostos na entrada da enfermaria, entre o salão e a circulação geral. Na circulação central da enfermaria se disponibilizava um posto de

enfermagem e o sistema de calefação ou uma lareira. Esta disposição a partir de 1867 torna-se padrão para, no mínimo, dez lustros. O St. Thomas Hospital de Londres tem exemplares dessas unidades que funcionam até hoje. O Johns Hopkins Hospital de Baltimore, inaugurado em 1890 foi modelo por três décadas da implantação das “enfermarias Nightingale”. Estes grandes hospitais horizontais tinham um inconveniente, as grandes distâncias percorridas pelo pessoal.

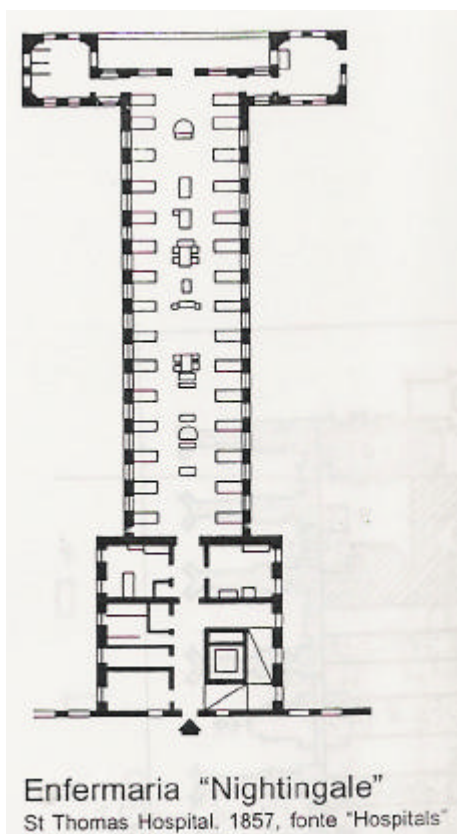


Figura 10 - Nesta planta de uma Enfermaria "Nightingale" do Saint Thomas Hospital pode-se observar as suas principais características. O ambiente maior é o destinado aos trinta leitos dos enfermos, acima as instalações sanitárias e abaixo os ambientes de apoio e um de isolamento.

Por volta de 1860, em Berlim, instalou-se um sistema de esgotos nos hospitais e na cidade.

Em 12 de agosto de 1865 foi aplicado o princípio anti-séptico pela primeira vez em uma cirurgia.

A partir de 1870 se inicia o conhecimento e o combate à alguns agentes infecciosos. Inundavam-se as salas de Cirurgia com ácido fênico por "spray", sendo

Lister seu iniciador. Entenderam que era preciso fazer separações atmosféricas entre pacientes, salas, hospitais e população.

Koch realizou importantes experiências em 1880 que comprovaram a eficácia dos seus sistemas de ar seco quente na luta bacteriológica. No ano seguinte começa a utilização da eletrocardiografia.

Em 1895 o francês d'Arsonval cria o tratamento por correntes de alta frequência. Neste mesmo ano, com a descoberta dos Raios X, a primeira instalação de um aparelho acontece no grande Hospital de Hamburgo. Thomas Mann em sua obra *A Montanha Mágica* descreve de passagem o pouco cuidado que o radiologista tinha com a radiação ao expor outras pessoas sem necessidade, cuidado esse que permanece ainda hoje em muitos serviços de Radiologia, com a maioria desconhecendo a norma da ABNT em vigor e que tem força de lei, uma vez que foi incorporada (como as demais) à Lei do Consumidor.

Em 1896 o francês V. Despeignes efetua os primeiros tratamentos do câncer por raios X.

A Fisioterapia foi incrementada no final do século XIX.

A nova cirurgia decorrente dos procedimentos anestésicos e melhor assepsia, ainda no final do século XIX, também ensejou uma profunda alteração no programa e na construção dos centros cirúrgicos.

Em 1905 o norte-americano Crile procede as primeiras transfusões sanguíneas diretas.

Um dos muitos inventos que influenciaram o programa hospitalar foi o eletrocardiógrafo, criado em 1906.

Já no final do século XIX o tratamento por meio de agentes físicos como: ar, luz, água, radiação e exercícios se intensifica, o que requer ambientes adequados para praticar o mais antigo e “recente” método de cura: a fisioterapia, da qual os romanos tanto se valiam. Para esta atividade os velhos hospitais só disponibilizaram os recintos menos nobres como subsolos úmidos, sob escadas, e outros carentes de luz natural e ventilação. Apenas com o surgimento da energia elétrica instalada é que tais locais puderam ser ocupados pelos pacientes. Por falta de conhecimento ou de reflexão, esta localização permanece nos hospitais construídos no início do século XX. Todavia, a fisioterapia é uma unidade dos grandes hospitais que provocou profunda revisão de conceitos e planejamento, promovida pelas múltiplas aplicações que a medicina física envolveu. A hidroterapia com águas naturais, termais, ferruginosas, sulfurosas, radioativas, etc, adquire bases científicas. Da mesma forma passa a ser parte do arsenal terapêutico a helioterapia, as radiações infravermelhas e as ultravioletas idealizadas por Darsonval em 1890 que, ao penetrarem no corpo humano, transformam-se em calor constituindo a diatermia.

Mas as maiores exigências para o programa arquitetônico do hospital em seus setores fisioterapêuticos foram as do diagnóstico por imagem e de tratamento por novos instrumentos inventados pela ciência. O processo iniciado pelos raios X ou Röntgen em 1895 prossegue no ano seguinte com Becquerel, o qual descobrindo as propriedades radioativas de algumas substâncias químicas provocou a necessidade de se criar novos espaços no edifício hospitalar para receber os novos elementos terapêuticos, o mesmo sucedeu com a descoberta do rádio por Pierre e Marie Curie em 1898. As experiências de Frédéric e Irene Joliot-Curie já em 1934 levaram ao descobrimento dos radioisótopos, o que promoveu novas alterações nos departamentos hospitalares de terapia. A Imagenologia, em nossos dias, adquiriu um lugar de extremo relevo na prática médica e, obviamente, no estabelecimento assistencial de saúde.

A evolução permanente dos novos métodos de diagnóstico e tratamento e o desenvolvimento da medicina reabilitativa pós Primeira Guerra Mundial foi o que mais exigiu modificações no programa hospitalar, renovação que, cada vez mais se acelera

na medida em que novas tecnologias são colocadas à disposição da medicina. Isso se comprova atualmente com nosocômios recém-construídos que, em pouco tempo, demonstram incapacidade para receber novos equipamentos. A flexibilidade do projeto se mostra então como uma das condicionantes fundamentais para o hospital atual.

As principais preocupações dos planejadores dos hospitais do século XIX foram a ventilação e a iluminação naturais. Contudo, isto era resultante de uma teoria equivocada: a dos miasmas, a qual, no confronto com a teoria do contágio, prevaleceu até a última parte desse século.

Werner T. O. Forssmann, fisiologista alemão, procedeu o primeiro cateterismo cardíaco em 1929.

Em 1931 o alemão Berger utiliza pela primeira vez a eletroencefalografia.

No início do século XX o modelo pavilhonar com a enfermaria “Nightingale” ainda vigorava. Destacam-se nesse período os Hospitais: Belfast Royal Victoria, que é um dos mais importantes exemplos pela técnica utilizada na ventilação mecânica, o qual originou em 1906 a expressão “condicionamento do ar”, Rudolf Virchow de Berlim, New King’s College de Londres, Bispebjæberg de Copenhague e o Hamburg-Eppendorf. Destacamos ainda a Cidade Industrial de Tony Garnier (1869-1948), sonho de um arquiteto para uma cidade ideal do proletariado que projetou na França em 1904, criando nela um complexo hospitalar e sanitário até então inédito. Le Corbusier (1973:30-31) se refere a esta obra e apresenta alguns dos desenhos originais do seu autor neste seu livro.



Figura 11 - Complexo hospitalar e sanitário de Tony Garnier (1904) – Fonte: Biermann et al.

No período entendido como Paz de Versailles surge o hospital monobloco vertical que, basicamente, era o empilhamento de enfermarias “Nightingale” servidas por um elevador. É esta enfermaria que fixa a anatomia geral de todas as outras unidades. Todavia, com a inauguração do Rigshospitalet de Copenhagen, aparece um novo elemento com as enfermarias sendo subdividas com divisórias de 2,10 metros de altura e, mais importante, com os leitos colocados paralelamente às janelas. As áreas de serviço atendem apenas a treze pacientes demonstrando que a enfermagem não deveria ficar sobrecarregada.

A Higiene Pública associada a outros setores da medicina alterou consideravelmente os índices de morbidade e mortalidade. A expectativa de vida aumentou e os países ricos duplicaram em pouco tempo sua população. As grandes massas humanas concentradas nas grandes cidades exigiram novo planejamento na assistência sanitária. A notável redução dos índices de morbidade e mortalidade

provocou um novo olhar sobre o hospital; a partir deste momento não mais será apenas o local de dor, da doença e da morte e sim o abrigo em que se podem obter cuidados e melhoria da saúde quando em desequilíbrio. Esta mudança, associada com os descobrimentos das escolas de Pasteur e de Koch, promoveu uma nova função para o hospital: o tratamento eficaz das doenças contagiosas.

Entretanto, a partir da segunda década do século XX, outros condicionantes surgem no horizonte hospitalar para o seu planejamento, tais como: custo e escassez dos terrenos urbanos, longas distâncias percorridas pelo trabalhador do hospital pavilhonar, novos métodos construtivos, estruturas metálica e de concreto armado que permitem edificações verticais, transporte vertical mecanizado e outros.

Ainda que todas estas modificações tenham sido introduzidas no edifício hospitalar, a flexibilidade dos espaços e a modulação estrutural não eram ainda preocupações dos seus idealizadores.

Com as descobertas científicas do final do século XIX, conceitos e saberes se modificam para o planejamento hospitalar. O incremento constante dos métodos de diagnóstico e tratamento muda os hábitos e os usuários do hospital, que até então atendia basicamente os que não tinham recursos, já que os que dispunham eram atendidos pelo médico em suas residências, agora a assistência não mais poderia ser no domicílio, a complexidade dos equipamentos e laboratórios não o permitiam. A modificação do perfil dos pacientes gera paulatina introdução de novas acomodações de maior privacidade, maior segurança e maior conforto.

Em 1944 o norte-americano Kolff constrói o primeiro rim artificial. A partir desta data as descobertas da medicina e da tecnologia biomédica se aceleram, ensejando uma nova fase para o hospital, acontecendo cada vez mais rapidamente as suas transformações.

CAPÍTULO IV

4 O HOSPITAL DE CARIDADE DE FLORIANÓPOLIS

A grandeza reside na intenção e não na dimensão.

Le Corbusier (1979:46).



Figura 12 - Fonte: Enciclopédia Delta Larousse, Vol. 13 (1974:6093). Vista do Desterro.

4.1 O OBJETO HISTÓRICO

A história é a tentativa de conseguir uma perspectiva filosófica através do estudo dos acontecimentos no tempo.

Will Durant (2002:11)

Há registros sobre existência no Desterro anteriores ao primeiro Hospital de Caridade de pelo menos mais dois Hospitais, um militar e outro dos Jesuítas. Preciso é esclarecer que se tratavam mais de enfermarias do que nosocômios propriamente ditos. Poderiam ser instituições não medicalizadas, mas há relatos de que pelo menos no Hospital Militar havia um cirurgião-mor. Para se ter uma

idéia do porte da Enfermaria Militar retro citada, em fevereiro de 1777 esta acomodava quatrocentos enfermos, ano em que foi destruída pelos invasores espanhóis. Quanto ao Hospital Jesuíta, este foi extinto com a expulsão destes clérigos das terras da coroa portuguesa por determinação do Marquês de Pombal em 1759.

No seu início o Hospital em foco chamava-se de **Hospital da Caridade dos Pobres**, constituindo-se então em uma instituição filantrópica que foi criada para atendimento aos pobres, idosos e enfermos, mas, já na segunda década do século XIX, por imposição governamental, só atendia aos militares da guarnição de Desterro. Desde sua fundação sofreu muitas dificuldades para a sua manutenção. Ao longo de sua vida atravessou crises constantes para manter suas portas abertas; isto sempre foi conseguido pela generosidade de alguns Catarinenses, desprendimento de seus provedores ou dirigentes e, geralmente, insuficientes subvenções governamentais. Está localizado na Rua Menino Deus, nº. 376, Praínha, Florianópolis, SC.

A partir da Carta Magna Brasileira de 5 de outubro de 1988, sedimentada com a Lei Orgânica de Saúde de 1990, o princípio da integralidade da ação de saúde foi definido como norma legal. O processo de implantação do SUS - Sistema Único de Saúde, em todo o país, tem sofrido adequações e “aperfeiçoamentos” cujos resultados não são ainda de todo cognoscíveis ou previsíveis. Contudo, a partir de novembro de 1988, os hospitais brasileiros, principalmente os que têm como cliente maior o SUS, sofreram perdas financeiras apreciáveis, algumas irreparáveis, em especial as Santas Casas de Misericórdia do Brasil, as quais sofreram duro golpe em suas combalidas finanças, seja pelo pagamento de diárias hospitalares em valores irrisórios, seja pelo atraso de vários meses e em época de inflação galopante, era mais um calote da União. Isto tudo resultou em gradativa deterioração da maioria dos edifícios hospitalares. Alguns hospitais cerraram suas portas, outros buscaram avançar pelos caminhos da tecnologia, do investimento em novos “produtos” e do

cliente que pode pagar sua estada, reduzindo a oferta de leitos aos que não têm tal possibilidade. Assim, os serviços hospitalares ou de saúde para o proletariado em nosso país, que estão garantidos pela Constituição, não são os que deveriam acontecer. O Governo destaca verbas gigantescas para a saúde, as quais são desperdiçadas em procedimentos altamente sofisticados e pontuais, beneficiando os poucos de alta complexidade ou o grande dreno da corrupção as consome.

Os objetos arquitetônicos, isto é, os edifícios devem ser construídos para abrigar e produzir espaços adequados aos fins a que se destinam. Para desenvolver nosso estudo pensamos que a estrutura lógica do indício precisa do apoio de uma explicação teórica que passe pelo crescimento do conhecimento, pela natureza e pela função dos textos, pelos conceitos de cultura, ideologia e estrutura de Estado.

A moderna arquitetura define-se como arte de organizar o espaço para a vida humana.

Como arma de transformação do mundo, a arquitetura tem os seus métodos próprios, que não se confundem com os da ciência ou os da própria tecnologia. Restaurá-los é a proposta contida nas atitudes de Le Corbusier e Niemeyer.

(VILANOVA ARTIGAS).

Segundo Walter Benjamin, “o caráter cultural da arte, com a experiência destes anos, tende a ser substituído pelo caráter político, o que por certo lhe acresce como forma de crítica da realidade em todos os seus aspectos”. O mesmo autor, em sua obra: Sobre o conceito da história afirmava: “Todos aqueles que até agora têm vencido, na história, participam de um cortejo triunfal, no qual os dominadores de hoje caminham sobre os corpos daqueles que permanecem estendidos no chão. O butim resultante da pilhagem ficou,

como é usual, marcado pela vitória: é o que se chama de ‘patrimônio cultural’. (Tese nº 7).

Os espaços do Hospital de Caridade foram estudados visando descobrir se atendiam, na concepção da época, as necessidades então surgidas pela evolução do saber médico. A construção especial de enfermarias para atender determinadas endemias ou outras carências da população atendida, também foi objeto de nosso estudo.

Desde a Antiguidade, no oriente e no ocidente, antes e depois de Cristo, existem registros de hospedarias, hospitais e hospícios, vocábulos com a mesma raiz latina “hospes”, do qual também derivam hóspede e hotel. Nos estabelecimentos assim denominados, pessoas piedosas patrocinavam e cuidavam de peregrinos, velhos, crianças e enfermos. Na verdade, alguma espécie de hospital, asilo ou outro nome que tenham dado, desde que a humanidade atingiu uma certa complexidade ou começou a ter algum sentimento de solidariedade para com o desvalido, existiu para acolher o enfermo.

No início da colonização brasileira, os portugueses trouxeram o modelo das chamadas “casas de misericórdia”, as nossas Santas Casas. Nestas, sob a direção de religiosos, abrigavam-se os indigentes, enfermos e os próprios membros de suas ordens religiosas. No século XIX, as Santas Casas cedem paulatinamente espaço para os hospitais gerais, sendo nestes instalado o ensino médico. As Santas Casas de hoje são verdadeiros hospitais, alguns são complexos hospitalares, mantendo o nome por tradição e, em outros casos, por aspectos jurídico-patrimoniais que as vinculam às suas respectivas ordens religiosas. Todavia, o Hospital de Caridade de Desterro, no seu início, não era administrado por uma ordem religiosa específica, apesar da fortíssima vinculação da Igreja Católica com seus Fundadores e Mantenedores.

O período a ser abordado remete-nos à época em que se iniciavam as construções de hospitais e dispensários no mundo ocidental, final do século XVIII e início do século XIX. No Brasil, nosso conterrâneo Irmão Joaquim, promove a criação de Santas Casas em diversas cidades brasileiras, motor principal que foi da construção do Hospital de Caridade e de sua manutenção em seus primeiros lustros.

O Hospital da Caridade dos Pobres de Desterro foi inaugurado em 1º de janeiro de 1789, já que até então, isto é, durante sete anos a Irmandade do Senhor dos Passos atendia seus pobres doentes em casas de pessoas caridosas da Vila. A construção do Hospital da Caridade dos Pobres é obra da Irmandade, portanto de pessoas da Comunidade Desterrense.

Para a concretização do Hospital da Caridade dos Pobres de Desterro, o Poder Público da Província participou, no início, com a doação do terreno em que está situado. Entretanto, constatamos que a prática de doações e heranças era comum entre os Brasileiros, movidos pela influência e poder da Igreja e fortemente embasados no Evangelho de Jesus. O Irmão Joaquim, admirável e portentosa figura da Vila Nossa Senhora do Desterro, exemplo de amor e solidariedade para com todos, caminhou algumas vezes descalço desde a Colônia de Sacramento até o Rio de Janeiro arrecadando esmolas do povo piedoso para a construção do Hospital de Caridade e, em seguida, para a sua manutenção e depois procedeu da mesma forma para com outras Santas Casas de Caridade. Durante sua existência foi até Lisboa diversas vezes para, com muito sacrifício e humilhações pessoais, obter na Corte as licenças de funcionamento, recolher donativos e proteções do reino, as quais viabilizaram a existência do Hospital de Caridade e de outras Santas Casas do Brasil, desde as suas origens até meados do século XIX. No entanto, constatamos que as doações testamentárias foram perdendo força nas últimas décadas do século passado. Especulamos que tal fato decorreu da construção de outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde na nossa Capital. Porém, as

instituições filantrópicas de Florianópolis têm se mantido graças às contribuições da sua sociedade, a qual demonstra ser generosa mesmo para aquelas que não têm vínculo religioso de qualquer espécie.

4.2 A IRMANDADE SENHOR JESUS DOS PASSOS E O SEU HOSPITAL

O observador é fonte de erros, contra ele a crítica deve permanecer vigilante.

Fernand Braudel (1992:20)

Em 1765, os imigrantes e brasileiros estabelecidos na Vila de Nossa Senhora do Desterro fundam a Irmandade Senhor dos Passos, em virtude de seu sentimento de religiosidade. Esta Instituição foi criada tendo como motivação um caso insólito: uma imagem do Senhor Jesus dos Passos, feita em Salvador da Bahia, deveria ser entregue no Rio Grande do Sul. Entretanto, após três tentativas malogradas da embarcação que a transportava de entrar na barra de Rio Grande, o Capitão do barco acreditando que a Vontade Divina era a de que a imagem permanecesse no Desterro, onde tinha aportado depois de cada arremetida ao porto de Rio Grande, resolve aqui deixar sua carga preciosa. Paga a confecção da estátua pelos moradores da Vila ao Capitão, o fato enseja a criação, em 1º de janeiro de 1765, de uma confraria de vinte e quatro pessoas, composta desde o Governador da Capitania a outros personagens da maior representação da Vila. A confraria assim constituída tomou o nome da imagem: Irmandade Senhor dos Passos.

A Irmandade procurou em seguida os recursos para construir uma capela para bem receber a Imagem. Com esforço obteve a Provisão (permissão) do Bispo do Rio de Janeiro em 3 de julho de 1767 para edificar o altar na Capela do Menino Deus. Mister é dizer que durante este tempo de dois anos e meio, Dona

Joanna Gomes de Gusmão já havia “entronizado” a Imagem na mesma Capela que ela iniciara em 2 de maio de 1762 com donativos que ela angariara nas suas peregrinações a pé com mais duas beatas por Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Colônia do Sacramento. Todavia a Capela não estava completamente concluída. Dessa forma, a Irmandade erigiu seu altar, incorporando-o ao da Capela do Menino Deus em 1769. No ano de 1780 edificou-se a Sacristia da Capela do Menino Deus, com esta se fundindo. Concluídas estas obras, já em 5 de julho de 1782 a Mesa delibera tomar a seu cargo os enfermos indigentes da cidade, socorrendo-os em suas casas, “enquanto se não faz Hospital próprio para o dito fim”.

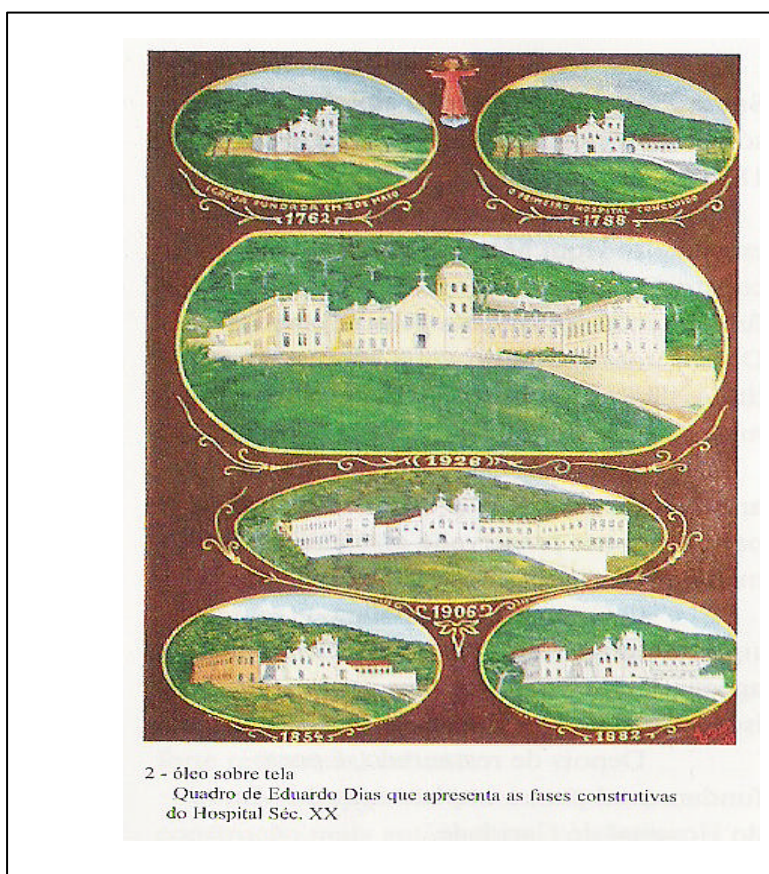


Figura 13 –

Fonte: Pereira (1997:50).

Este quadro faz parte do acervo da ISJP e foi feito pelo grande pintor catarinense Eduardo Dias, provavelmente no início da década de 1930. As pinturas mais antigas foram baseadas em descrições, desenhos e ou gravuras então existentes.

Em 5 de agosto de 1787 a Mesa se reuniu e decidiu separar financeiramente a Irmandade Senhor dos Passos da Caridade dos Pobres, em seguida, por proposta do Tesoureiro da Irmandade, Tomás Francisco da Costa é

resolvido fazer-se o Hospital ao lado da Igreja do Menino Deus em terreno doado pelo Capitão André Vieira da Rosa, o mesmo que doara à Dona Joanna o terreno para sua Capela. Entretanto, havendo problemas legais nessa doação, a Mesa requereu ao Vice-Rei a doação de um terreno maior, o que lhe foi concedido. Este terreno era mais de duzentas vezes maior do que o primeiro doado, que tinha 120 braças quadradas. O novo se limitava na frente com o mar na Praínha e nos fundos com o divisor de águas do maciço do Morro da Cruz.

O Irmão Joaquim constituiu-se no primeiro cuidador dos doentes enviados ao Hospital, ministrando-lhes as dietas, consolando-os com sua humildade, fé e sua alegria em servir, não arredando o pé do leito dos mais enfraquecidos, especialmente dos que portavam moléstias contagiosas. Nos momentos de descanso fazia flores de pano e de papel, cuja renda revertia ao Hospital. Em 1791 vai a Lisboa onde consegue junto a Rainha a licença régia e uma pequena subvenção de trezentos mil réis anuais para o seu Hospital. Cerca de cinco anos depois vai à Bahia onde ergue o Asilo dos Órfãos com esmolas por ele arrecadadas junto aos baianos mais abastados. Após esse feito vai a São Paulo, onde consegue com donativos por ele angariados, construir os Seminários de Itu e o de Sant'Anna e, mais tarde, o de Jacuecanga. Além desses também edificou a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, tudo isso é resultado das suas fantásticas peregrinações a pé para arrecadar esmolas, as quais pedia a todos que o pudessem dar, humilhando-se e passando por toda sorte de vicissitudes.

Outrossim, destacamos que a Irmandade contava com os serviços do Cirurgião-mor Antônio da Silva Gomes que, desde os primeiros dias de atendimento aos desvalidos que em casas de particulares tinham sido recolhidos, isto é, desde 1782 e depois, quando internados no Hospital, foram gratuitamente por este assistidos até quando a Casa obteve condições de remunerar parcamente o seu primeiro médico. Portanto, o HC, desde a sua fundação, sempre dispôs de um médico para atender seus pacientes, com visitas diárias, às vezes até cinco visitas, de acordo com a gravidade do caso.

No Livro de Atas da Mesa nº 4 de 1815 a 1854 consta na Ata de 14 de março de 1816, que o Presidente da Província de Santa Catarina, Sr. Luiz Maurício da Silveira, determinara que lhe passassem o Hospital da Caridade dos Pobres para servir de Hospital Militar. Os internados foram então simplesmente despejados e alojados pela Irmandade em casas de particulares, esta ficou apenas com a posse da Igreja. O Irmão Joaquim encontrava-se na corte em 1820, residindo no Hospício dos Barbonos, quando foi informado que seus pobres haviam perdido seu Hospital. De imediato dirige-se à casa do Marques do Lavradio e se insurge contra tal resolução. No Relatório do Vice-Provedor do biênio de 1891-1892, Alfredo Theotonio da Costa, nos *Traços Biográficos do Irmão Joaquim*, consta que: “No dia seguinte era expedida uma ordem, mandando restituir o hospital àqueles infelizes”. Todavia, somente em 13 de julho de 1821 é que a Santa Casa é devolvida à Irmandade do Senhor dos Passos, mais de um ano após a intervenção do querido Irmão Joaquim.

Auguste de Saint-Hilaire (1978:183) relata a visita que fez ao HC em 1820, então Hospital Militar por imposição governamental, junto com o “major-cirurgião do batalhão”, esta é a única descrição que encontramos, além das pinturas em quadros, que ilustra bem o primeiro hospital que foi substituído em 1855 por outra edificação, esta bastante ampliada em relação a primeira. O autor dizia que “as salas são perfeitamente ventiladas” mas que o pé-direito do prédio era muito baixo e, por isso, algumas janelas não podiam ser abertas sem riscos para os pacientes. Até 1816, quando a Irmandade do Senhor dos Passos ainda detinha a posse do Hospital, as enfermarias “eram divididas por tabiques, em pequenos cubículos individuais para os doentes”. Estas divisórias impediam a circulação do ar, em conseqüência, o major-cirurgião ordenara a remoção das mesmas. Segue o autor afirmando que o HC era bem administrado e que seus regulamentos lhe pareceram corretos e atendidos à risca, e prossegue dizendo que os leitos eram individuais, afastados uns dos outros e não tinha cortinas. Cada cama era provida de um quadro, no qual estava escrito o nome do seu ocupante, “a data de seu internamento, etc”. O cirurgião durante a visita anotava no quadro a

alimentação para o enfermo e a medicação que lhe devia ser dada. Um número assinalava as receitas, o qual “constava de um formulário geral a ser consultado”. Encerrada a visita, o enfermeiro arrolava o que constasse nos quadros. O almoxarife comprava então o necessário mediante recibo dos fornecedores, e seu controle de estoque não podia apresentar diferenças “com os pedidos do enfermeiro”. Em 1821, por intercedência do Irmão Joaquim, o HC volta para a ISJP. Por este relato insuspeito podemos observar que haviam cuidados adequados para com os pacientes, (pelo menos enquanto Hospital Militar), supervisionados pelo major-cirurgião.

Em 1828 a Mesa da Irmandade instalou a “roda dos enjeitados” para recebimento de recém-natos abandonados por seus pais, a qual foi devidamente “inaugurada” em 12 de junho daquele mesmo ano. Assim sendo, estabeleceu-se no Hospital da Caridade dos Pobres o que se denominou de Asilo dos Expostos.

Decorrente da falta de conservação do edifício hospitalar construído em 1787-1788, no início da década de 1840 já se apresentava sem condições de utilização. Apesar de a Mesa solicitar ajuda das autoridades constituídas, nada foi feito por falta de recursos. Dois anos mais tarde a Irmandade pleiteou e a Assembléia Provincial concedeu o benefício da extração de quatro loterias em prol do novo hospital. Com esses recursos e mais o arrecadado de taxas sobre a tonelagem de utilização do porto, além de donativos particulares, a Mesa convocou os engenheiros Coronel Patrício Antonio Sepúlveda Ewerard e Augusto César Arcipreste para procederem ao levantamento da obra, plantas e orçamentos, como consta na Ata de sete de junho de 1845. Já na Ata de 30 de julho de 1845 foi registrada a aprovação e a decisão de executar a “planta elaborada pelo emigrado argentino Engenheiro Dom Mariano Moreno, que aqui se instalara para escapar da tirania de Rosas”, mantendo na cidade uma escola, da qual foi aluno o pintor Vitor Meireles, mostrando a grande importância que os imigrantes tiveram para o desenvolvimento e a cultura do nosso Estado.

Os Relatórios do Provedor apresentados à Presidência da Província em 1844, 1845 e 1846 descrevem a situação que o Hospital se encontrava: em ruínas. O Hospital estava quase inutilizado e só era ainda ocupado por não existir outro local apropriado para receber os pacientes. Assustado o Provedor relatava o crescimento da população, especialmente de enfermos, em quantidade nunca vista antes. Também enfatizava que se as Autoridades da Província não tomarem providências, o prédio iria desabar.

No Relatório, relativo ao ano de 1854, da Presidência da Província apresentado à Assembléia Provincial em 1855, à página 15 encontramos: *“Tendo-se concluído a parte Norte do novo Hospital e Cozinha, deu-se princípio ao lado Sul; tendo-se porém esgotado o produto do benefício da quarta e última Loteria das concedidas para essa obra, é de presumir que ela para por muito tempo se pessoas piedosas e caritativas se não lembrarem de a favorecer com algumas esmolas, pois que o produto da tonelagem mal poderá chegar para a conservação da obra que se acha feita”*. Consta ainda nesse relatório a data de **cinco de março de 1854** como a que se instalaram os enfermos no novo Edifício do Hospital.

Os Relatórios da Provedoria dos anos seguintes se pautaram, quase sempre, nas mesmas características: ou seja, falta de “meios”, uma vez que a Província era desprovida de população e de outros recursos.

4.3 A PRÁTICA DA SAÚDE PÚBLICA PELO GOVERNO PROVINCIAL NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX

O poder não possui exclusivamente a força do ‘não’; ele detém uma capacidade produtiva, produz saber, produz individualidades e subjetividades, e nos produz

como os seres que somos.

Sandra Caponi (2000:12)

Na maior parte da obra de Foucault verifica-se a sua grande preocupação com o poder. Na análise dos documentos do Arquivo Público do Estado de Santa Catarina relativos ao Hospital de Caridade constatamos certos aspectos que merecem ser averiguados sob este prisma foucaultiano, que é o de desvelar a relação entre o discurso e os poderes exercidos dissimuladamente ou não.

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault transcreve do livro *De l'influence de la liberté sur la santé (Da influência da liberdade sobre a saúde)* de Lanthenas (1792) que: o dever inicial do médico era político: “a luta contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos; o homem só será total e definitivamente curado se for primeiramente liberto: «Quem deverá denunciar ao gênero humano os tiranos, se não os médicos que fazem do homem seu único estudo, e que todos os dias, com o pobre e o rico, com o cidadão e o mais poderoso, na choupana e nos lambris, contemplam as misérias humanas que não tem outra origem senão a tirania e a escravidão?»”. Continuava o autor: “Se souber ser politicamente eficaz, a medicina não será mais medicamente indispensável. E em uma sociedade finalmente livre, em que as desigualdades são apaziguadas e onde reina a concórdia, o médico terá apenas papel transitório a desempenhar: dar ao legislador e ao cidadão conselhos para o equilíbrio do coração e do corpo. Não haverá mais necessidade de academias nem de hospitais: «com simples leis dietéticas formando os cidadãos na frugalidade, fazendo os jovens conhecerem, sobretudo os prazeres de que uma vida, mesmo dura, é a fonte, fazendo-os amar a mais exata disciplina na Marinha e nos exércitos, quantos males prevenidos, quantas despesas suprimidas, quantas facilidades novas... para as maiores e mais difíceis empresas». E pouco a pouco, nesta jovem cidade inteiramente entregue à felicidade de sua própria saúde, o rosto do médico se apagaria, deixando apenas no fundo da memória dos homens a lembrança deste tempo dos reis e

das riquezas em que eram escravos, pobres e doentes”. (Lanthenas, apud Foucault 2001:37).

A Assembléia Legislativa de França que desejava nacionalizar os bens das fundações hospitalares retrocede; prefere apenas reunir suas rendas e destiná-las a um fundo de assistência. A administração centralizada era muito pesada, distante demais... As administrações locais são encarregadas de fazer os centros de transmissão essenciais, estarão a par das necessidades e distribuirão as rendas; formarão uma rede múltipla de vigilância. Assim colocou-se o princípio da comunalização da Assistência, a que o Diretório aderirá definitivamente. O Comitê de Mendicidade da Assembléia Nacional da Revolução acatou as idéias dos economistas e dos médicos que crêem que o lugar adequado de reparação da doença é o meio natural da vida social – a família. Analisavam pelo custo para a nação e também pela contaminação hospitalar. Em família, a doença está em seu estado natural e livremente oferecida às forças regeneradoras da natureza. O olhar dos parentes tem a força viva da benevolência. Há, na doença livremente olhada, algo que já favorece a cura: *“A infelicidade... excita, com sua presença, a benévola compaixão; faz nascer nos homens a necessidade premente de levar-lhe alívio e consolo, e os cuidados prestados aos infelizes em seu próprio asilo aproveitam esta fonte fecunda de bens que a beneficência particular difunde. Foi o pobre internado em hospital? Todos estes recursos lhe são negados”*. (Block et Tutey, apud Foucault, 2001:43).

O Comitê de Mendicidade tinha uma idéia assemelhada com o tema de uma consciência social e centralizada da doença. Se a família está ligada ao infeliz por um dever natural de compaixão, a nação a ele está ligada por um dever social e coletivo de assistência. As fundações hospitalares, bens imobilizados e criadores de pobreza por sua própria inércia, devem desaparecer em proveito de uma riqueza nacional e sempre mobilizável que pode assegurar a cada um a assistência necessária. O Estado deverá alienar em seu benefício os bens dos hospitais e, em seguida, reuni-los em uma “massa comum”. Propugnavam em

criar uma administração centralizada capaz de gerir tal massa; ela formaria um tipo de consciência médico-econômica permanente da nação; seria a percepção universal de cada doença e o reconhecimento imediato de todas as necessidades: seria responsável em distribuir as verbas necessárias “para o alívio dos infelizes”; financiaria a “Casa Comunal” e daria assistência particular às famílias pobres que tratam de seus doentes.

“Dois problemas fizeram o projeto fracassar. Um o da alienação dos bens hospitalares, é de natureza política e econômica. O outro é de natureza médica e diz respeito às doenças complexas ou contagiosas”.

“O olhar médico, cujos poderes começam a ser reconhecidos, ainda não recebeu, no saber clínico, suas novas condições de exercício; ele é apenas um segmento da dialética do Iluminismo transportado para o olho do médico”. Foucault (2001:57).

A visão do Presidente da Província que se apropriou do HC em 1816 para transformá-lo em hospital militar, no mínimo, era imperialista, demonstrando desconsideração máxima com seus concidadãos que, além de necessitados não tinham onde se abrigar. Entretanto, a ISJP conseguiu alojar seus pacientes em casas de particulares e nestas dar-lhes o mínimo de assistência em medicamentos e alimentos. O que se estranha é o total desconhecimento do que o Diretório Francês tentara fazer para os pobres da França de parte de quem governava esta província. Se não fosse desinformação o caso era mais grave ainda, isto é, uma ausência completa de solidariedade para com os seus “desvalidos”. Destaque-se que o HC jamais deixou de atender os militares que vieram bater nas suas portas, pois a todos recebia e tratava igualmente.

No Relatório referente ao ano de 1855 da Presidência da Província, apresentado à Assembléia Provincial em 1856, relatando o que fora feito no HC salienta-se que fora concluído o lado Norte, o centro e a Cozinha do mesmo e a Primeira Enfermaria do lado Sul achava-se coberta e fechada, conservava-se

ainda em osso, isto é, faltava assoalhar, rebocar e forrar. Afirmava que o lado do Norte tinha lugar para acomodar 120 enfermos, e que esse número era muito superior ao que a demanda exigia. Todavia recomendava que se concluísse pelo menos parte do lado Sul para haver uma melhor separação de sexos, ou seja, os ambientes construídos até então não proporcionavam espaços independentes para os dois sexos.

Neste mesmo Relatório, citado no parágrafo precedente, consta que: *"A despesa do Hospital foi de 10:145\$380 e a receita, inclusive 2:000\$000 réis de subvenção da Província, de 6:947\$598. Deu-se, pois um déficit de 3:197\$782, que foi suprido por rendas da Irmandade"*. Prossegue o Relatório: *"Em consequência de déficits de anos anteriores, estava o Hospital alcançado com o Tesouro, até 31 de dezembro último, na quantia de 1:680\$636 réis"*. Ou seja, o Tesouro da Província devia ao Hospital. A subvenção anual de 2:000\$000 réis do Governo Provincial era decorrente de uma lei criada pela Assembléia Provincial, consequência de legislação anterior da mesma Assembléia que determinava que o Hospital de Caridade seria o administrador dos Expostos, ou seja, as crianças colocadas na roda dos enjeitados, encargo jamais pleiteado pela Irmandade. Assinalamos que por muitos anos do século XIX o Governo Provincial não honrou plenamente seus compromissos para com o Hospital de Caridade, sempre alegando que o Tesouro não teria os meios para isso, ou melhor, desde aquele tempo, se apresentava a famigerada falta de vontade política de seus responsáveis.

Mais adiante o mesmo Relatório trata dos preparativos que foram feitos para o caso de uma epidemia: *"Nesta Capital a Administração do Hospital de Caridade preparou sessenta leitos para o caso de invasão, e assim pode ela prestar-se a 120 doentes, porque além dos novos leitos, ali já existiam outros sessenta. Além disso, temos mais trinta leitos prontos para recebermos outros. Estou que a respeito da Capital estamos sofrivelmente preparados, porque, o que Deus nos livre, se a epidemia se manifestar em grande escala, muitos*

serão tratados em suas próprias casas e chegarão os leitos das enfermarias públicas para os que não puderem ser tratados em suas residências”.

Pelo parágrafo acima transcrito do Relatório em pauta se constata que o Governo da Província considerava o HC quase como sua propriedade e era este quem deveria atender os acometidos de qualquer epidemia, com preferência para estes e em detrimento dos internados, os quais, se necessário, seriam levados a residências particulares ou, se as tivessem, às suas próprias, como aconteceu em outras ocasiões. Os atendimentos prestados em tempos epidêmicos, nos quais toda a população era atendida, flutuante ou não, rica ou pobre, (é o que se verifica na documentação analisada), raramente o Governo ressarcia a Irmandade destes gastos extraordinários não previstos nas finalidades do HC pela mesma. Portanto, não se pode aceitar a alegação de alguns governantes daquele tempo que *“os hospitais eram um encargo muito pesado para a Província”*. Na verdade o que confirmamos foi que o Governo Provincial e a Câmara Municipal determinavam novas incumbências ao HC sem lhe dar o devido retorno, muito menos, qualquer incentivo, encargos que sequer eram solicitados pela ISJP. Além de Hospital o HC já era Asilo para Idosos ou inválidos, para Órfãs e Gerenciador das Amas, o espaço era reduzido e, em caso de epidemia, desalojavam-se os enfermos para atender os contaminados.

Voltando ao Relatório referente ao ano de 1855 da Presidência da Província, no capítulo sobre os chamados inválidos, relata o Presidente da Província que os enfermos que procuravam cura no Hospital, muitos não saíam mais dali, fosse por estarem decrépitos, fosse por estarem aleijados, o que os privavam de obter meios de subsistência. Existiam então trinta inválidos residindo no Imperial Hospital, junto com outros pacientes. Isto significa que o HC era mais um Asilo do que um hospital, em uma perigosa convivência, e, também, que não existia outra Instituição na Província que pudesse abrigar estas pessoas.

Ainda do Relatório referente ao ano de 1855 da Presidência da Província temos a informação de que o déficit proveniente da falta de pagamento do Tesouro da Província com os compromissos que ela mesma criou para o HC, foi coberto com recursos da ISJP. Ora esta era a prática normal, se faltassem recursos no Tesouro os credores deveriam esperar. No caso o HC chegou a “aguardar” até mais de trinta anos. Que “cuidados” tinham estes governos provinciais para com os seus desvalidos? Muito poucos; quando surgia alguma epidemia era um “salve-se quem puder”.

No Relatório do Presidente da Província à Assembléia Provincial de Santa Catarina de 1860, página 39, consta sobre os Hospitais que a caridade governamental continuava a carregar “todo o peso destes Estabelecimentos humanitários que, embora protegidos, devem repousar principalmente sobre a caridade particular”. Esta afirmação é uma pseudo verdade, já que o HC pouco recebeu do Tesouro Provincial pelos encargos que o Governo foi-lhe passando ao longo dos anos, como descrevemos parcial e sumariamente acima. Muitos governantes provinciais do século XIX acreditavam que saúde não era assunto de Estado.

O Relatório do Presidente da Província à Assembléia Provincial de Santa Catarina de 1862, página 3, afirmava que existia “*nesta Província quatro Hospitais de Caridade que continuam a prestar socorros à população*”. Destaca o Relatório que obras importantes foram feitas no HC durante o ano de 1861, como: o grande aterro do grutão ao norte, muralhas de pedra e cal, a grande muralha e aterro em toda extensão do caminho que vai ter a Casa dos Lázaros, a Capela mortuária e outros melhoramentos que se fizeram no interior do edifício.

No Livro dos Ofícios da Presidência da Província de 1865, folhas 230 em diante, há o “Regulamento de Combate ao Cólera”, que consta nos Anexos. Este regulamento é uma recomendação da Comissão de Médicos nomeada pelo Presidente da Província para verificar e informar como se poderia combater ou

impedir de ingressar na Província uma epidemia de Cólera. Este é um documento típico da teoria miasmática.

Do Relatório do Provedor do ano de 1874 destacamos o discurso sobre o chamado “casarão”, no capítulo “Lázaros”. Esta construção foi feita por ordem e doação de Martinho José Callado e sua Esposa, quando fora Tesoureiro da Irmandade. Esta casa foi erigida em terreno escolhido pelos dois médicos do Hospital da época, junto a divisa sul, por ser uma área já terraplenada e a mais afastada do edifício hospitalar. A finalidade desta construção era para acolher os hansenianos. Todavia, não há registros de que em algum momento serviu para o recolhimento destes pacientes, apesar da pressão de inúmeros governantes provinciais para que a ISJP implantasse àquela enfermaria de acordo com a vontade de seu doador. Mas, paradoxalmente, o Hospital de Caridade abrigou por um bom tempo os chamados morféticos em suas enfermarias, mostrando que o motivo era mais logístico e financeiro do que preocupação com o isolamento dos enfermos. Esse mesmo Casarão serviu como Escola (no período em que estiveram no HC as Irmãs Vicentinas e os Padres Lazaristas), e como Asilo de Órfãos, por curto período como Enfermaria Militar, mais tarde como Hospital para Coléricos, para os portadores de Febre Amarela, para Variolosos e, já no século XX, como Alojamento das estudantes de enfermagem. Hoje se encontra abandonado.

O Provedor acrescenta ainda em seu longo Relatório que: desde 1829 a criação dos expostos havia ficado a cargo exclusivo do Hospital de Caridade, por decisão do Conselho Geral e convenção celebrada com a Câmara Municipal da Capital, que cedeu a renda especial que para esse fim recebia e que montava em 500\$000 réis, verba votada anualmente nos orçamentos. A administração do Hospital aceitou a responsabilidade de superintender a criação dos expostos, mas declarou que não assumia qualquer déficit que surgisse em decorrência dessa nova incumbência não solicitada. Dessa forma se seguiu e, com o aumento do número de expostos, as dívidas do Poder Público foram se

acumulando e, em 1853 a dívida atingia 40:000\$000 réis. Prosseguindo diz que o serviço de criação dos expostos era péssimo, que a mensalidade era mínima, antes 2\$400 e, mais tarde, 3\$200 réis, o que não atraía boas amas e, por outro, morando todas ou quase todas elas fora da Capital, a distância obstava toda e qualquer inspeção. As amas de leite receberiam da Província um valor ínfimo para amamentarem e cuidarem das crianças a elas confiadas. O Serviço dos Expostos era administrado pela ISJP por imposição governamental e, como o Governo não lhe repassava os recursos definidos na lei, as amas de leite nada recebiam da Irmandade, e mais, a maioria delas nunca recebeu tal pagamento, mesmo após três décadas, quando o Estado repassou parte dos recursos. Nesse tempo muitas amas já haviam falecido, acresce-se ao grande escândalo daqueles que se locupletaram arditosamente deste dinheiro, enganando-as. Era mais um calote aplicado aos pobres por um governo imperialista e parte de uma sociedade burguesa e corrupta que mostrava grande desrespeito ao povo, em especial às mulheres que o serviam. Pelo mesmo documento se verifica o alto índice de mortalidade dos Expostos no ano de 1876: de 50 crianças, 27 faleceram.

Do Relatório do Provedor de 1876 sobressai-se que o Hospital de Caridade contava com duas enfermarias masculinas e duas femininas; além destas existiam mais dois ambientes, um dos quais servia para Asilo de Inválidos e outro para as Inválidas. Relatava também que no ano de 1876 houve mais afluência de doentes do que nos anteriores. Imputava o aumento à epidemia de febre amarela e ao incremento da população desta cidade com a chegada de número expressivo de mulheres paraguaias, que vieram com o 17º Batalhão de Infantaria, e que se constituíram em habituais freqüentadoras das enfermarias do Hospital. Sustentava o Provedor que, se pudesse completar o anel do prédio tudo se resolveria, porém não dispunha de recursos para isso.

O Relator reclamava também de falta de compaixão de senhores de escravos que, após uma vida de serviços aos mesmos, quando idosos, fracos ou

doentes enviavam-nos ao HC, pois consideravam dever do mesmo abrigá-los. Todavia, na época, o próprio Hospital tinha escravos à seu serviço, fruto de doações de particulares.

Um aspecto social relevante deste Relatório de 1876 é o que consta no capítulo ÓRFÃS: Em 1869 a Lei da Assembléia Provincial de n.º 614, em seu artigo 4.º, impunha ao HC novamente a obrigação de receber as “órfãs desvalidas”, e de “dar-lhes o sustento, vestuário e conveniente educação”. Todavia, o suporte financeiro para mais este encargo não era repassado.

Já em 17 de maio de 1871, pela Lei n.º 655 decretou-se a criação da Casa de Socorro das Desvalidas, com a manutenção a cargo do Governo Provincial. Para isso se destinou o produto de quatro loterias anuais e o imposto de 200\$000 réis por saída de escravos. Mas nada disso foi praticado e o HC continuou com todos os encargos. Em 1872, a Assembléia Provincial reconhecendo a impraticabilidade de seu Decreto ou a total inconveniência de implantar a Casa de Socorro das Desvalidas, pela Lei n.º 688 deliberou que a receita arrecadada e oriunda da Lei n.º 655 fosse logo repassada à ISJP para ser aplicada em favor do Asilo de Órfãs e, em auxílio do próprio HC. Tal regime permaneceu até 6 de março de 1874, ocasião em que a Assembléia Provincial emitiu a Lei n.º 721 que revogava a legislação anterior, deixando o Asilo de Órfãs ao abandono, desprezando uma assistência que ela mesma contraía. Em 21 de maio de 1875 publicou-se nova Lei de n.º 770, a qual estabelecia o pífio auxílio de 5:000\$000 rs anuais ao HC *“para ser aplicado exclusivamente no tratamento, vestuário e demais despesas com as órfãs ali recolhidas”*. Estes valores eram frequentemente descumpridos pela Província, ficando parte sempre em exercício findo e, o prejuízo, arcava a ISJP. Continuava o Presidente em seu Relatório afirmando que se deveria dar uma melhor organização ao Asilo através de *“regulamento adequado e de mais conveniente e profícua direção”*. Esta frase é de uma hipocrisia sem limite. Ora se não sustentavam financeiramente a Instituição como se atreviam a se meter na sua organização e direção? Asseverava ainda o relator que *“o edifício não se presta a um tal*

estabelecimento, que requer local e acomodações especiais e nunca estar contíguo a um Hospital”. Se tudo isso era verdade, porque Sua Exia. não cumpria ao menos suas obrigações anuais impostas pela Lei? Continuava ainda relatando que não havia vantagem reunir meninas, sustentá-las e ensiná-las “se nada produzissem a si e ao próprio Asilo”. É o nosso velho conhecido espírito mercantilista. Afirmava também que o casamento era a única aspiração das órfãs, pois apenas por ele podiam adquirir sua liberdade, ou seja, sair das dependências do HC. Isto produzia ansiedade e precipitação aceitando o primeiro pretendente que se lhes propunha. *“Daí essas uniões infelizes, que a muitas delas tem tornado mais desgraçadas do que antes eram. A Mesa da Irmandade algumas vezes tem se oposto a tais casamentos mas, na maior parte dos casos, há sido obrigada a ceder para evitar a leviandade de moças inexperientes não leve as órfãs a praticar algum ato imprudente, que prejudique assim a sua honra, como o crédito do estabelecimento”*. Continuava o relator a dizer que na impossibilidade de melhorar o Asilo era preferível fechá-lo, para que não continuasse a ser apenas *“um viveiro de noivas”*. Ainda relatava que o Asilo deveria continuar até que todas as órfãs tivessem saído naturalmente do HC, para que não se praticasse uma descaridade.

No Relatório de 30 de novembro de 1879 consta que o Asilo das Órfãs estava instalado no andar térreo do Imperial Hospital de Caridade, local insalubre e, por isso, argumentava-se que era preferível extinguir o serviço, uma vez que a Província não dispunha de verbas para construir um asilo adequado às suas necessidades.

No Relatório do Presidente da Província à Assembléia Provincial de Santa Catarina de 1880, páginas 7 a 10, no capítulo da Saúde Pública, consta que a varíola fora extinta, a qual surgira na Capital no início do ano anterior. Comunica que «influem “maleficamente” na Saúde Pública os cursos d’água que cortam a cidade e que apesar de toda vigilância, não se mantêm no asseio preciso». Diz ainda que: “do mesmo modo, contribui para corromper o ar e produzir

enfermidades o estado em que se achava a Praia do Menino Deus” (Praínha). *“Terreno exposto ao fluxo e refluxo das marés, com os detritos animais e vegetais que ali se depositam, mau grado a postura municipal que o proíbe, tem essa praia se tornado um foco de miasmas”*. Informava também que para remover o mal era preciso executar um aterro que conquistasse ao mar uma parte de seu domínio, e que o novo terreno prestar-se-ia para um passeio público ou para dar novas ruas à cidade e embelezar aquele lado da capital. Comunica ainda que foram realizadas diversas obras no edifício do HC e na casa que servia de enfermaria de mulheres, (Casarão), além da construção e reconstrução de muralhas, de dois ranchos nos fundos do Hospital e diversos outros reparos.

Segundo CABRAL (1942:183), os enfermos do Desterro do século XIX eram, geralmente, tratados em suas casas, fossem abastados ou fossem pobres. Até quando o procedimento fosse cirúrgico, este era feito na residência. O Imperial Hospital de Caridade do Desterro era para atender apenas aos miseráveis, aqueles que não tinham quem os tratasse e cuidasse.

Já na segunda metade do século XIX encontramos em diversos relatórios governamentais a preocupação quanto a questão do abrigo dos alienados, muitos deles afirmando que com poucos recursos o HC poderia construir uma enfermaria para doentes mentais. Mas este encargo a ISJP jamais aceitou, para esta Irmandade a finalidade do HC era outra e a responsabilidade destes pacientes era do Estado. Normalmente estes pacientes eram atirados nas masmorras do governo junto com os criminosos, procedimento também comum na Europa. Alguns Presidentes da Província reclamavam em seus relatórios que isto provocava uma super lotação das prisões, com sérios riscos para todos, inclusive para os doentes. Todavia, em certos momentos, o HC recebeu tais enfermos.

Rousseau discursou sobre a ignorância e a superstição que então imperavam na França, mas ao afirmar que “o homem nasce livre, e por toda parte vive acorrentado”, não se referia aos doentes mentais. Segundo Rosen (1994:117), “no século XVIII, trancafiavam-se os loucos em prisões, casas de correção, asilos e hospícios”; não muito diferente da Província.

No Relatório do Presidente da Província à Assembléia Provincial de Santa Catarina de 26/07/1903, no capítulo *Estabelecimentos Pios*, consta a idéia da criação de um Asilo para os alienados, já que estes eram retidos nas prisões o que: “*além de constituir uma desumanidade, prejudica o serviço interno das cadeias, pela necessidade de isolar os loucos e, superlotar os presos em cada prisão*”. Comunica que os hospitais desta Capital, de Itajaí, São Francisco, Laguna, Blumenau e Joinville continuam a funcionar e arremata: “*Em minha opinião e, no intuito de alargar as condições existenciais dos estabelecimentos pios subvencionados pelo Estado e atender à regularidade do serviço hospitalar, deveriam estes ser reduzidos ao número de quatro, sendo um na Capital e os outros três nos centros mais populosos das zonas que deverão servir*”. Esta é a visão estreita deste governante, (como a de alguns dos seus antecessores), o qual deveria conhecer as péssimas estradas e os precários meios de locomoção então existentes. Se os hospitais foram implantados, com os escassos recursos daquelas comunidades, razão havia para as suas existências. Se a população era pequena, não se justificava o fechamento ou a intenção de fechar qualquer hospital, pois sempre a vida é mais importante do que qualquer governo. Infelizmente, desde que alguns prefeitos “ganharam” de um ex-governador paulista (que queria ser presidente a qualquer custo, fosse financeiro, fosse social), algumas ambulâncias, implantou-se a famosa “ambulanciaterapia”, verdadeiro absurdo que tais políticos criaram neste país para não serem incomodados pelo povo sempre “paciente”.

No Relatório do Presidente da Província à Assembléia Provincial de Santa Catarina de 23 de julho de 1911, no capítulo *Estabelecimentos Pios*, consta na

página 56 que o Estado subvencionava nove Hospitais, localizados em: Florianópolis, Laguna, Tubarão, Tijucas, Brusque, Itajaí, Blumenau, São Francisco e Joinville. Além desses, eram subvencionados os Asilos de Órfãos São Vicente de Paulo e o de Mendicidade Irmão Joaquim. O Estado despendia anualmente nesses estabelecimentos a quantia de 52:100\$000 réis. O Governo do Estado determinou em setembro último a construção do pavilhão destinado ao recolhimento de alienados anexo ao Hospital de Azambuja, que foi contratado com o Pe. Gabriel Lux. Relata também que neste estabelecimento estão asilados vinte loucos pobres, sendo seis gratuitamente em virtude do contrato e quatorze sustentados pelo Estado, com recursos da caixa especial de alienados criada pela Lei nº 745. Informa ainda que o pavilhão construído só tinha capacidade para o recolhimento de vinte dementes, sendo por isso necessário ampliá-lo. O valor acima alocado pelo Estado para atender os hospitais, em princípio, parece ser elevado em relação ao despendido meio século antes, (cerca de vinte vezes mais). Em primeiro lugar o Estado cresceu consideravelmente neste tempo e em todos os sentidos; em segundo lugar a inflação que inexistia no tempo do Império, na mudança provocada pela proclamação da república, sofreu um incremento assustador para aquela época. Somente em 1910 é que o Governo do Estado começa a agir na questão do sempre citado Asilo de Loucos nos relatórios governamentais, ao conveniar com a Igreja de Azambuja. No entanto, esta ainda era uma ação tibia em relação ao número de necessitados, pois em pouco tempo, a casa estava lotada.

No Relatório do Governador de Estado à Assembléia Provincial de Santa Catarina de 22 de julho de 1920, consta na página 17 um relato sobre a Comissão Rockefeller, que se propunha a estudar o problema do saneamento do Estado. O Governo do Estado assinou o contrato em 26 de junho de 1919 com a Rockefeller Fondation, a exemplo dos estados do Maranhão, RJ, SP e PR. *“Por esse contrato, a Comissão Rockefeller obrigou-se a fazer, a expensas próprias, uma inspeção sanitária em todo o nosso Estado e a concorrer com a 4ª parte das despesas anuais precisas para esse importante serviço, requerendo-se ao*

Governo Federal a concessão da quantia equivalente à outra 4ª parte, de acordo com o Regulamento Federal nº 13.538 de 09/04/1919, cabendo a este Estado entrar com contribuição anual correspondente a metade das despesas”... “Em cumprimento desse contrato, no mês de novembro aqui chegará a aludida Comissão chefiada pelo Dr. Alan Gregg, tendo como auxiliar o Dr. Remígio de Oliveira, Vice-Diretor da Higiene, iniciando-se, desde logo, o serviço de inspeção sanitária do Estado, serviço que terminou, com toda a regularidade, em Janeiro deste ano... Após ser instalada pelo Governo do Estado, começou a Comissão seus trabalhos definitivos de combater endemias, principalmente a uncinariose, iniciando-os por esta Capital, onde funcionam o Escritório Central e o seu 1º posto”. A intenção era a de tornar “esta Capital uma das cidades mais salubres do Brasil”.

Estas foram as medidas efetivadas: canalização sistemática de todos os rios e regatos que, em diversos pontos, cortavam a cidade; drenagem do solo; abertura de avenidas e largas ruas; demolição de casebres julgados anti-higiênicos e perigosos; nova captação de água para aumentar o abastecimento da cidade; instalações sanitárias em todas as casas e ampliação da rede de esgotos. Mas, as ruas não eram tão largas assim, pois a de maior abertura é a atual Avenida Mauro Ramos. As demais eram estreitas, e as casas dos pobres eram construídas com o aproveitamento da parede meeira para que a construção fosse menos onerosa.

No Ofício de 28 de agosto de 1924 consta que o Governo Federal suspendeu os trabalhos de fiscalização do Porto, ficando parado o aterro de areia da Praínha, o que prejudica a higiene do local. Em 1917 se registraram vários casos de febre tifóide. “A parada do aterro nas margens deixa a descoberto a vasa que, aumentada pelos despejos na zona cercada pelo cais, desenvolve miasmas que vão diretamente afluir aos hospitais que ficam fronteiros a zona citada”. Mais um descaso governamental, esse da União, para com a saúde dos cidadãos catarinenses.

4.4 A CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL DE CARIDADE DO DESTERRO

Não há manutenção ou recuperação da saúde sem equilíbrio espiritual, tanto como material.

Le Goff (1997:211)

No subcapítulo 4.2 historiamos os primeiros passos do HC, descrevemos o terreno, as doações e a construção, que foi feita sob a direção do pai do Irmão Joaquim, Sr. Tomás Francisco da Costa, comerciante e Tesoureiro da ISJP.

Com os donativos arrecadados pelo jovem Desterrense, Irmão Joaquim, filho de Tomás Francisco da Costa, iniciaram-se as obras com risco e condução deste, até a sua conclusão em 31 de dezembro de 1788. Em 1º de janeiro de 1789 é inaugurado o Hospital da Caridade dos Pobres. Este edifício hospitalar era simples e despojado de qualquer enfeite, com um pavimento e, basicamente, constituído de duas enfermarias. Para os primeiros anos de existência do HC esta edificação atendia razoavelmente as necessidades da região.

Em 1828 a Mesa da Irmandade instalou a “roda dos enjeitados” para recebimento de recém-natos abandonados por seus pais, a qual foi devidamente “inaugurada” em 12 de junho daquele mesmo ano. Assim sendo, estabeleceu-se no Hospital da Caridade dos Pobres o que se denominava de Asilo dos Expostos.

Decorrente da falta de conservação do edifício hospitalar construído em 1787-1788, no início da década de 1840 este já se apresentava sem condições de utilização. Apesar de a Mesa solicitar ajuda das autoridades constituídas, nada foi feito por falta de recursos. Mais tarde a Irmandade pleiteou e a Assembléia Provincial concedeu o benefício da extração de quatro loterias em prol do novo hospital. Com esses recursos e mais o arrecadado de taxas sobre a tonelagem de utilização do porto, além de donativos particulares, a Mesa convocou os engenheiros Coronel Patrício Antonio Sepúlveda Ewerard e Augusto César Arcipreste para procederem ao levantamento da obra, plantas e orçamentos, como consta na Ata de sete de junho de 1845. Já na Ata de 30 de julho de 1845 foi registrada a aprovação e a decisão de executar a planta elaborada pelo emigrado argentino Engenheiro Dom Mariano Moreno, que aqui se instalara para escapar da tirania de Rosas, mantendo no Desterro uma escola, da qual também foi aluno o pintor Vitor Meireles.

Os Relatórios do Provedor apresentados à Presidência da Província em 1844, 1845 e 1846 descrevem a situação que o Hospital se encontrava: em ruínas. O Hospital estava quase inutilizado e só era ainda ocupado por não existir outro local apropriado para receber os pacientes. Assustado o Provedor relatava o crescimento da população, especialmente de enfermos, em quantidade nunca antes vista. Também enfatizava que se as Autoridades da Província “*não proverem de remédio, certo que de uma vez cairá*”. A partir de 1847 a ISJP implementa as obras paulatinamente até completar a Ala Norte do HC em dois pavimentos. Em 5 de março de 1854 são transferidos os internados do primeiro hospital, o qual já estava recebendo obras que culminaram com a conclusão da Ala Sul, construída sobre o primeiro Hospital. A Ala Norte do HC era também, basicamente uma enfermaria em cada pavimento, mais ambientes de entrada e de apoio.

No Relatório do Presidente da Província à Assembléia Provincial de Santa Catarina de 1860, página 39, consta sobre os Hospitais que a caridade oficial

continua a carregar com todo o peso destes Estabelecimentos humanitários que, embora protegidos, devem repousar principalmente sobre a caridade particular. Esta afirmação não é verdadeira, já que o HC pouco recebeu do Tesouro Provincial pelos encargos que o Governo foi-lhe passando. Pela análise dos documentos pesquisados, muitos governantes de SC do século XIX acreditavam que saúde não era assunto de Estado.

Os Relatórios da Provedoria e outros documentos dos anos seguintes se pautaram, basicamente, nas mesmas características dos anteriores: ou seja, falta de recursos. O que não se constituiu em nenhuma novidade, uma vez que a Província era desprovida de população e, em conseqüência, de meios materiais.

No Ofício do Provedor ao Vice-Governador em exercício de 28 de maio de 1924, existe a solicitação de construir um novo pavilhão no HC para poder separar “os *internados, atacados de várias moléstias, dos operandos e operados*”. Relata que o seu antecessor no Governo já havia se comprometido e determinado ao Diretor de Obras Públicas do Estado para que agilizasse tal construção.

Já no Ofício do Provedor ao Vice-Governador em exercício de 28 de agosto de 1924, consta que o Governo Federal ordenara a suspensão dos trabalhos de Fiscalização do Porto de Florianópolis significando que o aterro de areia cercada pelo cais da Praínha ficaria paralisado. Alertava do “*perigo eminente que tal resolução vem criar à higiene do local, onde fica não só o nosso Hospital como o Militar e o de Profilaxia Rural*”. A preocupação era pertinente porque “*em 1917 foram verificados neste Hospital vários casos de febre tifóide, atribuindo os nossos clínicos à falta de continuação daqueles trabalhos. A parada de aterro nas margens deixa a descoberto a vasa que, aumentada pelos despejos na zona cercada pelo cais, desenvolvem miasmas que vão diretamente afluir aos hospitais que ficam fronteiros a zona citada*”.

O Ofício do Provedor ao Governo do Estado de SC constante no Livro de Ofícios Diversos de Maio/Setembro de 1926, (sem data), informa que com o acréscimo de renda dotaram “*o Estabelecimento de privadas e banheiros em todas as enfermarias e secções de quartos particulares, construção de quartos particulares, Capela Mortuária e remodelação geral do lance-norte do Hospital, salas de curativos e pintura parcial no edifício, móveis, etc. etc., além da aquisição feita do aparelho de Raios-X e conseqüente instalação*”. Portanto, só em 1926 o HC foi provido de instalações sanitárias em todas as enfermarias. Até esta data ainda existiam algumas dependências de internação que não dispunham destas facilidades, apesar de haver relatórios anteriores que afirmaram que todas as enfermarias já teriam instalações sanitárias.

O Ofício do Provedor ao Governo do Estado de SC juntado ao Livro de Ofícios Diversos de Maio/Setembro de 1935/6, diz que no biênio de 1934 a 1936 foi executada uma “*nova sala de operações ligada à sala de curativos da secção masculina, além de grandes reparos na antiga sala de operações*”. Além disso, na Lavanderia instalaram-se quatro máquinas de lavar elétricas. Foram ainda adaptados os quartos, que estavam em desuso, existentes à entrada do Edifício, para neles funcionarem os consultórios médicos. Construiu-se ainda uma cisterna ao nível do terreno, com uma moto-bomba para elevação da água, o que abasteceu todas as dependências do Hospital.

Para alguns autores, histórica e invariavelmente, o edifício hospitalar utilizou-se da mais avançada tecnologia disponível, inclusive buscando em outras áreas do conhecimento os melhores meios e idéias para bem construir. Entretanto isto não se aplicava ao nosso meio, tampouco nos locais em que os recursos eram também escassos. Uma Província como a de Santa Catarina, desprovida de meios e, mais grave, com alguns de seus governantes com visão estreita e acentuadamente burguesa, acreditavam tais governantes serem os caridosos os que deviam cuidar da saúde do povo. Não era, para eles,

responsabilidade do Estado tratar de indigentes, enfermos ou, como se dizia no século XIX, desvalidos. A massa desses necessitados apresentava um aspecto embaraçoso para estes governantes e que só lhes causavam despesas, tinham eles mais que armar e nutrir suas forças armadas e cuidar para que os burgueses fossem beneficiados, já que estes pagavam seus tributos. Era o espírito que imperava em muitas figuras políticas do país e, conseqüentemente, da Província.

4.5 AS MODIFICAÇÕES DO HOSPITAL DE CARIDADE

A Arquitetura é antes de tudo expressão cultural de um povo; que se serve do avanço técnico e da produção industrial, sobre os quais exerce também sua influência criadora.

Vilanova Artigas (1981:22).

A questão dos recursos pecuniários se destaca desde o primeiro edifício erguido para o Hospital de Caridade entre 1787 e 1788, o qual foi substituído por outro que iniciou em 1845 e terminou cerca de uma década depois. É este prédio denominado de Ala Norte com dois pavimentos que foi concluído em 1854 que dá início ao nosso estudo. Este edifício foi executado porque o anterior havia se arruinado em conseqüência da inexistência de manutenção e da debilidade dos materiais empregados na sua construção. Além do bloco de dois pavimentos, o bloco chamado Ala Sul, que na verdade é o primeiro hospital, foi reconstruído e ampliado até o encontro com a Ala Norte entre 1854 e 1855, completando o “L” por trás da Igreja do Menino Deus, com o seu segundo piso sendo levantado aos poucos e concluído em 1882.

O novo prédio é a Ala Norte com dois pavimentos, e que recebeu em 1949 um terceiro pavimento. Este bloco queimou totalmente no incêndio de 5 de abril de 1994, e este terceiro pavimento não foi mais reconstruído, já que era espúrio ao original e impedia outros blocos do HC de “respirar”. O conjunto de blocos que formam o HC foram sendo emendados uns aos outros ao longo das sete primeiras décadas do século XX de tal maneira que a maioria dos seus ambientes internos não recebia mais ventilação e iluminação naturais. Depois das “cirurgias” feitas pós-incêndio de 1994, o HC voltou a respirar com mais tranquilidade, recebendo uma sobrevida que não tem horizontes, desde que sua manutenção aconteça.

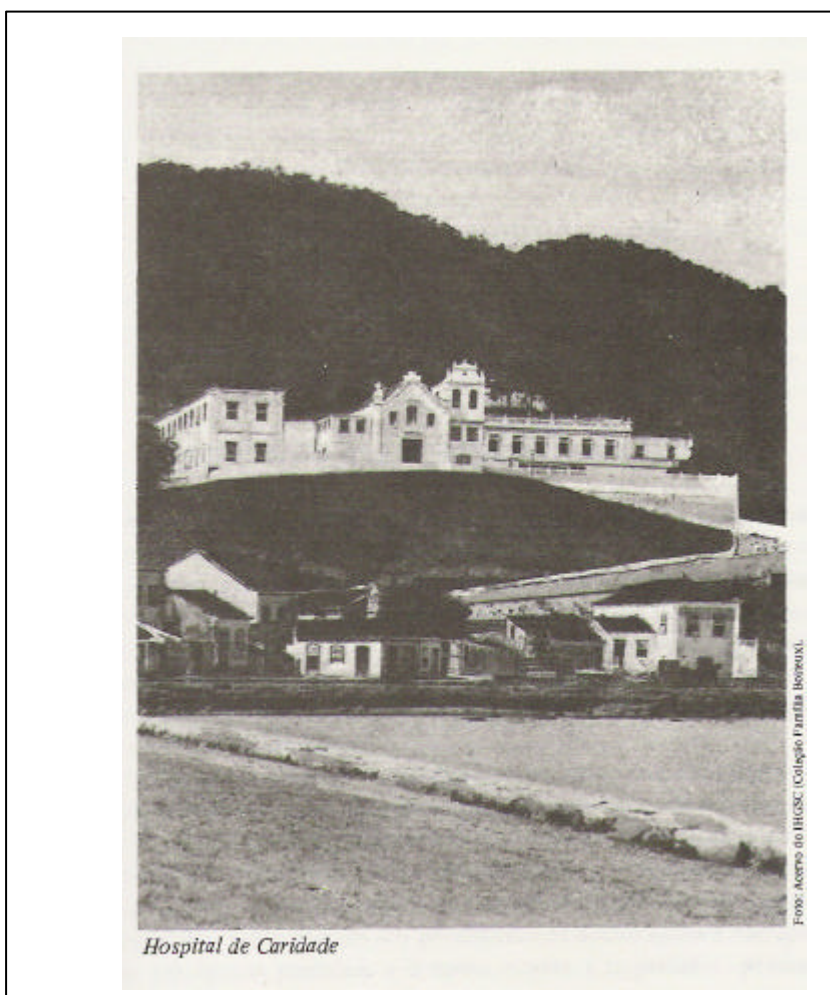


Figura 14

Fonte: Várzea (1900:43)

Esta fotografia mostra o conjunto do HC na década de 1860.

As ampliações seguintes e sucessivas até o início do século XX, foram feitas principalmente pela necessidade de mais espaço para atendimento dos pacientes, tendo o saber médico da época pouco influenciado estas modificações, pois a falta de recursos era uma constante, conforme escreve Oswaldo Rodrigues Cabral (1979:464) sobre as epidemias na velha Desterro: “*a medicina se mostrava impotente, dispondo de conhecimentos muito reduzidos a respeito e de um arsenal terapêutico bem mais reduzido ainda*”.

Desde a sua fundação, a Província era pobre em meios de toda ordem, inexistiam pedras ou metais preciosos no solo catarinense, bem como, não havia uma classe mais abastada. O luxo citado por Saint-Hilaire em seu relato era pura ostentação dos que vinham de fora, como oficiais, governantes e magistrados, a maioria d'além-mar, pois os da terra não tinham como ter, já que eram humildes mas hospitaleiros e generosos. Os catarinenses eram geralmente desprovidos de meios. Construía-se o que a vontade de algumas pessoas ousava empreender. Somente após a colonização de algumas regiões do Estado, primeiro por imigrantes alemães e depois por italianos, é que da terra o catarinense retira sua riqueza, mediante “o suor de seu rosto”, o que sucederá mais aceleradamente a partir da segunda metade do século XIX. A Ilha e arredores produziam a farinha de mandioca e potes de barro para exportação, os demais produtos eram para consumo local.

O chamado “casarão” ou Lazareto inaugurado em 1856 tinha um fim específico determinado pelo seu único patrocinador: Martinho Callado, o de abrigar os hansenianos. Mas isto jamais aconteceu em toda a sua existência, tendo servido para outros fins, menos para o qual fora edificado. Este Lazareto, para a Mesa da Irmandade daquele tempo deveria ser construído longe da cidade, já que havia muito preconceito na época quanto a esta histórica e aterradora doença. Contudo, “morféticos” foram internados no Hospital conforme ata da Mesa de 20 de setembro de 1868.

Na verdade o HC na segunda metade do século XIX, além de hospital para os pobres e estrangeiros, foi Asilo de órfãos e de inválidos, além de escola no período de 1857 a 1865, enquanto ali estiveram as Irmãs Vicentinas e os Padres Lazaristas. A promiscuidade entre crianças sadias do Asilo e pacientes do Hospital abrigados no mesmo edifício, apesar dos cuidados dos seus responsáveis, era sempre perigosa. Destaque-se que havia um só tanque para lavar a roupa dos sadios e dos enfermos até 1874, o que, por si só, mostra a precariedade das instalações do HC. Outrossim, o HC abrigava pessoas que não tinham onde ficar, representando um lugar de dor pelo abandono dos seus responsáveis.

A partir de 1882, vagarosamente a Irmandade do Senhor dos Passos foi construindo o novo bloco da Ala Sul, formando um “U” com o bloco concluído naquele ano, cuja base era o primeiro edifício. Este bloco, também em dois pavimentos, ficou concluído em 1906 fechando o “U” com a inclusão da Ala Norte.

Em 1914 foram construídos “bons banheiros e privadas” mas não havia recursos para construir uma “moderna” sala de cirurgia, já que a existente não estava em boas condições. A nova sala de cirurgia pleiteada pelos cirurgiões do HC, só foi executada em 1922. Neste tempo os médicos reclamavam da falta de um aparelho de raios-X no hospital, já que os seus indigentes tinham que utilizar os serviços prestados gratuitamente pela Clínica dos Drs. Goffegeé e Gottsmann e que esse deslocamento causava muitos transtornos, tanto para o paciente como para o setor administrativo.

Em 08 de dezembro de 1925 foi inaugurada a ampliação da Ala Norte, conforme Relatório da Provedoria relativo ao biênio de 1924-1926, o qual informa ainda que “*todas as dependências internas do edifício*” foram beneficiadas com “*salas de curativos, banheiros e privadas*”. Estas “dependências internas” eram as enfermarias ou alas de internação existentes no HC, além dos quartos

denominados então de primeira classe. Neste documento se comprova que o saber médico influenciou diretamente na aquisição dos primeiros aparelhos de Raios X e Violeta pelo Hospital de Caridade, pois estes foram “*muito solicitados pelo médico-chefe do Estabelecimento*”, que era o ilustre Dr. Antônio Vicente Bulcão Vianna, que foi Vice-Governador do Estado, tendo assumido por duas vezes o posto maior de Santa Catarina, sem jamais deixar de fazer suas visitas ao HC enquanto dirigia o Estado. Antes desta data encontramos pedidos dos médicos do Hospital para construção de “uma moderna sala de operações”. Na verdade a construção da Ala Norte em 1854 e, em seguida, da Ala Sul e mais tarde a outra “perna” do “U” desta ala, sempre foram requeridos e acompanhados pelo corpo clínico do HC, o qual muita vez “arregaçou mangas” e foi a campo pedindo donativos para o Hospital de Caridade. No biênio 1926-1928, no térreo da Ala Norte funcionava uma oficina de caixões fúnebres, a qual foi removida e seu espaço transformado em enfermaria para tuberculosos depois da necessária reforma. Melhoramentos diversos também foram feitos no período, inclusive a remodelação das fachadas e aumento da torre original da igreja, a qual, dois anos depois, foi removida.

Em 16 de abril de 1928 foi inaugurado o Pavilhão Dona Josefina V. Boiteux, o qual foi doado pelo seu marido Almirante Lucas Boiteux. O Pavilhão internava somente os acometidos de tuberculose, tendo sempre um grande movimento de enfermos. Este bloco situava-se fora do Hospital então existente, na parte norte. Em 1962 o Pavilhão foi demolido para a construção do bloco de quatro pavimentos que serviria de Hospital-escola da UFSC. Neste ano de 1928 foi ainda construída a nova torre da Igreja do Menino Deus e, em conseqüência, demolida a antiga.

Em 1932 foi construído o terceiro pavimento dos blocos frontal e central do HC. O central é o bloco construído sobre o primeiro hospital e onde se situa a escadaria em cruz, no qual também se encontra a entrada principal do Hospital. Este bloco frontal foi concluído em 1935.

Ainda em 1935 foi edificada a nova sala de cirurgia e reformada a antiga, de modo que se constituiu no Centro Cirúrgico do HC. Toda a Ala Sul foi remodelada e feito o fechamento da mesma.

A fachada da parte sul que apresentava um ecletismo com “embelezamentos” neoclássicos, recebeu um avarandado com um despojado estilo californiano, muito em voga nas décadas de 40 a 50 no Brasil. (A expressão embelezamento de fachada foi encontrada em alguns documentos pesquisados). Já a mistura de estilos é uma característica do HC, que seguia a atualização no tempo.

Entre os anos de 1948 a 1949 foi construído o terceiro piso da Ala Norte, além do avarandado na mesma Ala. Os avarandados dos dois primeiros pavimentos foram iniciados em 1938 e concluídos no ano seguinte. Estes avarandados foram feitos com uma estrutura de concreto armado, já que a Ala Norte original tinha piso assoalhado, com pilares de madeira para sua sustentação, inclusive da cobertura.

Portanto, salvo algumas modificações pontuais como a da farmácia em 1880 e, antes em 1856, o Casarão, é a partir da década de 1920 que se constata como causa principal da construção de novos espaços o saber médico, como as Salas para Exames de Raios-X, as salas de cirurgia, vestiários, sanitários e outros melhoramentos.

Os grandes avanços da tecnologia da construção do século XIX, principalmente os do ferro, não foram empregados no HC, a causa principal parece ser a falta de recursos financeiros, técnicos ou informacionais.

4.6 RESUMO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FÍSICAS DOCUMENTADAS DO HC NO PERÍODO DE 1850-1950.

Só a renúncia à segurança do previsível permite ao pensamento atingir a liberdade.

Jeanne Marie Gagnebin (1999:88).

O primeiro Hospital de Caridade do Desterro iniciou sua obra em 1787 e foi concluída em 31 de dezembro de 1788 e inaugurada em 1º de janeiro de 1789.

Em 30 de julho de 1845 a Mesa aprova o projeto do Eng. Dom Mariano Moreno para o novo Hospital de Caridade.

No relatório da Presidência da Província para a Assembléia Provincial de 1855 sobre o ano de 1854, página 15, consta que a parte norte do Novo Hospital e a Cozinha foram concluídos ainda em 1854 e foi iniciado o lado Sul. Os pacientes foram transferidos para o novo hospital em cinco de março de 1854.

No relatório da Presidência da Província para a Assembléia Provincial de 1856 para o ano de 1855 consta que a parte norte do Novo Hospital, o Centro e a Cozinha foram concluídos; a primeira Enfermaria do lado Sul está coberta e fechada, faltando assoalhar e forrar. Afirma que o HC tem sessenta leitos para o caso de epidemia e mais 60 se necessário. O Presidente entende que se deve concluir a primeira Enfermaria do lado Sul para que se tenha a separação das enfermarias por sexo.

Em 11 de março de 1855 foi iniciado o Lazareto e inaugurado em 20 de dezembro de 1856. O chamado “casarão” foi construído para abrigar enfermos acometidos de hanseníase, mas nunca foi utilizado para esse fim.

A Ata de 11 de março de 1855 da IBJP e HC descreve a resolução para continuar a obra do Hospital, Lado Sul, por proposta do Tesoureiro, que quer adiantar dois contos de réis, para que a obra não pare.

A Ata da reunião da IBJP e HC de 18 de março de 1857 informa que a Presidência da Província determinou que se tratassem os com febre amarela no Hospital dos Lázaros.

A Ata da IBJP e HC de 31 de dezembro de 1857 registra a decisão da Mesa para transformar o Hospital dos Lázaros em escola. Este prédio era vulgarmente chamado de Casarão.

No relatório da Presidência da Província para a Assembléia Provincial de 1862 para o ano de 1861 consta como obras: Muralhas de pedra e cal, com o “grande aterro do grutão do norte” e o caminho até a Casa dos Lázaros, a Capela Mortuária e o encanamento da água.

A Ata da IBJP e HC de 28 de agosto de 1864 informa que foi consertado o assoalho de um dos quartos, reconstruídas duas casinhas que servem de depósito de roupas e outros reparos em muros e calçadas, inclusive na Igreja.



Figura 15 - Fonte: Pereira (1997:26). Nota-se o terceiro pavimento feito posteriormente e que deve ser removido por ser espúrio ao original. Ao fundo o prédio que serve de lavanderia do HC e que serviu antes como residência das Irmãs de Caridade. O Casarão recebeu diversas denominações ao longo da sua história como Hospital dos Lázaros, Escola, Hospital dos Variolosos, etc. Atualmente o Casarão está restaurado, pintado e com muito melhor aspecto do que da foto acima.

A Ata da IBJP e HC de 29 de junho de 1867 registra que a Presidência da Província alugou o Hospital dos Lázaros ao Governo para que nele se tratassem os coléricos. O Hospital dos Lázaros foi devolvido à IBJP e HC em 05 de maio de 1867, já que a epidemia havia cessado.

A Ata da IBJP e HC de 20 de setembro de 1868 registra que um dos seus membros solicita informar quem colocou os "Lazarentos" no pavimento térreo do HC.

O relatório da Provedoria para a Presidência da Província de 1874 diz que o Casarão doado por Martinho José Callado não foi empregado para internar os morféuticos por não haver recursos para implantar tal unidade, além de ser inadequado por ser próximo a população e por ser no centro da cidade.

No relatório da Provedoria para a Presidência da Província de 1875 consta a construção de um tanque coberto para lavagem da roupa das Órfãs, a qual era feita no tanque do Hospital em que se lavava a dos enfermos. Neste ano de 1875 foram feitos consertos na cozinha, no xadrez, no encanamento e na caixa da água. Não conseguimos descobrir o que era este xadrez, especulamos ser um local provisório para isolar doentes mentais, imposto pelo Governo Provincial ao HC.

No relatório da Provedoria para a Presidência da Província de 30 de novembro de 1879 consta a reconstrução de uma muralha entre o HC e a casa em que funciona a Enfermaria da Marinha, além da reconstrução completa de dois ranchos nos fundos do HC. Foram feitos diversos consertos e pintura no Hospital.

No relatório da Presidência da Província de 1880 consta a reconstrução de dois ranchos e reparos na casa que serve de enfermaria para mulheres e nas muralhas. Comunica que foi extinta a varíola do ano anterior e que os cursos d'água não se conservam limpos. A Praia do Menino Deus tem detritos animais e vegetais formando um foco de miasmas. Recomenda fazer o aterro. Os doentes mentais são recolhidos na Fortaleza de Santa Cruz.

No relatório da Provedoria para a Presidência da Província de 30 de junho de 1888 consta a redução de oitenta para cinqüenta o número de enfermos no Hospital por não haver recursos para atender mais.

No relatório da Provedoria para a Presidência da Província de 1º de julho de 1892 consta que o Hospital está regular e que foram feitos reparos no telhado

das Enfermarias. Construído também um muro no lado sul, nos fundos da Enfermaria feminina, para evitar a entrada de estranhos.

No livro de Ofícios de Julho/Dezembro/1895 consta a internação de um músico do Corpo de Segurança com alta em 30 de agosto de 1895, quando foi transferido para o Lazareto dos Variolosos.

No relatório da Provedoria de 1916-1918 consta na página 17 que foram construídos bons banheiros e privadas em nove de dezembro de 1914. Reclama da falta de recursos para construir uma moderna sala de operações que atenda as necessidades das “numerosas e importantes operações que se têm realizado”.

No relatório da Provedoria de 1922-1924 consta na página 13 que existem quartos particulares e que produzem boas rendas ao HC. Diz também que a Sala de Operações foi inaugurada no biênio passado. Reclama da falta de um aparelho de raios-X e relata que os pacientes indigentes do HC fazem seus exames gratuitamente no Estabelecimento dos Drs. Goffegeé e Gottsmann. Foram feitas várias melhorias e manutenções no HC como: na Lavanderia, em frente a Cozinha construiu-se um pequeno chalé que recebeu um forno, no qual foi montada a padaria do Hospital. Construíram-se três privadas para as enfermarias térreas masculinas que não dispunham destas instalações. Cita também a existência de um estábulo no nosocômio para fornecimento de leite, mas que como não havia pasto para o gado, aquele foi fechado.

Foi aprovada em 10 de janeiro de 1924 a construção de um pavimento superior sobre a parte central do prédio, compreendendo a área ocupada pela Provedoria, Expediente e todo o vestíbulo, medindo 11,50 por 18 metros de comprimento. É o bloco que contém a entrada principal do HC, aquela que tem o Frontão com o brasão eucarístico.

No Ofício de 28 de maio de 1924 consta a solicitação dos médicos à Mesa para construir dependências que permitam separar os enfermos por doença.

No relatório da Provedoria de 1924-1926 consta os esforços para aquisição dos aparelhos de Raios X e Ultravioleta e que a sala de operações está completamente aparelhada. Foi procedido o acréscimo da Ala Norte, para receber os quartos de primeira classe masculina. Para isso foi demolida a Capela Mortuária e construída outra fora do perímetro do hospital, no local onde até hoje se encontra. A ampliação foi inaugurada em 8 de dezembro de 1925. Foram adaptadas em todas as unidades internas salas para curativos, banheiros e privadas. Foram erigidos também dois extensos avarandados ao longo dos fundos do edifício, que proporcionaram ligação com as unidades situadas nas extremidades. A fachada também foi remodelada e diversos outros reparos procedidos. No térreo da ala norte situava-se a oficina de caixões fúnebres, a qual foi transferida, esta então se transformou em enfermaria para tuberculosos. Igual transformação sofreu a enfermaria dos menores epoêmicos.

No livro de Ofícios de Maio/Setembro/1926 consta a feitura de privadas e banheiros em todas as enfermarias e secções de quartos particulares, além de construção de novos quartos, da Capela Mortuária e remodelação geral da ala norte do HC, salas de curativos e pintura parcial, móveis e aquisição de aparelho de Raios-X.

No livro de Ofícios Diversos de 1933, página 39, consta o número de exames de Raios X, Ultravioleta e Diatermia realizados.

No relatório da Provedoria para a Mesa de 1935 consta a adaptação de uma nova sala de operações junto a sala de curativos masculina. Reparos na antiga sala de operações e pintura geral no Hospital. A Lavanderia foi equipada com quatro máquinas elétricas. Na entrada do Hospital os quartos foram

transformados em consultórios. Foi construída uma cisterna no térreo e instalada uma moto-bomba.

No relatório da Provedoria para a Mesa de 1937 consta a aquisição de aparelhos de diatermia, um antidifusor para o de Raios X e uma geladeira de grande capacidade.

O relatório da Provedoria para a Mesa de 1938 comunica a execução de pintura interna geral pelas próprias Irmãs de Caridade do Hospital, mostra também o número de atendimentos odontológicos feitos em 1937.

No relatório da Provedoria para a Mesa de 1939 consta que o Pavilhão Dona Josefina V. Boiteux para Tuberculosos funciona desde 16 de abril de 1928, e que no ano de 1938 atendeu 770 pacientes. Em fins de 1938 foram iniciadas as varandas da face norte do Hospital. Essa obra compreende, além dos avarandados, os acréscimos que lhes ficam anexos, onde serão instalados os banheiros, WCs, etc., até agora existentes no interior da ala do prédio destinada ao internamento de doentes masculinos.

O relatório da Provedoria para a Mesa de 1940 informa que há muitos anos o HC mantém a “Assistência Urgente” para os sinistrados da capital e vizinhanças. No térreo da ala sul foram feitas reformas que compreenderam salas de curativos, banheiros elétricos, WCs revestidos com azulejos, novas instalações hidráulicas e elétricas e outros, para onde foram deslocados os menores de ambos os sexos. Foram adquiridos novos esterilizadores e outros equipamentos. Na ala norte foi construído extenso varandão nos dois pavimentos, com 32 m de comprimento por 2,50 m de largura no térreo e, no superior, com a mesma largura mas com 50 metros de extensão, dando ambos acesso a um pavilhão acrescido também de dois pisos de 13,50 por 7,50 m cada um, onde foram localizadas todas as instalações sanitárias das Salas Reservadas e Enfermarias Masculinas. Nestas ampliações se criaram ambientes para a enfermagem, até então acomodada em uma sala, a qual foi transformada em

quartos de segunda classe. Estava em construção na ala norte os quartos de primeira classe, copa, sala de refeições e os banheiros separados do corpo do edifício.

No livro de *Ofícios Diversos* de 1943, página 196, no ofício do Provedor ao Interventor Federal de 07 de junho de 1943 consta o agradecimento pela doação do equipamento do “Banho Suda” ao HC. Mas, este não foi um aparelho que contribuiu muito para a melhoria dos serviços do HC, era mais uma forma do Estado manter a ISJP como sua devedora em troca de superficialidades.



Figura 16 - Fonte: Pereira (1997:27).

CAPÍTULO V

5 CONCLUSÕES

Este trabalho reforça nossa posição, resultante de estudos elaborados anteriormente, os quais nos mostram que o atual Hospital de Caridade não é um estabelecimento apropriado para grandes ampliações, tendo em vista seu terreno com sua acidentada topografia, mata atlântica tombada, restrições legais de ocupação e suas diversas peculiaridades. Enquanto houver divisões internas ou áreas locadas do seu espaço físico construído, não há como fazer um plano diretor sério do estabelecimento que permita um fluxo mínimo aceitável; o que se pode fazer é melhorar alguns pontos, como já foi feito na restauração do Hospital pós-incêndio de 1994 até 1997, proporcionando uma condição mais adequada de funcionamento, com materiais mais duráveis e recomendados para cada situação e, também, uma disposição dos espaços internos que possam atender as normas vigentes, às circulações verticais e horizontais e demais aspectos físicos.

Quanto às causas que provocaram as modificações no HC, estão abordadas no subitem 4.5 deste trabalho; entretanto os desenhos, plantas e fotografias ilustram melhor estas alterações e constam nos anexos. Várias foram as causas para o crescimento da área física do HC. A primeira é a de apresentar capacidade de atender a demanda e, principalmente, de abrigar os enfermos que batem às suas portas. É esta demanda que vai sendo atendida de acordo com o aumento da população da cidade, principalmente de pessoas que aportam no Desterro e, conseqüentemente, as ampliações do HC de acordo com os recursos obtidos. É certo que o saber médico influenciou e até exigiu várias intervenções no complexo hospitalar, como a farmácia em 1880 e o Casarão em 1856, mas a tecnologia avançada da época só atingiu o HC em 1926 quando da

aquisição do primeiro aparelho para exames de Raios X. Portanto, as dificuldades que o HC encontrou para crescer ao longo de sua história, não foram apenas de falta de recursos financeiros, (problema que afeta a maioria dos hospitais brasileiros), mas também de recursos técnicos. Arquitetos inexistiam no século XIX e primeira metade do século XX no Desterro. A imensa maioria dos materiais de construção eram importados e caros para os padrões da Província, até as manilhas de grês ou de barro para canalização dos esgotos vinham da Inglaterra, sem falar de tubulações de cobre ou outros metais. Peças de ferro para a estrutura eram difíceis de serem obtidas, além de custosas. Contudo, relembremos a seguir os grandes eventos documentados de construção.

A primeira grande modificação aconteceu em março de 1854 quando se inaugura a Ala Norte de dois pavimentos. Esta foi feita pela necessidade de transferir os pacientes do primeiro hospital, que estava em ruínas. Em 1860, o primeiro braço da chamada Ala Sul de um pavimento foi concluído sobre as bases do antigo HC. Preciso é destacar que nas primeiras décadas da existência do Hospital de Caridade há uma mínima relação entre saber médico e o Nosocômio. Uma influência direta do saber médico sobre o Hospital só acontecerá em meados do século XIX, mais precisamente em 20 de dezembro de 1856 quando é inaugurado o “casarão”. Este prédio foi edificado para ser um “lazareto”, isto é, um pavilhão destinado especificamente a atender os hansenianos, chamados então de morféticos. O “casarão” está situado cerca de cem (100) metros do HC, na divisa do terreno, o que demonstra a preocupação existente quanto ao isolamento para com os portadores desta doença, os quais deviam ser afastados e isolados tanto quanto possível dos demais. Os dois médicos do HC da época (1845) escolheram o sítio para a localização do lazareto dentro do terreno do Hospital, por ser o que se dispunha e que apresentava as melhores condições dentro da conjuntura que se apresentava.

Para se ter uma noção do que era a tecnologia da época e, segundo Aristides Cottini (1980:60), somente em 1873 no Hospital Moabit de Berlin são

feitas as primeiras instalações para desinfecção executadas com ar aquecido a 125° C. Tais avanços tecnológicos nem eram sonhados no Hospital de Caridade em virtude de seus poucos recursos. Por certo a IBJP sempre desejou e trabalhou para apresentar os espaços e equipar o seu hospital da melhor forma possível.

Ainda no século XIX o “casarão” ou Casa para Morféticos serviu, por curto período, como Escola, como Hospital Militar, como Hospital para Variolosos, para Coléricos e mais tarde, até 1987, como pensionato para as estudantes de enfermagem, além de outras finalidades. Hoje está sem utilização e se pretende torná-lo em um museu. Portanto, no seu início, o Hospital de Caridade apresentava duas realidades distintas que não lhe eram aplicadas, como acontecia com a maioria dos Hospitais da época, a do saber médico e a de caridade com os pobres.

Outro evento significativo de mudança física no HC acontece a partir de 1880 quando se cria uma nova farmácia no hospital para o aviamento de receitas determinadas pelos médicos da casa.

Em 1882 se inaugura o segundo pavimento construído sobre a Ala Sul, isto é, o primeiro hospital, e em 1906 fica concluído o braço da Ala Sul que completa o “L”. Até esta data o hospital possui apenas enfermarias.

Ainda em 1914 foram construídos novos banheiros para as enfermarias e os médicos continuavam solicitando a execução de uma nova sala de cirurgia. Esta sala só foi feita em 1920-1922, bem como, os quartos particulares.

Em 28 de maio de 1924 os médicos do HC solicitam à Mesa que providencie condições para que se possam separar os pacientes por tipo de enfermidade. O que desejavam era ter uma unidade de internação para cada

doença infecto-contagiosa e as demais especialidades, o que o hospital não podia oferecer nesse tempo.

Em 1925 foi construído um acréscimo na Ala Norte para a internação em quartos chamados de “primeira classe”. Neste mesmo ano foram edificados ou adaptados ambientes de apoio para todas as internações, como salas para curativos e banheiros. Foi aproveitado também um espaço no térreo que servia de fábrica de caixões fúnebres, para ser transformado em uma enfermaria para tuberculosos. Curiosamente a ISJP tinha grande preocupação com relação aos hansenianos, que não poderiam ser internados no HC e, quanto aos tuberculosos, não havia tal preconceito.

Até 1927 o prédio do HC apresentava certa unidade rítmica de tratamento de fachadas, havia se padronizado quase todas em estilo eclético simplificado, mistura de neoclássico com barroco. No ano seguinte, com a construção da nova torre da igreja e do Pavilhão para Tuberculosos esta unidade começa a se perder e vai até 1945 quando, com a complementação do quadrado da Ala Sul recebe algumas características do colonial californiano, inclusive com a edificação de uma torre cilíndrica no canto sul da fachada frontal e que abrigou uma sala de cirurgia de planta circular.

Em 1928, o Almirante Lucas Boiteux doou ao Hospital de Caridade um pavilhão para o atendimento específico de tuberculosos, o qual recebeu o nome de sua esposa: Dona Josefina Boiteux. Atendendo a separação destes pacientes pelas exigências do saber médico da época, este Bloco também confirma a nossa tese. As características arquitetônicas deste prédio também diferem das anteriores, agora o concreto armado é utilizado e o estilo é atualizado. Este pavilhão situava-se próximo ao corpo do Hospital de Caridade no lado norte, contudo, ele foi demolido em 1962 para a construção do bloco de quatro pavimentos pela UFSC, o qual serviu de Hospital Escola até a edificação do HU no campus da Trindade em Florianópolis.

Em 1935 é adaptada uma sala de curativos para a nova sala de cirurgia, sendo a antiga reformada, ficando o HC com duas salas de cirurgia, solicitação antiga dos seus médicos. Esta é mais uma comprovação de que o saber médico foi o motivo que determinou a ação de melhoria no hospital.

De 1946 a 1949 é edificado o terceiro pavimento da Ala Norte e respectivos avarandados, Ala esta que se constituiu no segundo bloco do HC, o qual foi construído entre 1845 e 1854. Este terceiro pavimento da Ala Norte foi destruído pelo incêndio de 5 de abril de 1994 e não mais recuperado, uma vez que causava danos às condições de ventilação e iluminação dos demais blocos lindeiros do hospital e da igreja, produzindo umidade constante e, em conseqüência, fungos, etc.

Quanto à posição de que o hospital era o lugar para morrer, temos a considerar que até o século XVIII apenas a metade das crianças atingiam a idade de quinze anos e a morte era corriqueira entre as crianças, com os pais se “protegendo” para não se apegarem a seus filhos, aguardando, no mínimo, o primeiro ano de vida para lhes dar um nome e então serem batizados. Esta mortalidade infantil acontecia normalmente fora do nosocômio. Até o Enciclopedista Diderot (1713-1784), ao escrever sobre *Hospital*, delineou um sistema “*de assistência, incluindo seguro à velhice e atenção médica para os vários hospitais de Paris*”. Enfatizou “*a necessidade de melhorar os hospitais, especialmente o Hôtel-Dieu, onde a mortalidade atingia números altos*”. (Rosen, 1994:110). De outra parte, frequentemente, os hospitais da Europa não apresentavam boas condições de higiene, tampouco terapêuticas. Como em muitos havia super lotação e pouco pessoal, os cuidados eram mínimos. Mas, para diversos autores, como foi apresentado ao longo desse trabalho, existiram corpos médicos regulares em muitos hospitais desde a Idade Média, mesmo na Inglaterra do século XVII, vários dispunham de escola de medicina, o que significa que a medicalização desses ocorreu século e meio antes da data assinalada por Foucault. Entretanto, mesmo após a transformação do hospital e, até meados do século XIX, os grandes nosocômios que atendiam os pobres e

não eram administrados por ordens religiosas, apresentavam aspecto sujo e desagradável, como, por exemplo, o Hospital de Middlesex, fundado em 1746, então periferia de Londres, destinado para variolosos. Quando este recebeu a primeira visita de Florence Nightingale em 1853, foi encontrado até palha no piso de madeira das enfermarias para camuflar a imundície, as camas pareciam caixotes de madeira escura e estavam “coladas” entre si, o espaço era reduzido e a enfermagem não conseguia chegar ao leito do paciente a não ser pelos pés. Eram ambientes escuros, lúgubres e fétidos, os próprios materiais dos móveis e das superfícies, (paredes, pisos e tetos) que o compunham contribuíam para esse resultado. Entretanto, onde havia fartura de recursos, humanos e materiais, outro era o atendimento, como verificamos nos hospitais italianos da Renascença e em outros locais, e nesses, a cura era viável na medida em que o saber médico podia oferecer. Portanto, esses hospitais não eram morredouros como afirma Foucault, os que apresentavam aspectos negativos se devia a falta de recursos ou de vontade política dos seus governantes.

O nosso HC foi construído a partir da transformação do hospital, isto é, depois da sua medicalização, de acordo com Foucault. Todavia, reafirma-se mais uma das nossas hipóteses, por falta dos meios humanos e materiais, como nos relata Cabral (1942) o HC era criticado pela população e pela imprensa pela falta de higiene e de cuidados para com seus internados, mas, quando em necessidade, acorriam para ele em busca da cura. As reclamações eram, segundo Cabral (1942), maiores do que merecia o HC. No período já citado (1856-1864) em que as Irmãs Vicentinas trazidas da França estavam encarregadas do HC, a imprensa local não apresentou reclamações, tampouco se registraram queixas do povo, foi um período em que a disciplina sobre os corpos e os micropoderes foram exercitados plenamente e só encontramos elogios à atuação dessas sete Irmãs e dos dois Padres Lazaristas que vieram da França contratados pela ISJP. Em 1897, (BORENSTEIN, 2000:81) as Irmãs de Caridade da Congregação da Divina Providência, assumem o HC e então a casa é novamente reorganizada, asseada e cuidada, em consequência, os pacientes não reclamam mais do atendimento dado, apesar das limitações que o

Hospital oferecia. Mas, desde o seu início o HC sempre dispôs de um médico para atender seus pacientes, o qual os visitava diariamente e, se necessário, várias vezes ao dia, e nos primeiros lustros, apenas por caridade aos desvalidos.

Desse trabalho concluímos que: quando há recursos humanos e materiais, os hospitais são lugares de esperança, de cuidados e de cura, mas também são lugares para morrer e para isso se equipam. Em cidades ou vilas em que existiam hospitais antes do final do século XVIII e que ofereciam os recursos necessários para o seu bom funcionamento, fossem públicos ou particulares, estes apresentavam resultados alentadores, mas onde o caos, a superlotação e a carência geral era predominante, devastadores eram os efeitos e, só assim se justifica o discurso de Foucault sobre o hospital.

Quanto ao HC, sempre houve por parte da Mesa a preocupação em tratar bem os seus pacientes, e esta se comprova nas tabelas apresentadas nos relatórios dos Provedores ao longo de todo período investigado. Quando havia um percentual acima da média então aceita, o relator justificava, fosse por causa de uma epidemia, fosse por outro motivo, mesmo porque, muitas vezes o Presidente da Província “cobrava” qualquer elevação da taxa de mortalidade do Provedor, uma vez que o Governo, por colaborar minimamente com o HC, se achava no direito de exigir resultados. Os usuários mais idosos do HC guardam um carinho especial para com ele, resultante da competência e dedicação de seus corpos clínicos e de enfermagem. Um exemplo disso é um grande Governador do Estado, que sempre preferiu, quando precisou, o HC em detrimento dos hospitais mais modernos e mais bem equipados que as diversas Administrações Estaduais construíram na cidade de Florianópolis.

Ao longo do período analisado o HC foi a mais importante instituição de assistência social de Florianópolis. O HC na sua trajetória serviu de asilo para idosos, para inválidos, para escravos, para órfãos, para prostitutas e todos os demais segmentos desprezados, segregados e repelidos pela sua sociedade. Este é um aspecto relevante desta pesquisa, que mostra que o HC foi muito mais

do que um Hospital que visa a cura dos seus enfermos, foi o lar de muitos catarinenses excluídos que se encontravam debilitados, doentes ou depauperados, mas foi também escola regular para crianças externas e internas no período em que as Irmãs Vicentinas estiverem a frente do Estabelecimento e ainda centro de aprendizagem profissional para os que nele laboraram. Pelo estudo feito, o HC também foi lugar de exclusão social.

As críticas feitas ao Hospital do século XVIII, que Foucault (2001) lembra com muita autoridade, são também de ordem econômica. O edifício hospitalar sempre foi uma construção onerosa, pelas suas dimensões e exigências peculiares, da mesma forma a sua manutenção, que é sempre difícil, até pela necessidade de remover eventualmente os enfermos internados, principalmente quando a capacidade do nosocômio está tomada. Para muitos o internado sempre é uma dupla carga para a sociedade, uma porque está fora da produção e outra porque está consumindo reservas dessa sociedade. Esta visão mercantilista tolhe qualquer sentimento de solidariedade e sempre produz efeitos negativos. O doente é produzido pelo homem quando abusa de qualquer coisa além do normal, seja pelo pensamento seja pela ação consigo mesmo e, cabe a sociedade propugnar para que o equilíbrio se faça, porque somos todos velejadores desde barco sideral chamado Terra. Portanto, para atingirmos a meta da saúde integral, precisamos antes abandonar os nossos velhos companheiros: o orgulho e o egoísmo. Quando a humanidade se conscientizar de que para atingir a felicidade, terá que eliminar definitivamente estes vícios mentais e se tornar solidária, com direitos iguais para todos, não haverá mais necessidade de se construir nosocômios. Todo o hospital nasce como casa de caridade sob inspiração superior, é a “ante-sala” em que a morte mais está presente. Se administração de nosocômio exista que vise apenas lucro, esta é passageira, ao longo do tempo ocorrem sempre as transformações para melhor.

O hospital não é apenas local adequado para cirurgias ou tratamento médico ou para suprimir dores e curar doenças. Ele é também um local de

repouso e de reflexão, em que a dor e o temor à morte surgem colocando o homem frente as mesmas, estas agem então como diretrizes para um novo rumo dos fustigados pela inclemência que eles mesmos criaram. A maioria dos homens ainda não entendeu o seu significado moral como benditas casas de refazimento físico-espiritual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHOFF, Fátima Regina *Capela do Menino Deus e Hospital de Caridade*. Salvador: Tese de Especialização na Universidade Federal da Bahia, 1988.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira *Hospital. Instituição e História Social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168 p.

BACHELARD, Gaston *A formação do espírito científico*. 3. ed. Trad. Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 2001. 315 p.

_____ *A Epistemologia*. Trad. Fátima Lourenço Goudinho e Mário Cármino Oliveira. Lisboa: Edições 70, 1971. 223 p.

BRAUDEL, Fernand *Escritos sobre a história*. 2. ed. Trad. J. Guinsburg e Teresa C. Silveira da Mota. São Paulo: Perspectiva. 1992. 289 p.

BERNARD, Jean *Esperanças e sabedoria da Medicina*. Trad. Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Edit. UNESP. 1998. 196 p.

BIERMANN, Verônica et all *Teoria da arquitetura*. Trad. Maria do Rosário Paiva Boléo. Köln: Taschen, 2003. 845 p.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind *O Cotidiano da Enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis*. Tese de Doutorado do CCS - Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

CABRAL, Oswaldo Rodrigues *História de Santa Catarina*. 4. ed. Florianópolis: Lunardelli, 1994. 504 p.

_____ *Medicina, Médicos e Charlatões do passado*. Florianópolis: Lunardelli, 1942. 293 p.

_____ *Nossa Senhora do Desterro*. Florianópolis: Lunardelli, 1979. Volume 1. 515 p.

CAPONI, Sandra Noemi *Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Edit. FioCruz, 2000. 100 p.

CHIZZOTTI, Antonio *Como se utilizar dos documentos para alcançar os objetivos da pesquisa*. São Paulo: Cortez, 1991. p. 11 – 21.

_____ *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COELHO NETTO, J. Teixeira *A construção do sentido na Arquitetura*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002. 178 p.

COSTA, Alfredo Theotônio da *Breve Notícia sobre a Imagem do Senhor Jesus dos Passos, Traços Biográficos do Irmão Joaquim e da Beata Joanna Gomes de Gusmão e Relatório do Vice-Provedor (1891-1892)*. Typ. Do Apóstolo. Rio de Janeiro, 1897. 42 p.

COSTA, Lúcio *Sobre Arquitetura*. Porto Alegre: Centro dos Estudantes Universitários de Arquitetura, 1962. 365 p.

COTTINI, Aristides *El Hospital en la Historia*. Mendoza: Idearium, 1980. 291 p.

DESCHAMPS, Jacques et all *"Demain sera meilleur..." Hôpital et utopies*. Paris: Edit. Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2002. 328 p.

DURANT, Will *O Livro de Ouro dos Heróis da História*. Trad. Laura Alves e Aurélio Rabello. Rio de Janeiro: Ediouro. 2002a. 462 p.

_____ *A Idade da Fé*. Trad. Mamede de Souza Freitas. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002b. 1018 p.

_____ *A Renascença*. Trad. Mamede de Souza Freitas. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002c. 609 p.

_____ *A Reforma*. Trad. Mamede de Souza Freitas. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002e. 829 p.

_____ *Começa a Idade da Razão*. Trad. Mamede de Souza Freitas. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002d. 619 p.

FARIAS, Vilson F. de *Hospital de Caridade Realidade histórico cultural*. In Revista *ÁGORA*. Fpolis, Ano III nº 5 –JUN/1987. pág. 7 a 9.

FERRO, Sérgio *O canteiro e o Desenho*. São Paulo: Projeto/IAB, 1979. 112 p.

FONTES, Henrique da Silva *A Irmandade do Senhor dos Passos e o seu Hospital, e Aqueles que os fundaram*. Edição do Autor. Florianópolis: 1965. 431 p.

FOUCAULT, Michel *A arqueologia do saber*. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2002. 239 p.

_____ *Microfísica do Poder*. Trad. Roberto Machado. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000a. 295 p.

_____ *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2001. 241 p.

_____ *Vigiar e Punir*. Trad. Raquel Ramallete. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2000b. 288 p.

_____ *História da Loucura na Idade Clássica*. Trad. José Teixeira Coelho Netto. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000. 551 p.

GAGNEBIN, Jeanne Marie *História e narração em Walter Benjamin*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. 114 p.

GIL, Antônio Carlos *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Ed. Atlas, 1988.

_____ *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GONSALVES, Elisa Pereira *Iniciação à Pesquisa Científica*. 2. ed. Campinas: Edit. Alínea, 2001. 79 p.

GORDON, Richard *A Assustadora História da Medicina*. Trad. Aulyde Soares Rodrigues. 2. ed. São Paulo: Ediouro, 2002. 432 p.

GRAEFF, Edgar A *Arte e Técnica na formação do Arquiteto*. São Paulo: Studio Nobel, 1995. 142 p.

HAYWARD, John A *História de la Medicina*. Trad. Carlos M. Torres. 6. reimpr. México: Fondo de Cultura Econômica, 1993. 142 p.

HELLER, Agnes *O cotidiano e a História*. 6 Ed. Trad. Carlos N. Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz & Terra, 2000. 121 p.

KONDER, Leandro *Walter Benjamin: o Marxismo da Melancolia*. 3 Ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1999. 125 p.

LE GOFF, Jacques *As Doenças tem História*. 2 Ed. Trad. Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1997. 366 p.

MANN, P. H *Métodos de investigação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar. 1975. 212 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000. 270 p.

MIQUELIN, Lauro Carlos *Anatomia dos edifícios hospitalares*. São Paulo: CEDAS. 1992. 241 p.

MUMFORD, Lewis *A cidade na história: suas origens, transformações e perspectivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 741 p.

NIETZSCHE, Friedrich *A Gaia Ciência*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Editora Schwarcz, 2002. 363 p.

_____ *Para além do bem e do mal*. Trad. Alex Martins. São Paulo: Edit. Martin Claret, 2002. 228 p.

ORNELLAS, Cleuza Panisset *O paciente excluído*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1997. 254 p.

PEREIRA, Nereu do Vale - Org *Memorial Histórico da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos*. Florianópolis: Ministério da Cultura, 1997. 869 p. 2v.

_____ *Ilha de Santa Catarina: espaço, tempo e gente.* Florianópolis: Instituto Histórico e Geográfico de Santa Catarina, 2002. 2v.

PEVSNER, Nikolaus *Panorama da Arquitetura Ocidental.* Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: 2 Ed. Martins Fontes, 2002. 511 p.

PIRES, J. Herculano *Os Filósofos.* São Paulo: Edições Feesp, 2000. 296 p.

PLATÃO *A República.* Bauru, Edipro. 1994. 419 p.

PORTOCARRERO, Vera (Org.) *Filosofia, História e Sociologia das Ciências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 272 p.

ROSEN, George *Uma História da Saúde Pública.* Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira. 2 Ed. São Paulo: Edit. Unesp – Hucitec-Abrasco, 1994. 401 p.

_____ *Da polícia médica à medicina social.* Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____ *A evolução da medicina social.* Trad. e Org. Everardo Duarte Nunes. *Textos*, São Paulo: Global, 1983, p. 25-82.

SAINT-HILAIRE, Auguste de *Viagem a Curitiba e Província de Santa Catarina.* Trad. Regina Regis Junqueira. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia e EDUSP, 1978. 211p.

SCHURÉ, Edouard *Les grands initiés.* Paris: Perrin, 1956.

SCLIAR, Moacyr *Do mágico ao Social: A Trajetória da Saúde Pública.* Porto Alegre: L&PM Editores, 1987. 111 p.

SOUZA, Cantídio Alves de *Relatório ao Provedor da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade de Florianópolis (1928-1930).* Florianópolis: Imprensa Oficial, 1931. 46 p.

STRICKLAND, Carol *Arquitetura Comentada.* Trad. Fidelity Translations. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. 178 p.

TURATO, Egberto Ribeiro *Tratado da Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.* Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

VÁRZEA, Virgílio *Santa Catarina A Ilha.* 2 Ed. Florianópolis: Lunardelli, 1984. 227 p.

VEYNE, Paul Marie *Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história*. Trad. Alda Baltar e Maria A. Kneipp. 4 Ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1998. 285 p.

VIEIRA, M. do Pilar de Araújo et al *A pesquisa em História*. 4 Ed. São Paulo: Ática, 2002. 80 p.

Arte nos Séculos Volume III. São Paulo: Abril Cultural, 1970. 783 p.

BIBLIOGRAFIA

NOTA: Esta Bibliografia complementa as Referências Bibliográficas desse trabalho, e é apenas uma contribuição e não esgota o que existe, tão somente busca contemplar a História do Hospital e, em especial, a do HC, em edições da língua portuguesa no Brasil.

ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine *Sociologia da doença e da Medicina*. Trad. Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.

ADAMS, Betina & ARAUJO, Suzane Albers *Diretrizes Técnicas para a Recuperação do Conjunto do Hospital de Caridade*. Florianópolis: IPUF, 1994. (Digitado).

ALMEIDA JÚNIOR, J B *O estudo como forma de pesquisa*. In: CARVALHO, M.C. de *Técnicas de Metodologia Científica construindo o saber*. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 1989.

AMARANTE, Paulo Org *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Registro Histórico de Olavo Bilac (Visita ao Hospício Nacional)*, p. 307-314. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000. 316 p.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira *Medicina, Leis e Moral: Pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Ed. UNESP, 1999. 304 p.

ARISTÓTELES *Ética a Nicômacos*. 4 Ed. Trad. Mário da Gama Kury. Brasília: Ed. UNB, 2001. 238 p.

- BARDIN, Laurence *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.
- BENCHIMOL, Jaime Larry *Dos Micróbios aos Mosquitos*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999. 498 p.
- BENEVOLO, Leonardo *História da Arquitetura Moderna*. Trad. Ana M. Goldberger. 3 Ed. São Paulo, Perspectiva. 2001. 808 p.
- BERLINGUER, Giovanni *Ética da Saúde*. Trad. Shirley M. Gonçalves. São Paulo, Hucitec. 1996. 137 p.
- BENJAMIN, Walter et al *Teoria da Cultura de Massa: A Obra de Arte na época de sua reprodutibilidade Técnica*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, Saga. 1969. 338 p.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V *Hospital: qualidade & produtividade*. São Paulo, Sarvier. 1997. 137 p.
- BOCCACCIO, Giovanni *Decamerão*. 2 Ed. Trad. Torrieri Guimarães. São Paulo: Abril Cultural, 1971. 582 p.
- BORNHEIM, Gerd *Metafísica e Finitude*. São Paulo: Perspectiva, 2001, 231 p.
- BOTAZZO, Carlos & TORRES DE FREITAS, Fernando. Org *Ciências sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas*. Bauru, Ed. UNESP, 1998. 230 p.
- BOTEGA, Neury J. & DALGALARRONDO, Paulo *Saúde Mental no Hospital Geral*. São Paulo, Hucitec, 1997. 116 p.
- BRANCHER, Ana. Org *História de Santa Catarina*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2000, 214 p.
- BRANDÃO, Carlos Antonio Leite *A Formação do homem moderno vista através da arquitetura*. Belo Horizonte: AP Cultural, 1991.
- BREITMAN, Irineu *Hospital Regional Dr. Hans Dieter Schmidt*. Revista Gaúcha dos Hospitais, Porto Alegre: Set. 1982, ano 10, vol. 10, nº. 3.
- BROSS, J. C *Aspectos metodológicos do planejamento físico de hospitais*. Revista Projeto, São Paulo: Out/Nov, 1980. nº. 24 p. 53.

_____ *Hospital Prefabricado*. Revista Projeto, São Paulo: Fev. 1985. nº. 72 p. 91-98.

_____ *A especificação de acabamentos de edifícios hospitalares*. Revista Projeto, São Paulo, Jul. 1985. nº. 77 p. 62-63.

CABRAL, Oswaldo Rodrigues *Nossa Senhora do Desterro*. Florianópolis, Lunardelli. 1979. Volume 2. 575 p.

CANGUILHEM, Georges *O Normal e o Patológico*. 5 Ed. Trad. Maria Thereza R. de C. Barrocas. Rio de Janeiro, Forense-Universitária. 1982.

CALDER, Ritchie C.B.E *O Homem e a Medicina*. Trad. Raul de Polillo. São Paulo: Boa Leitura Editora, 1980.

CAPONI, Sandra Noemi *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. Revista História Ciências Saúde Manguinhos. Rio de Janeiro: FioCruz, 287-307, jul./out. 1997.

_____ *Trópicos, micróbios y vectores*. Revista História Ciências Saúde Manguinhos. Rio de Janeiro: FioCruz, 111-138, Vol. 9 (suplemento), 2002.

CASTRO, Eloah R. Monteiro de *Jogo de Formas Híbridas*. Tese de Doutorado em História Cultural, CFCH, UFSC. Florianópolis: 2002, 143 p.

CZERESNIA, Dina *Do Contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: FioCruz, 2000. 123 p.

CHALMERS, Alan F *O que é Ciência, afinal?* Trad. Raul Fiker. São Paulo: Brasiliense, 1993. 225 p.

_____ *A fabricação da Ciência*. Trad. Beatriz Sidou. São Paulo: Ed. UNESP, 1994. 187 p.

CISNEROS, Zuñiga *Manual de Historia de los Hospitales*. 2 Ed. in Revista de la Soc. Venezolana de Historia de la Medicina, n. 4, V. II. Caracas, 1954.

COELHO NETTO, J. Teixeira *A Construção do Sentido na Arquitetura*. 5 Ed. São Paulo: Perspectiva. 2002. 178 p.

CORBIN, Alain *El Perfume o el Miasma: El olfato y lo imaginario social, Siglos XVIII y XIX*. 1 Reimpr. Trad. Carlota Vallée Lazo. México: Fondo de Cultura Económica, 2002. 252 p.

CORONA, Eduardo & LEMOS, Carlos A. C *Dicionário da Arquitetura Brasileira*. São Paulo: EDART, 1972. 479 p.

COSTA, Jurandir Freire *Ordem Médica e Norma Familiar*. 4 Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1999. 282 p.

COSTA, Lúcio *Sobre Arquitetura*. Porto Alegre: Diretório Acadêmico de Arquitetura-UFRGS, 1962. 363 p.

COSTA, Sérgio I. Ferreira et al Coord *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

COUTINHO, Carlos N. & TEIXEIRA, Andréa de Paula. Org *Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 293 p.

COUTINHO, Evaldo *O espaço da Arquitetura*. 2 Ed. São Paulo: Perspectiva, 1998. 239 p.

DAY, Robert A *Como escrever e publicar um artigo científico*. 5 Ed. Trad. Marina André de Alvarez. São Paulo: Santos Edit, 2001. 275 p.

DESCARTES, René *Discurso sobre o método*. Trad. Márcio Pugliesi e Norberto de Paula Lima. Curitiba: Hemus Edit, 2000. 136 p.

ECO, Umberto *Como se faz uma Tese*. 17 Ed. Trad. Gilson César Cardoso de Souza. São Paulo: Perspectiva, 2002. 175 p.

_____ *A Estrutura Ausente*. 7 Ed. Trad. Pérola do Carvalho. São Paulo: Perspectiva, 2003. 426 p.

_____ *As Formas do Conteúdo*. 3 Ed. Trad. Pérola do Carvalho. São Paulo: Perspectiva, 1999. 190 p.

_____ *Os Limites da Interpretação*. 1 Ed. Trad. Pérola do Carvalho. São Paulo: Perspectiva, 2000. 315 p.

ENGELS, Friedrich *A origem da Família, da Propriedade e do Estado*. 16 Ed. Trad. Leandro Konder. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 224 p.

ESCOREL, Sarah *Saúde Pública: utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Prefeitura, 2000. 172 p.

FARIAS, Vilson F. de *Recuperação Histórico Cultural do Caridade de Florianópolis: Fase Diagnóstica - Quadro Arbóreo Paisagístico*. Florianópolis: IPUF, 1987. Vol. II.

FOUCAULT, Michel *As Palavras e as Coisas*. 8 Ed. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins-Fontes, 2002. 541 p.

_____ *A Ordem do Discurso*. 6 Ed. Trad. Salma Tannus Muchail. São Paulo: Loyola, 1996. 79 p.

_____ *La vida de los hombres infames: Ensaio sobre desviación y dominación*. Trad. Julia Varela y Fernando Alvarez Uría. Buenos Aires: La Piqueta, 1990. 151 p.

_____ *História da Sexualidade 1: A vontade de Saber*. 15 Ed. Trad. Maria T. da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. São Paulo: Graal, 2003. 152 p.

_____ *História da Sexualidade 2: O uso dos prazeres*. 10 Ed. Trad. Maria T. da Costa Albuquerque. São Paulo: Graal, 2003. 232 p.

_____ *História da Sexualidade 3: O cuidado de si*. 7 Ed. Trad. Maria T. da Costa Albuquerque. São Paulo: Graal, 2003. 246 p.

_____ et al *O Homem e o Discurso (A Arqueologia de Foucault)*. 2 Ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. 139 p.

FRAMPTON, Kenneth *História crítica da arquitetura moderna*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 470 p.

FUSTEL DE COULANGES, Numa Diniz *A cidade antiga*. Trad. Nélia M^a. P. Padilha von Tempski-Silka. Curitiba: Juruá, 2002. 2 Vol. 328 p.

GARCIA, Juan César *Pensamento Social em Saúde na América Latina*. Everardo D. Nunes (Org.), São Paulo: Cortez, 1989. 238 p.

GLUSBERG, Jorge *Para uma crítica da arquitetura*. Trad. Anita Regina Di Marco. São Paulo: Projeto, 1986. 215 p.

GOFFMAN, Erving *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1999. 312 p.

GONÇALVES, Helen *Peste Branca: Um estudo antropológico sobre a tuberculose*. Porto Alegre: Edit. da UFRGS, 2002. 194 p.

GRAEFF, Edgar A *Edifício*. Cadernos Brasileiros de Arquitetura. São Paulo: Projeto, 1978. 146 p.

HEIDEGGER, Martin *A Origem da obra de arte*. Trad. Maria da Conceição da Costa. Lisboa: Edições 70, 2000. 73 p.

ILLICH, Ivan *A Expropriação da Saúde*. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

JUNG, Carl *L'hôpital et la ville*. Paris: Hermann, 1980. 242 p.

KAMITA, João Masao *Vilanova Artigas*. São Paulo: Cosac & Naify Edições, 2000. 128 p.

KANT, Immanuel *Primeiros Princípios Metafísicos da Ciência da Natureza*. 6ª Ed. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 2001. 123 p.

_____ *Lógica*. Trad. Guido Antônio de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992. 182 p.

_____ *Os Progressos da Metafísica*. Trad. Artur Morão. Lisboa: Edições 70, 1995. 143 p.

KARMAN, Jarbas *Centros de saúde e hospitais de "Linha de Frente" em áreas rurais e urbanas*. Rev.Projeto, São Paulo: Out/Nov. 1980. nº 24 p. 48.

KUHN, Thomas S *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 6 Ed. Trad. Beatriz V. Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2001. 257 p.

_____ *A Tensão Essencial*. Trad. Rui Pacheco. Lisboa: Edições 70, 1977. 421 p.

LABASSE, Jean *L'hôpital et la ville*. Paris: Hermann, 1980. 242 p.

La Salpêtrière Hier et Aujourd'hui. In *Revista: L'hôpital a Paris*. Paris: Août, 1982, número special hors série.

LAKATOS, Imre *Falsificação e Metodologia dos Programas de Investigação Científica*. Trad. Emília P. T. M. Mendes. Lisboa: Edições 70, 1978. 208p.

_____ e MUSGRAVE, Alan *A Crítica e o desenvolvimento do conhecimento*. Trad. Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Cultrix, 1979.

LE CORBUSIER *Por uma arquitetura*. Trad. Ubirajara Rebouças. São Paulo: Perspectiva, 1973. 207 p.

_____ *Como concebir el Urbanismo*. 2 Ed. Trad. E. L. Revol. Buenos Aires: Ediciones Infinito, 1967. 206 p.

_____ *Cuando las Catedrales eran Blancas*. 2 Ed. Trad. Julio E. Payró. Barcelona: Poseidon, 1979. 292 p.

LIMA, Darcy Roberto *História da Medicina*. Rio de Janeiro: Edit. Médica e Científica Ltda., 2003. 307 p.

LIMA, João Filgueiras *CTRS – Centro de Tecnologia da Rede Sarah*. São Paulo: Fundação Bional/ProEditores, 1999. 66 p.

MACHADO, Roberto *Ciência e Saber: A trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 214 p.

_____ et al *Danação da Norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 561 p.

MANN, Thomas *A montanha mágica*. 2 Ed. Trad. Herbert Caro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. 986 p.

MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.

MECACCI, Luciano *Conhecendo o cérebro*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Nobel, 1987. 241 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, org *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. 2 Ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 356 p.

MOLES, Abraham A *A criação científica*. 3 Ed. Trad. Gita K. Guinsburg. São Paulo: Perspectiva, 1998. 292 p.

MONTENEGRO, Gildo A *A invenção do projeto*. São Paulo: Edit. Edgard Blücher, 1987. 132 p.

MUMFORD, Lewis *Arte y Técnica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1968. 163p.

NECKEL, Roselane *A República em Santa Catarina: Modernidade e exclusão (1889-1920)*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2003. 105 p.

NIETZSCHE, Friedrich W *Genealogia da moral: uma polêmica*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Cia. Das Letras, 2002. 179 p.

NORDENFELT, Lennart *Conversando sobre Saúde: um diálogo filosófico*. Trad. Maria Bettina Camargo Bub, Théo Fernando Camargo Bub. Florianópolis: Bernúncia, 2000. 244 p.

NUNES, Everardo Duarte et al *Medicina Social: Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Ed, 1983. 205 p.

_____ *Sobre a Sociologia da Saúde: Origens e Desenvolvimento*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999. 234 p.

OMS – Organización Mundial de la Salud *El hospital en distritos rurales y urbanos*. Trad. por la Organización Panamericana de la Salud. Ginebra: Impreso na Espanha, 1992. 80 p.

PALMA DE HARO, Martin Afonso. Org *Ilha de Santa Catarina: relatos de viajantes estrangeiros nos séculos XVIII e XIX*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996. 334 p.

PEREIRA, Miguel Alves *Arquitetura, texto e contexto*. Brasília: Edit. Universidade de Brasília, 1997. 200 p.

PINA RIBEIRO, Herval *O Hospital: História e Crise*. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.

PITTA, Ana *Hospital: Dor e morte como ofício*. 4 Ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 198 p.

POPPER, Karl R *A Lógica da Pesquisa Científica*. Trad. Leônidas Hegenberg e Octanny S. da Mota. 2 Ed. São Paulo: Cultrix, 1986. 567 p.

READ, Herbert *O Sentido da Arte*. 2 Ed. Trad. E. Jacy Monteiro. São Paulo: IBRASA, 1972. 166 p.

REIS FILHO, Nestor Goulart *Quadro da arquitetura no Brasil*. São Paulo: Perspectiva, 1970. 214 p.

REIS, José Carlos *História e Teoria*. Rio de Janeiro: Edi. FGV, 2003, 246 p.

REZENDE, Sonaly C. e HELLER, Léo *O saneamento no Brasil: Políticas e interfaces*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. 310 p.

REY, H *Contribuições à Geografia Médica: A Ilha de Santa Catarina*. Trad. Romilda Brisiguelli Salles. In Revista do Instituto Histórico e Geográfico de SC. Nº 18. Florianópolis: 1999. 320 p.

RODRIGUES, José Carlos *O corpo na História*. 1 Reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 198 p.

SANTOS, Neusa de Queiroz *Infecção hospitalar: uma reflexão histórico-crítica*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1997. 144 p.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de *A Medicina e suas transições através dos séculos: da pajelança à medicina contemporânea*. 2 Ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998. 138 p.

_____ *A Medicina que aprendi, exerci e ensinei*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1996. 354 p.

SCLIAR, Moacyr *A face oculta – inusitadas e reveladoras histórias da medicina*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001. 223 p.

SELL, Carlos Eduardo *Sociologia Clássica: Durkheim, Weber e Marx*. 2 Ed. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2002. 228 p.

SEVERINO, Antônio Joaquim *Metodologia do Trabalho Científico*. 21^a Ed. São Paulo: Cortez, 2000. 279 p.

SILVA, Elvan *Arquitetura & Semiologia: Notas sobre a interpretação lingüística do fenômeno arquitetônico*. Porto Alegre: Sulina, 1985. 180 p.

SILVA, Geraldo Gomes da *Arquitetura do Ferro no Brasil*. São Paulo: Nobel, 1987. 248 p.

SOMMER, Robert *Espaço pessoal: As bases comportamentais de projetos e planejamentos*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: EPU, 1973. 220 p.

SONTAG, Susan *A doença como metáfora*. Trad. Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 2002. 108 p.

TAMAYO, Ruy Pérez *El Concepto de Enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988. 2 Vol. 500 p.

TESTA, Mario *Saber em Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 240 p.

_____ *Pensar em Saúde*. Trad. Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas e Abrasco, 1992. 226 p.

THOMPSON, E. P *A Formação da Classe Operária Inglesa II: A maldição de Adão*. Trad. Renato Busatto Neto e Cláudia Rocha de Almeida. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 347 p.

_____ *A Formação da Classe Operária Inglesa III: A força dos trabalhadores*. Trad. D. Bottmann. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 461 p.

THUILLIER, Guy *Chronique indécrite de l'Hôpital général de Paris*. Comité D'Histoire de la Sécurité Sociale. Paris: 1997, 146 p.

TODD WHEELER, E *Diseño Funcional y Organización de Hospitales*. Trad. Joaquin Hernandez Orozco. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1976. 453 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

URIBE RIVERA, Francisco Javier Org *Planejamento e programação em Saúde: Um enfoque estratégico*. Trad. Elizabeth Artmann. São Paulo: Cortez, 1989. 171 p.

VALDÉS, Alberto Garcia *Historia de la Medicina*. Madrid: Interamericana & McGraw-Hill, 1987.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva e HASSEN, Maria de Nazareth Agra *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 133 p.

VILANOVA ARTIGAS, João Batista *A função social do Arquiteto*. São Paulo: Nobel, 1989. 95 p.

_____ *Caminhos da Arquitetura*. São Paulo: LECH, 1981. 143 p.

WEIMER, Günter *A Arquitetura*. 3 Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1999. 165 p.

_____ Org *Arquitetura História, Teoria e Cultura*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2001. 192 p.

ZEVI, Bruno *Saber ver a Arquitetura*. Trad. Maria Isabel Gaspar/Gaëtan Martins Oliveira. 5 Ed. São Paulo: Edit. Martins Fontes, 1996. 286 p.

Grande Enciclopédia Delta Larousse Rio de Janeiro: Editora Delta, 1974. 15 Volumes.

Os Milénios Lisboa: Editora Verbo, 1982. 6 Volumes.

APÊNDICES

A.1 OS PERSONAGENS E OS EVENTOS QUE IMPULSIONARAM O SABER MÉDICO

HIPÓCRATES (459/460-355 a.C.) é o criador da observação clínica e pai da medicina, acreditava na harmonia entre o homem e o ambiente, portanto, um dos pioneiros da ecologia quando nem se pensava nisso. Para ele as doenças eram conseqüência do clima, do solo, da água, do modo de vida e da nutrição.

ARISTÓTELES (384-322 a.C.) elaborou uma classificação dos seres vivos, bastante rudimentar, na qual eram divididos numa hierarquia de classes, sendo alguns inferiores e outros de classe superior, mas o homem estava sobre todos. Sua contribuição para o saber médico foi enorme, especialmente no desenvolvimento da Embriologia e para uma melhor compreensão da Anatomia.

MARCO TERÊNCIO VARRO (116-27 a.C.) Enciclopedista romano, notou uma relação entre pântanos e malária. Expressou a idéia de criaturas diminutas, que flutuam no ar e entram no corpo, causarem doenças epidêmicas. Seu contemporâneo, o arquiteto Vitrúvio Pólio, e no primeiro século d.C., o agricultor Columela, compartilharam sua concepção.

AVICENA, (Ibn Sina) médico e filósofo da Pérsia (980-1073 d.C.) foi autor do *Cânone da Medicina* e de uma enciclopédia das ciências filosóficas.

BARTOLOMMEO EUSTACHIO (1500-1574), médico e anatomista italiano. Fez do método de observação a base das ciências médicas. Descobriu as glândulas supra-renais e descreveu os rins, o útero e outros elementos notáveis. Seu nome designa a *trompa de Eustáquio*.

AMBROISE PARÉ (1509-1590) Cirurgião francês. Em 1545 publicou sua obra *Método de tratar feridas feitas pelos arcabuzes e outras armas de fogo*, e em 1549 a *Breve coleção da administração econômica, com a maneira de unir*

os ossos. Foi considerado o pai da cirurgia moderna. Devemos a ele os primeiros grandes passos na ligação das artérias, substituindo a cauterização com ferro incandescente ou com óleo fervente, etc. Escreveu ainda em 1561: *Método curativo das feridas e fraturas da cabeça humana com as figuras dos instrumentos*; em 1564 publicou *Dez livros de cirurgia com referência às coleções de instrumentos necessários*, em 1573: *Da geração do homem, dos monstros, etc.*

MICHEL SERVET (1511-1553) Médico e teólogo espanhol. Em 1553 distingue as cavidades direita e esquerda do coração; descobriu, como precursor de Harvey, a circulação do sangue.

JEAN PECQUET (1622-1674) Médico e anatomista francês. Em 1647 descobriu os vasos quilíferos e mostrou que estes desembocam na dilatação inferior do canal torácico, conhecida como cisterna de Pecquet.

ANTONY VAN LEEUWENHOEK (1632-1723). O primeiro a observar bactérias e outros organismos microscópicos. Em 1676 informou à Sociedade Real de Londres sua descoberta. É o fundador da bacteriologia. Em 1715 descobre os protozoários, os espermatozóides, etc.

FRIEDRICH HOFFMANN (1660-1742). Médico alemão. Foi o fundador da teoria organicista. Em 1703 faz análise das águas minerais. Em 1726 descobriu a ação tóxica do monóxido de carbono.

STEPHEN HALES (1677-1761) Químico e botânico inglês. Em 1733 fez as primeiras medições de pressão sanguínea. Seus trabalhos sobre a fisiologia da circulação do sangue são os mais importantes depois dos de Harvey.

CARL VON LINNÉ (1707-1778), Médico e naturalista sueco, publicou em 1740 sua obra "*Sistema da Natureza*" na qual criou o método de classificação binária (gênero e espécie) dos seres vivos.

JOHN HOWARD (1726-1790), Reformador inglês. Trabalhou nos problemas sociais e sanitários dos internos de hospitais e prisões. Seu método de investigação abriu caminho para as reformas sanitárias do Século XIX em seu país.

CHRISTIAN F. S. HAHNEMANN (1755-1843) Médico alemão. Em 1789 criou a doutrina da homeopatia.

Em 1780, segundo Foucault, se instala o novo hospital com função terapêutica. A visita e a observação sistemática e comparada aos hospitais da Europa, principalmente por Tenon da França e Howard da Inglaterra por volta de 1780, marcam indelevelmente esta nova visão dos hospitais.

No informe de 1796 da Academia de Ciências de Paris constava que é *“pelo ar que se transmite o contágio”*.

Em 1797 o escocês Rollo descobre a hiperglicemia nos diabéticos.

Em 1800 estabelece-se o método anatomo-clínico que liga os sinais clínicos e as lesões anatômicas.

FRIEDRICH WILHELM SERTÜRNER (1783-1841). Farmacêutico alemão, em 1806 descobriu a morfina.

FRANÇOIS MAGENDIE (1783-1855). Fisiologista francês, em 1816 estabelece a distinção entre os nervos motores e nervos sensitivos.

JAMES PARKINSON (1755-1824) Médico e paleontologista inglês. Descreveu em 1817 a paralisia agitante, a qual passou a ser chamada de doença de Parkinson.

BERTRAND PELLETIER (1761-1797) Químico e farmacêutico francês. Foi professor de química da escola politécnica em 1795. Pesquisou o fósforo e outras substâncias. Seu filho, PIERRE JOSEPH, também farmacêutico (1788-1842), extraiu da raiz da ipeca uma substância emética, a qual, mais tarde, foi chamada de emetina. Os trabalhos sobre colesterol iniciaram uma rica colaboração com JOSEPH B. CAVENTOU. Os dois em 1818 descobriram a estricnina; em 1819 a brucina; e em 1820 a veratrina, a quinina e o ácido cevádico; em 1832 Pelletier isolou a narceína e a tebaína do ópio.

XAVIER BICHAT (1771-1802), médico francês. Foi médico da Santa Casa em 1800. Em 1797 fundou um curso de anatomia. Em 1800 publicou seu *Tratado das membranas e Pesquisas Fisiológicas sobre a vida e a morte* e, em 1801, *Anatomia geral*. Foi o criador da Histologia, contribuindo para o avanço da embriologia e da organogenia.

JOHANNES E. PURKINJE (1787-1869). Biólogo tcheco. Foi o primeiro a usar o termo *protoplasma*.

JOHANN LUKAS SCHÖENLEIN (1793-1864), médico alemão. Foi o iniciador no uso do microscópio em conjunção com a análise da urina e do sangue no diagnóstico das doenças. Em 1839 descobriu um fungo na afecção conhecida então como favo.

JACOB HENLE (1809-1885) mais conhecido pelos seus trabalhos sobre a estrutura microscópica do corpo. Sua obra sobre o contágio é importante, ciente de que as doenças transmissíveis e as infecciosas eram causadas por diminutos seres vivos. Preparou o trabalho de Robert Koch, seu aluno.

Em 1845 os norte-americanos Morton e Waren promovem a primeira anestesia geral por éter.

OLIVER WENDELL HOLMES (1809-1894) Em 1843 assinalou que a febre puerperal era contagiosa e transmitida pelas mãos do obstetra. Preconizou cuidados para se manter as mãos limpas.

CASIMIR J. DAVAINÉ (1812-1882) Médico francês. Em 1850 descobre as bactérias do carvão, transformando isso no nascimento da bacteriologia. É considerado precursor de Pasteur.

JOHN SNOW (1813-1858) Médico inglês, anestesiologista e epidemiologista. Em 1854 demonstrou a natureza transmissível do cólera. Mostrou a transmissão da doença pela água e, também, de pessoa a pessoa e pelo alimento contaminado; deduziu ser um organismo vivo o causador da doença.

HORACE WELLS (1815-1848), dentista norte-americano, em 1844 criou a anestesia cirúrgica com a utilização de protóxido de nitrogênio (óxido nitroso).

CHARLES F. GERHARDT (1816-1856) Químico francês. Em 1842 obteve a quinoleína; em 1852 descobriu os anidridos de ácidos orgânicos e em 1853 prepara a aspirina. Foi um dos criadores da notação atômica.

MAX VON PETTENKOFFER (1818-1901) Médico e higienista alemão. Iniciou os fundamentos da Higiene Moderna, da nutrição, da ventilação, da água e dos esgotos baseado na Bacteriologia. Último expoente importante da teoria miasmática das epidemias.

PETER LUDWIG PANUM (1820-1885). Em 1846 o Governo Dinamarquês o enviou as ilhas Faroé quando era recém-formado, como membro de uma Comissão médica para estudar a epidemia de sarampo. Seu relatório de 1847, sob a forma de topografia médica, estabeleceu as feições fundamentais do sarampo.

Em 1859 o alemão Brehmer cria o primeiro sanatório.

CARLOS J. FINLAY (1833-1915). Médico cubano. Deu à hipótese do mosquito como transmissor da febre amarela sua formulação clássica.

GERHARD A. HANSEN (1841-1912). Médico e botânico norueguês. Em 1874 descobriu o bacilo da lepra. (*Mycobacterium leprae*).

Em 1874 o russo Betz descobriu as células piramidais do cérebro.

Em 1881 começa a utilização da eletrocardiografia.

Em 1884, Arthur Nicolaier (1862-1945), médico e bacteriologista alemão, descobriu o bacilo do tétano.

KARL JOSEPH EBERTH (1835-1926). Médico e bacteriologista alemão. Em 1881 descobriu o bacilo da febre tifóide.

Até 1888 o Dr. J. Lewis Smith, professor de clínica de doenças infantis na Escola Médica do Hospital Bellevue de Nova York, dizia que as crianças adquiriam difteria pela inalação de gás dos esgotos infectados.

WILLIAM MACEWEN (1848-1924). Cirurgião escocês. Em 1890 procedeu a primeira cirurgia de abscesso do cérebro. Estudou o tratamento dos aneurismas da aorta e da hérnia inguinal, para os quais idealizou intervenções cirúrgicas. Dedicou-se em difundir as técnicas de Lister de esterilização do material cirúrgico. Deve-se a ele ainda os aperfeiçoamentos nos processos de reparação de tecidos por meio de enxertos, especialmente nos segmentos ósseos. É considerado um dos iniciadores da moderna técnica operatória cerebral.

CHARLES ROBERT RICHEL (1850-1935). Fisiologista francês. Em 1902 descobriu o fenômeno da anafilaxia. Estudou os fenômenos “ocultos” ou “supranormais”, aos quais deu o nome de Metapsíquica.

WALTER REED (1851-1902). Médico americano. Estabeleceu a transmissão da febre amarela pelo *Aedes aegypti*.

SIGMUND FREUD (1856-1939). Médico Neurologista e Psiquiatra austríaco. Criou a psicanálise.

WILLIAM MADDOCK BAYLISS (1860-1924). Fisiologista Inglês. Em 1902 descobriu os primeiros hormônios. Estudou diversos aspectos da eletrofisiologia.

ARTHUR NICOLAIER (1862-1945). Médico e bacteriologista alemão. Em 1884 descobriu o bacilo do tétano.

FERNAND WIDAL (1862-1929). Médico francês. Estabeleceu a identidade do bacilo de Eberth e realizou com Chantemesse a primeira vacinação antitífóidica. Em 1896 descobriu a aglutinação das bactérias. Sua principal descoberta foi a do sorodiagnóstico da febre tifóide. Em 1914 descobre a alergia respiratória asmática.

ALEXANDRE YERSIN (1863-1943), médico e bacteriologista francês, colaborou com Émile Roux nas pesquisas que levaram à descoberta da toxina diftérica. Em 1894 descobriu o bacilo da peste em Hong-Kong. Depois fabricou o soro antipestoso.

Em 1895 o francês d'Arsonval cria o tratamento por correntes de alta frequência.

Em 1896 o francês V. Despeignes efetua os primeiros tratamentos do câncer por raios X.

Em 1905 o norte-americano Crile procede as primeiras transfusões sanguíneas diretas.

Em 1911 o polonês Funk isola a primeira vitamina.

HARVEY WILLIAMS CUSHING (1869-1939). Neurocirurgião norte-americano e fundador da neurocirurgia. Em 1912 demonstrou a possibilidade da exérese da hipófise. É autor de diversas obras importantes sobre tumores intracranianos.

CAMILLE GUÉRIN (1872-1961), veterinário francês. Em 1913 com Calmette descobriu a vacina contra a tuberculose, conhecida como B.C.G.

FÉLIX HUBERT d'HERELLE (1873-1949). Médico e bacteriologista canadense. Em 1915 descobre a bacteriofagia.

GASTON RAMON (1886-1963). Biologista e Veterinário francês. Em 1922 descobriu a anatoxina imunizante.

FREDERICK G. BANTING (1891-1941), médico e fisiologista canadense. Em 1922 descobre a insulina junto com MacLeod, Best e Collip.

Em 1926 o Tcheco Jansen isola a vitamina B¹.

WERNER T. O. FORSSMANN (1904-19). Fisiologista Alemão. Em 1929 faz o primeiro cateterismo cardíaco.

HENRICK C. P. DAM (1895-). Bioquímico dinamarquês, em 1930 descobriu a vitamina K.

Em 1931 o alemão Berger emprega a eletroencefalografia pela primeira vez.

ADOLF BUTENANDT (1903-19). Químico Alemão, em 1934 isola a testosterona. Em sua pesquisa sobre os hormônios sexuais descobriu a foliculina e preparou a progesterona.

UGO CERLETTI (1878-1963). Neuropsiquiatra italiano. Em 1936 inicia o tratamento das doenças mentais com eletrochoque.

EDWARD CALVIN KENDALL (1886-1972). Químico norte-americano. Em 1938 prepara a cortisona. Em 1948, com PHILIP HENCH, descobrem a atividade terapêutica da cortisona.

RENÉ JULIUS DUBOS, Bacteriologista francês. Em 1939 descobre a tirotricina.

BERNARD N. HALPERN, médico francês. Em 1942 descobriu os anti-histamínicos de síntese. Pesquisou as alergias.

ALFRED BLALOCK (1899-1964). Cirurgião norte-americano. Em 1944 inicia a cirurgia corretiva das deformações congênitas cardíacas.

Em 1944 o norte-americano Kolff constrói o primeiro rim artificial.

Em 1946 obtém-se em laboratório a síntese da penicilina.

Em 1948 os norte-americanos Burkholder e Gottlieb descobrem o cloranfenicol.

A.2 TABELAS DAS DESCOBERTAS DE ARTRÓPODES RESPONSÁVEIS PELA TRANSMISSÃO DE DOENÇAS HUMANAS

ANO	DOENÇA	VETOR	INVESTIGADOR
1906	Dengue	Mosquito	Bancroft
	Febre maculosa das Montanhas Rochosas	Carrapato	Ricketts, King
1909	Tifo epidêmico	Piolho do corpo humano	Nicolle
	Leishmaniose	Flebótomo	Doerr, Franz, Taussig
1931	Tifo murino	Piolho do rato	Mooser
		Pulga do rato	Dyer
1940	Febre do carrapato do Colorado	Carrapato	Tooping, Cullyford, Davis
1946	Riquetsiose	Ácaro	Huebner, Jellison e Pomerantz

QUADRO DAS DESCOBERTAS DE ORGANISMOS PATOGÊNICOS E DE ARTRÓPODES VETORES

ANO	DOENÇA/ORGANISMO	INVESTIGADOR
1880	Febre tifóide (bacilo encontrado em tecidos)	Eberth
	Hanseníase	Hansen
	Malária	Laveran
1882	Tuberculose	Koch
	Mormo	Loeffler e Schutz
1883	Cólera	Koch
	Estreptococo (erisipela)	Fehleisen
1884	Difteria	Klebs e Loeffler
	Febre tifóide (isolamento do bacilo)	Gaffky
	Estafilococo	Rosenbach
	Estreptococo	Rosenbach
	Tétano	Nicolaier
1885	Coli	Escherich
1886	Pneumococo	A. Fraenkel
1887	Febre de Malta	Bruce
	Cancro mole	Ducrey
1892	Cangrena gasosa	Welch e Nuttall
1894	Peste	Yersin, Kitasato
	Botulismo	Van Ermengen
1898	Bacilo da disenteria	Shiga

ANEXOS

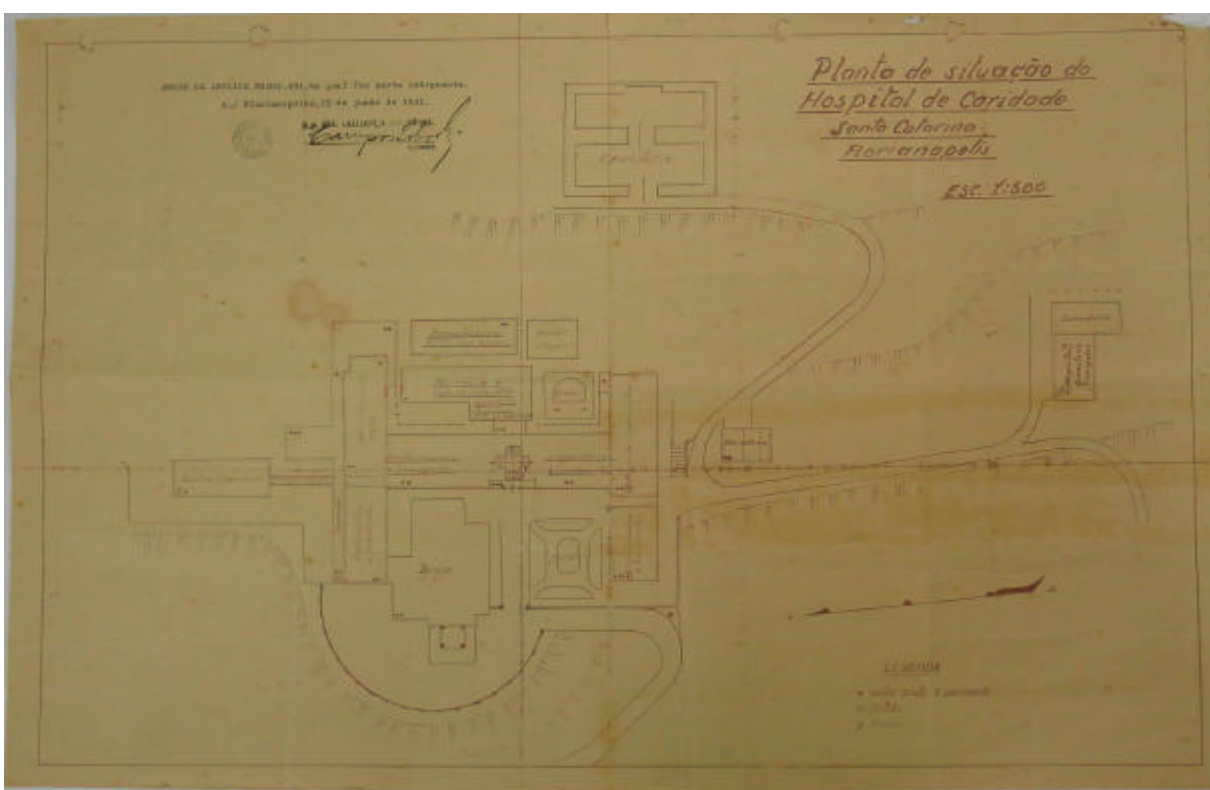
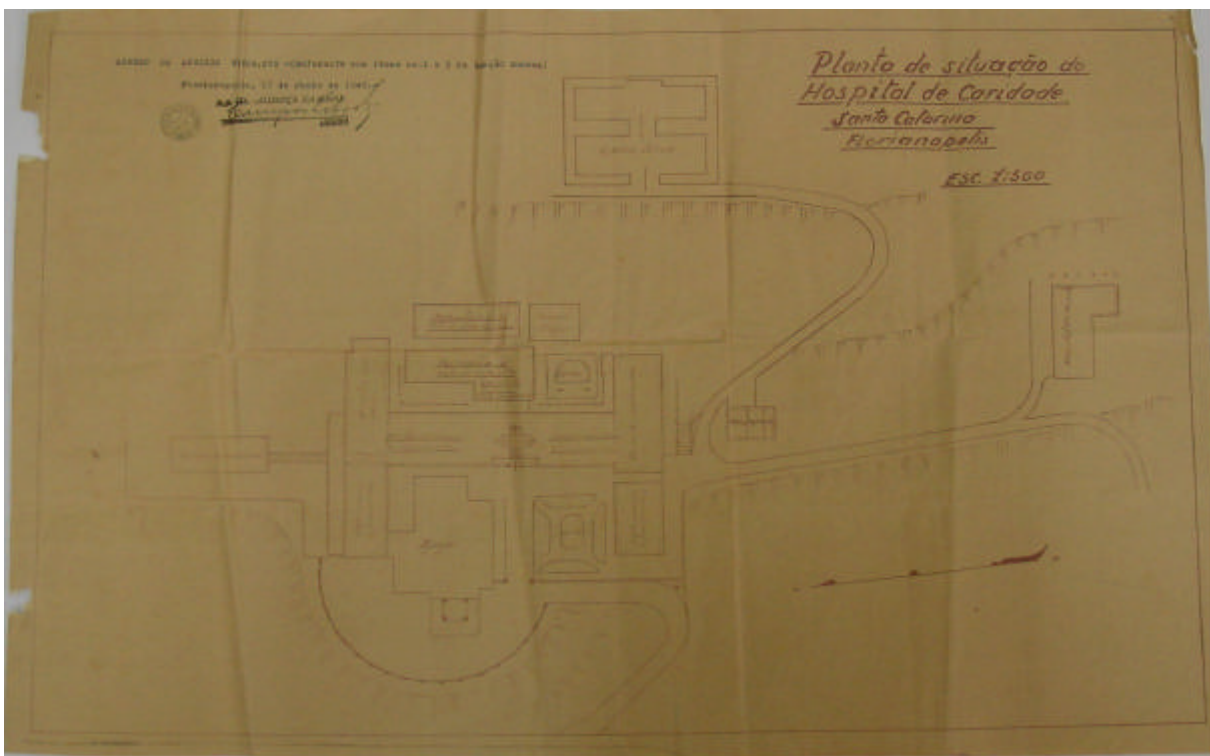
FOTOGRAFIAS, PLANTAS E DESENHOS



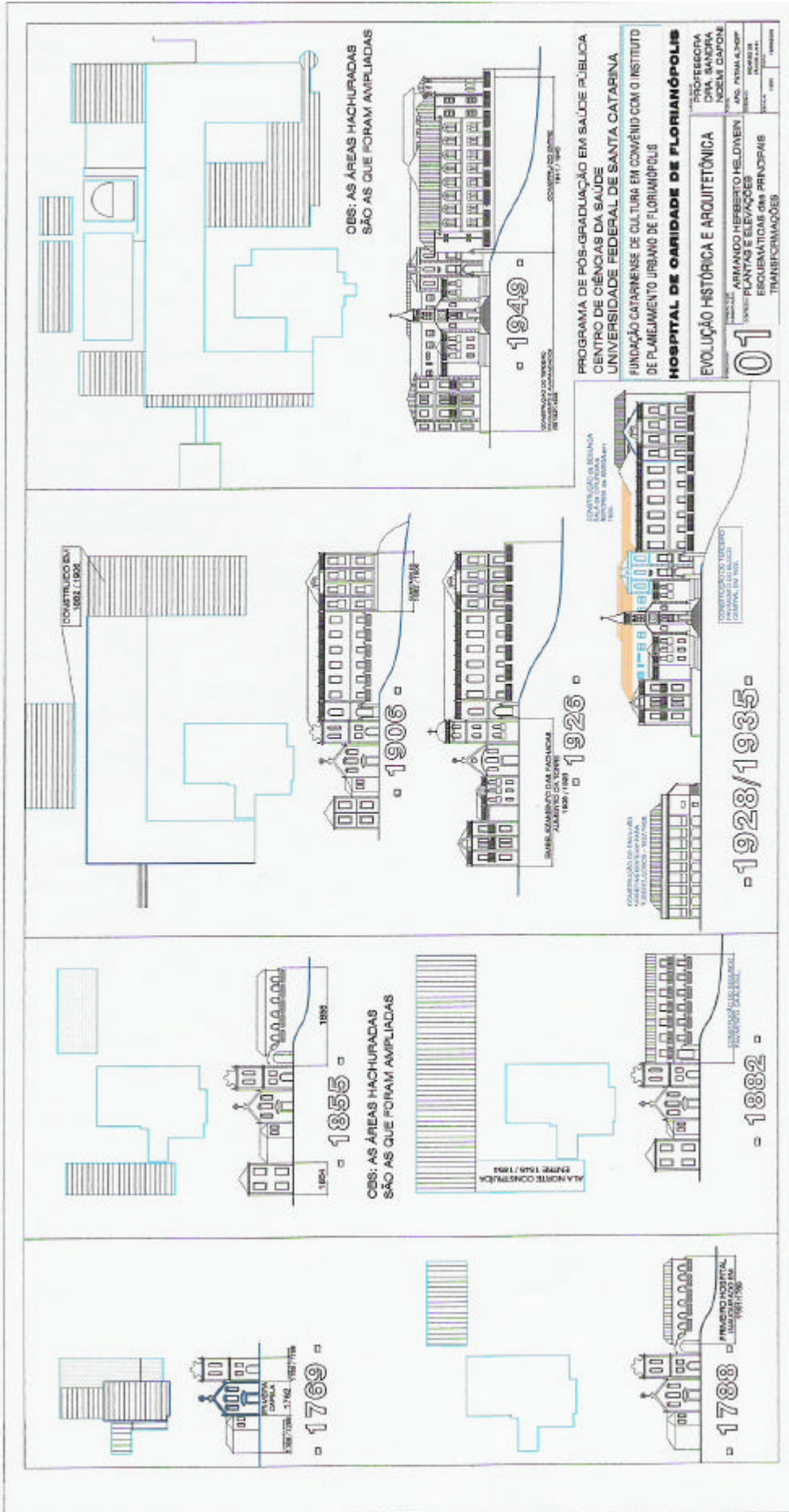
Esta fotografia mostra a situação física do HC em 1997, depois da restauração procedida após o incêndio de cinco de abril de 1994. O Casarão ou Casa dos Morféticos não aparece nesta foto, ele fica no lado direito de quem olha o complexo.

Fonte: PEREIRA(1997:35).

Planta de Situação do HC, sendo a mais antiga existente no acervo da ISJP e autenticada pela Seguradora em 17 de junho de 1940.



Planta de Situação do HC autenticada pela Seguradora em 15 de junho de 1941, que se constitui em importante documento para comparação das modificações ocorridas no último ano, cotejando-se com a planta acima de 1940. As duas plantas foram fotografadas em junho de 2003 no APE.



Plantas baixas com elevações esquemáticas das principais alterações do HC.

Elevações com as principais alterações do HC.

1788 - S. MARIA, CORPO RECTILÍNEO EM 1ª FASE, COMPLETO DO 2º FÓRUM, COMPLETO DO 3º FÓRUM, COMPLETO DO 4º FÓRUM
 1854 - SENHOR HERBERTO, CORPO ADJUNTO À BASE, CORPO ADJUNTO À BASE, CORPO ADJUNTO À BASE, CORPO ADJUNTO À BASE
 1882 - CAROLINA, CORPO RECTILÍNEO EM 1ª FASE, CORPO RECTILÍNEO EM 1ª FASE, CORPO RECTILÍNEO EM 1ª FASE
 1906 - CONSTRUÇÃO DO 1º FÓRUM, 2º FÓRUM, 3º FÓRUM, 4º FÓRUM, 5º FÓRUM, 6º FÓRUM, 7º FÓRUM, 8º FÓRUM, 9º FÓRUM, 10º FÓRUM
 1926 - COMPLETAMENTO DO 1º FÓRUM, 2º FÓRUM, 3º FÓRUM, 4º FÓRUM, 5º FÓRUM, 6º FÓRUM, 7º FÓRUM, 8º FÓRUM, 9º FÓRUM, 10º FÓRUM
 1928 - COMPLETAMENTO DO 1º FÓRUM, 2º FÓRUM, 3º FÓRUM, 4º FÓRUM, 5º FÓRUM, 6º FÓRUM, 7º FÓRUM, 8º FÓRUM, 9º FÓRUM, 10º FÓRUM
 1932-1935 - COMPLETAMENTO DO 1º FÓRUM, 2º FÓRUM, 3º FÓRUM, 4º FÓRUM, 5º FÓRUM, 6º FÓRUM, 7º FÓRUM, 8º FÓRUM, 9º FÓRUM, 10º FÓRUM
 1949 - COMPLETAMENTO DO 1º FÓRUM, 2º FÓRUM, 3º FÓRUM, 4º FÓRUM, 5º FÓRUM, 6º FÓRUM, 7º FÓRUM, 8º FÓRUM, 9º FÓRUM, 10º FÓRUM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL DE CARIDADE DE FLORIANÓPOLIS

EVOLUÇÃO HISTÓRICA E ARQUITETÔNICA

PROFESSORA
 DR.ª SANDRA
 CRISTINA GAZDAR

02

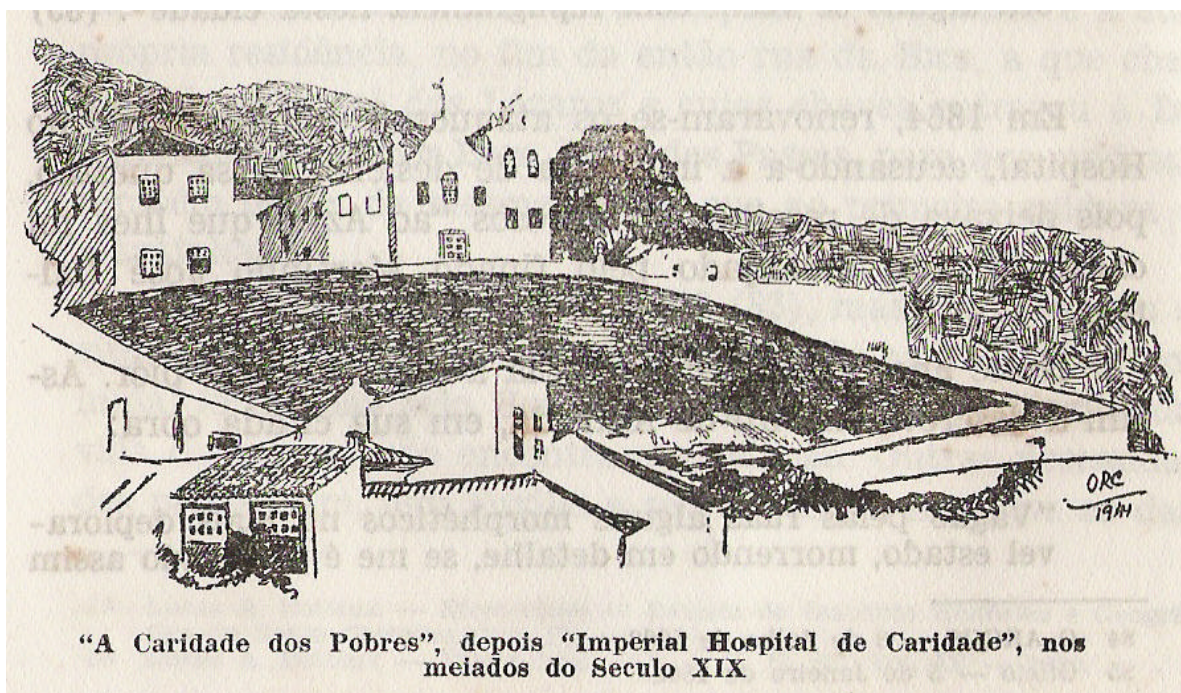
PROF. DR. AFONSO ALBUQUERQUE
 AFONSO ALBUQUERQUE

PROF. DR. AFONSO ALBUQUERQUE
 AFONSO ALBUQUERQUE

PROF. DR. AFONSO ALBUQUERQUE
 AFONSO ALBUQUERQUE

Gravura da Vila do Desterro de 1803 de Krusenstern, na qual se vê a 1ª Ponte do Vinagre e o aspecto central da Vila, com o Palácio do Governo a esquerda da Igreja.

Fonte: PALMA DE HARO, (1996:135)



Por este desenho se constata que a Ala Sul está em ruínas ou em construção, retratando a situação do HC anterior a 1855. Fonte: CABRAL (1942:84).

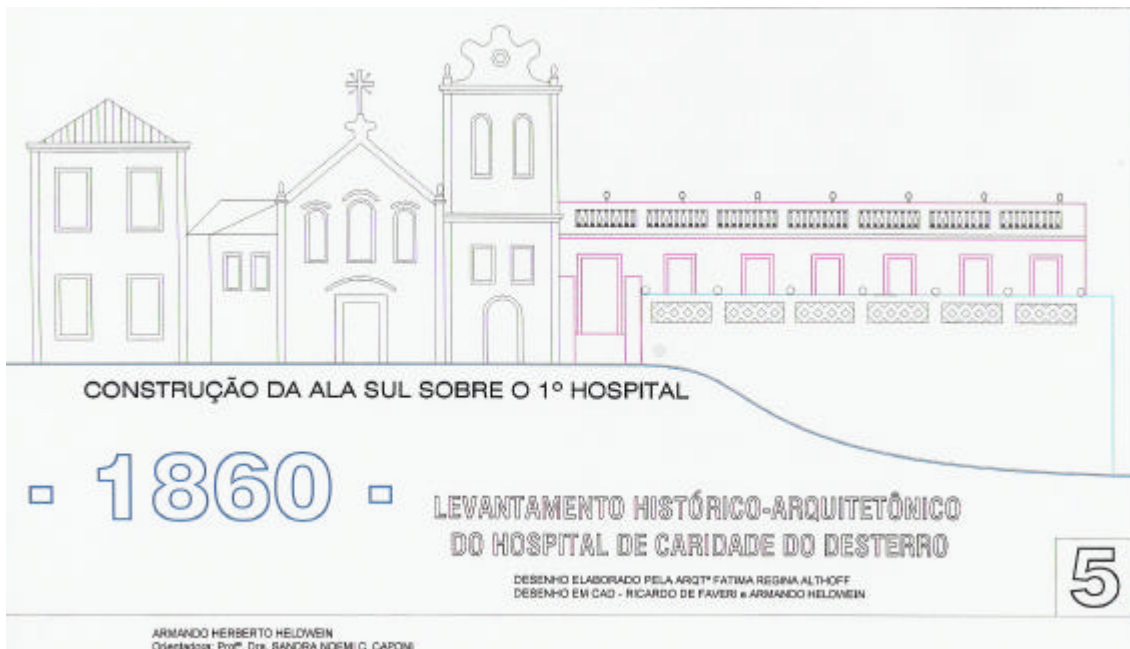




Conclusão do Campanário e da residência de Joana de Gusmão.

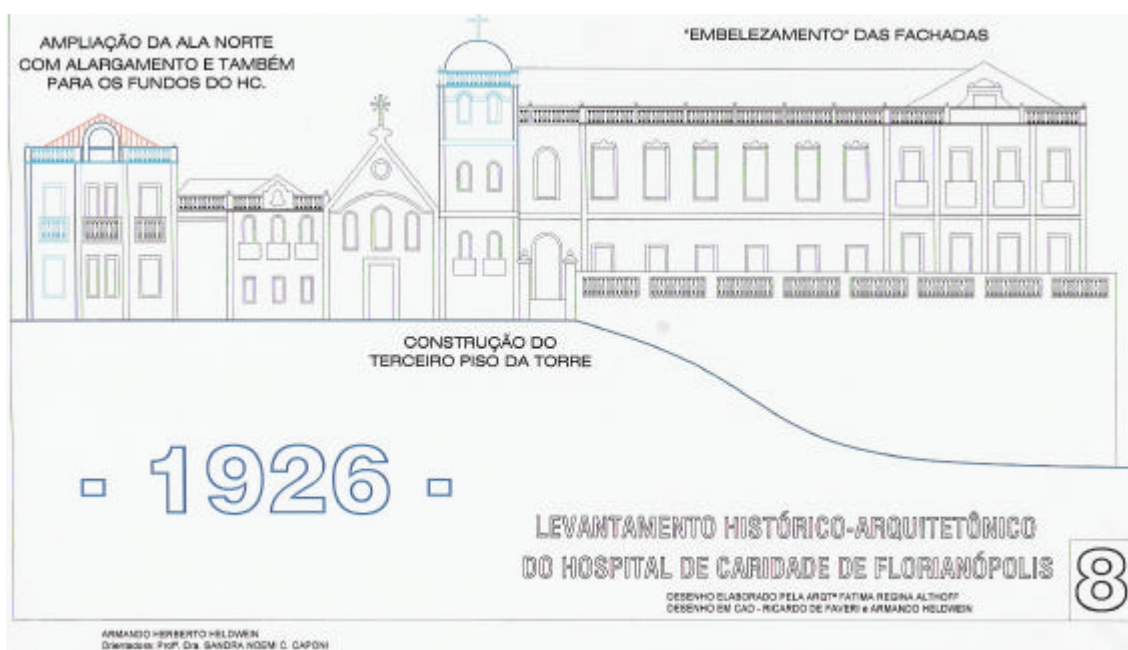




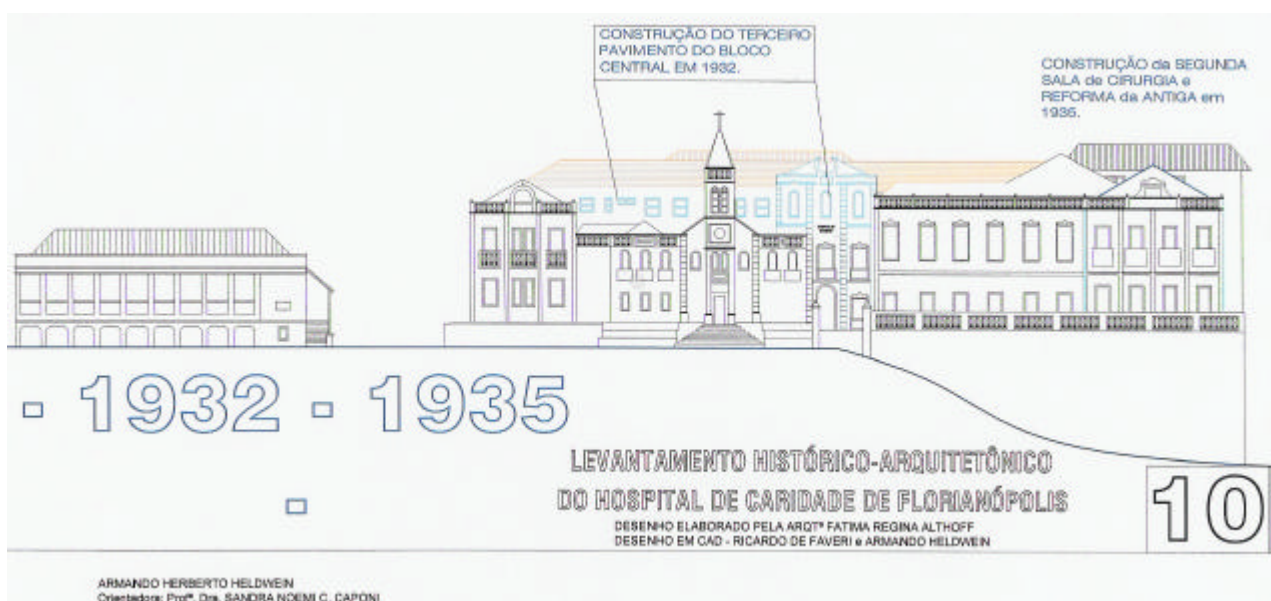






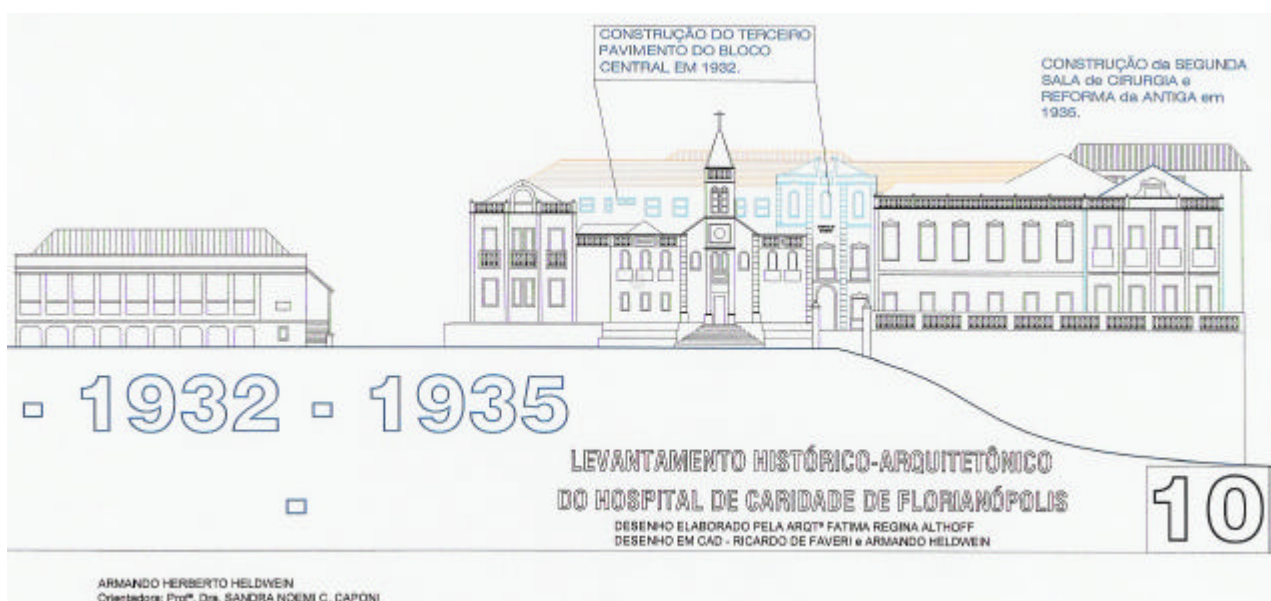




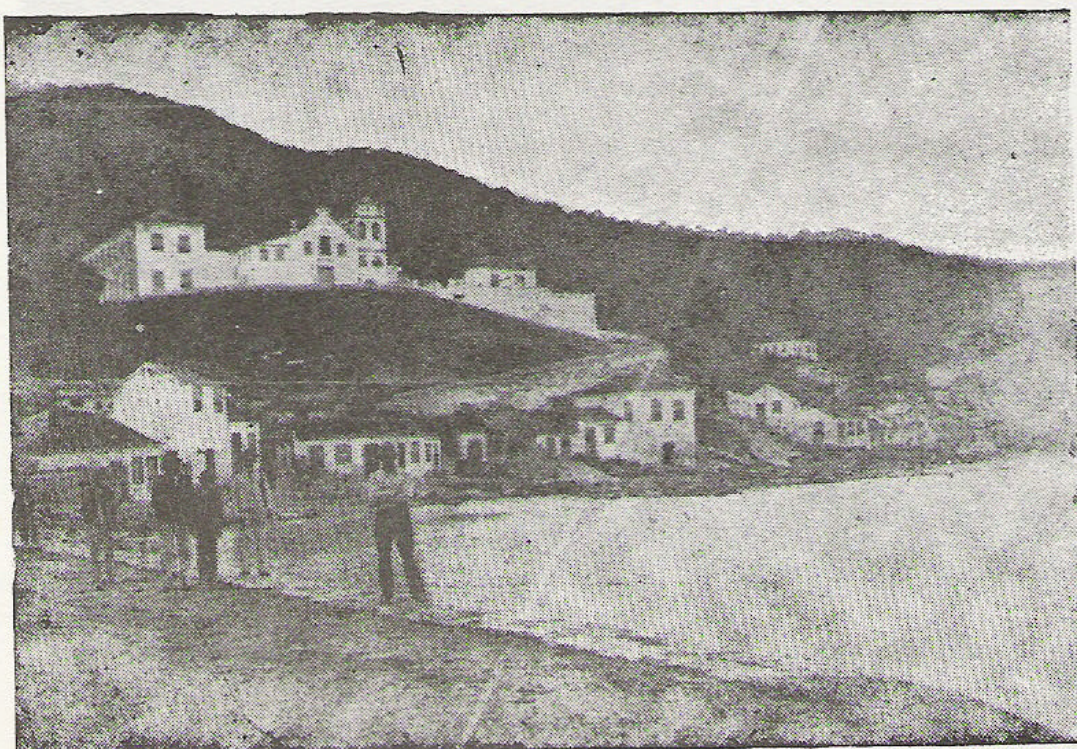












A Colina do Menino Deus e o bairro da Toca, nos começos do Século XX. Vê-se a continuação da rua do Vinagre e por trás do homem do primeiro plano a entrada do Beco D^o Joana de Gusmão, que ligava a ladeira à Praia

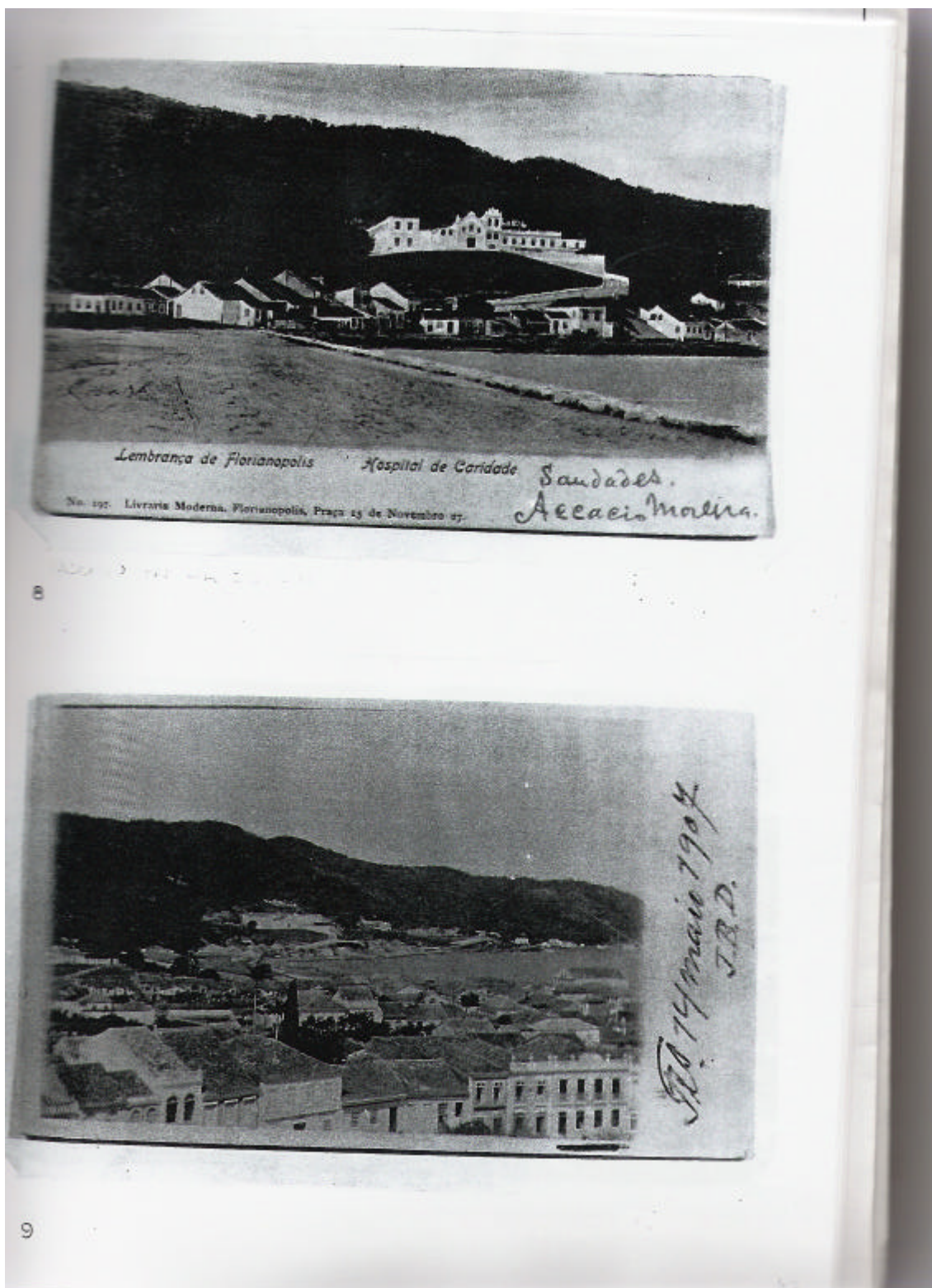


Tela Representando o Hospital de Caridade em 1860 - autor não identificado

Obs.: O mar, ainda não aterrado, batia na base da "Ladeira do Senhor dos Passos", formando pequena praia, daí a designação de "Prainha", para a localidade.

Do casario colonial presente na foto, nada mais existe. É importante observar-se o "trajo" masculino para a época.

A Tela é cópia da fotografia de cima, o que caracteriza que a foto publicada em CABRAL (1979:124) mostra a situação do HC em 1860, desautorizando a data por ele publicada. Fonte: Pereira (1997).



A foto de cima mostra a situação do HC na década de 1860 que confirma a citação da página anterior, vendo-se ainda bem a direita o Casarão. A foto de baixo é uma vista da cidade tendo no fundo o HC e a direita o Hospital Militar datada de 1907.

Fonte: Foto B



Acima máquina de misturar ingredientes para manufatura de pomadas importada da Alemanha no século XIX. Abaixo colher de pedreiro de prata usada em 1845 por D. Pedro II no lançamento da pedra fundamental do novo HC e potes de porcelana de botica.

Fonte: PEREIRA (1997:51).

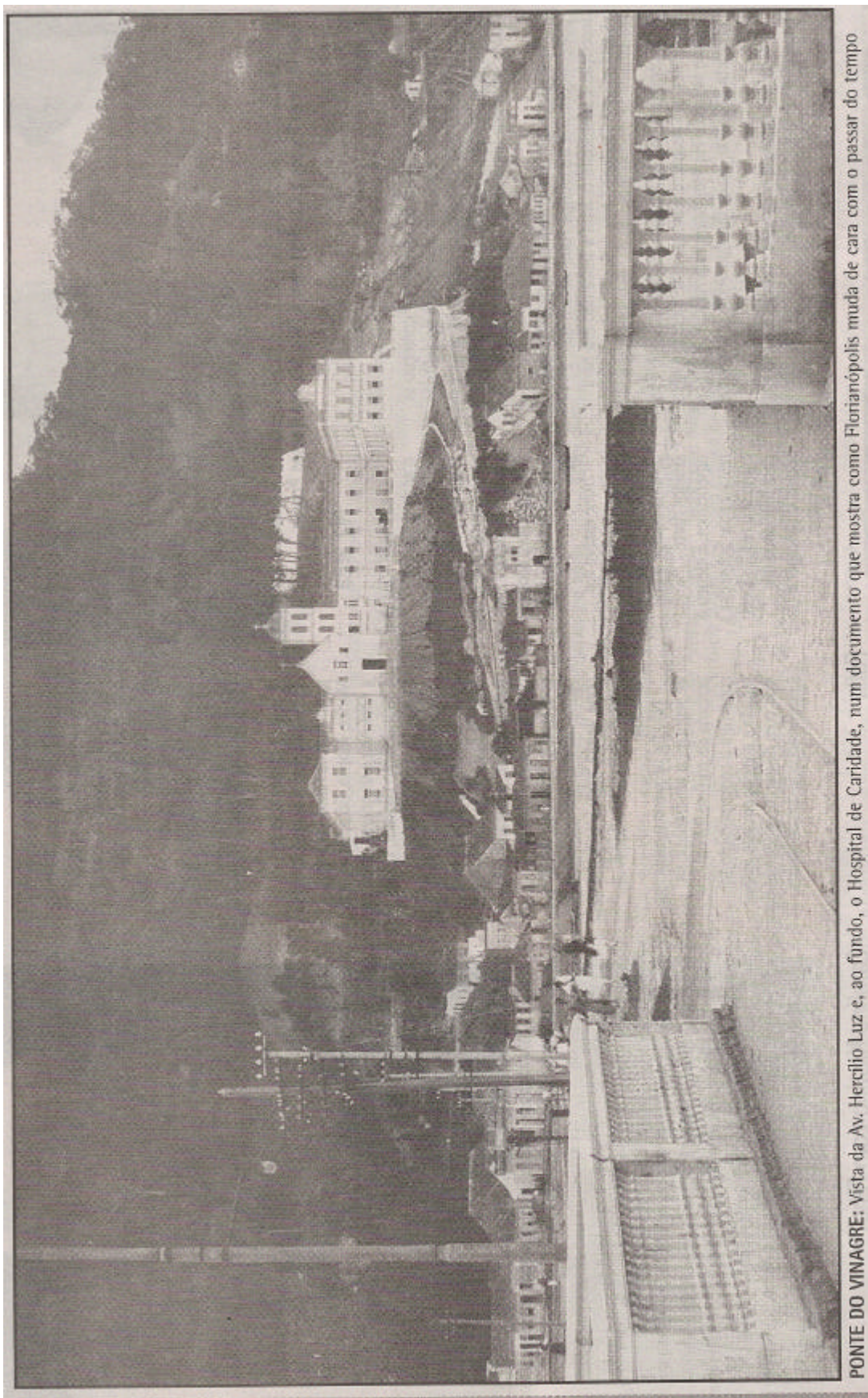


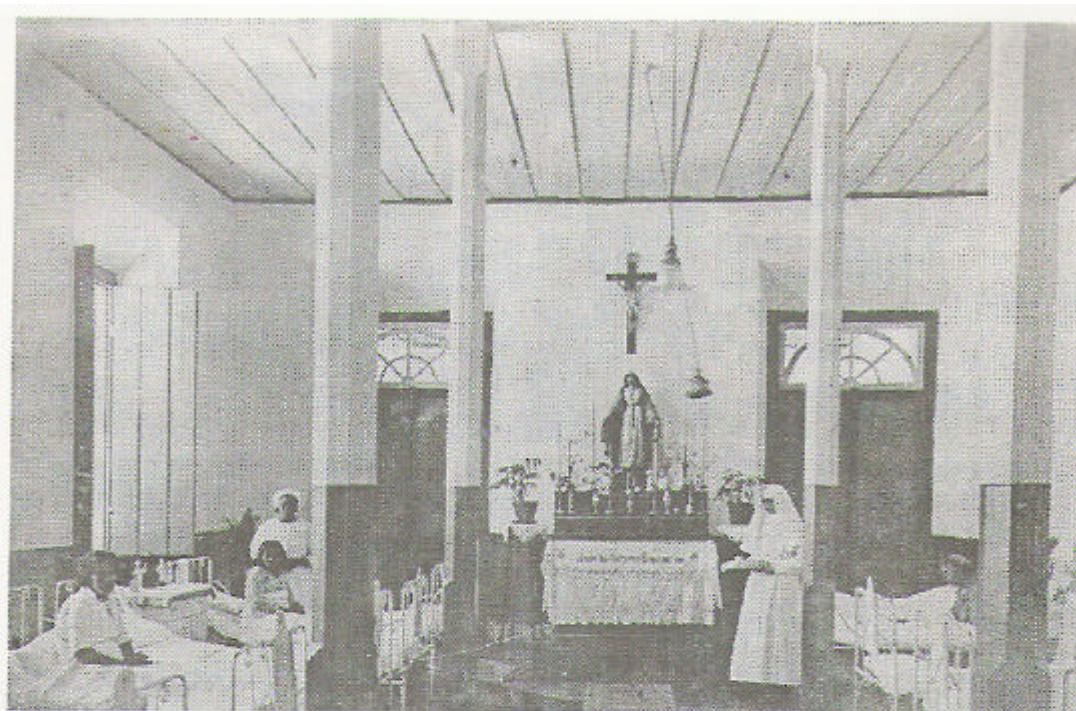
8 - COLHER DE PEDREIRO
Prata, usada por D. Pedro II em 1845 no lançamento da Pedra Fundamental do novo Pedro de Hospital.



9 - POTES DE BOTICA
Porcelana, para guardar produtos químicos. Sec. XIX.

Foto de 1926 publicada no Diário Catarinense de 5 de janeiro de 2004, vendo-se acima da silueta do HC o muro do cemitério da ISJP.





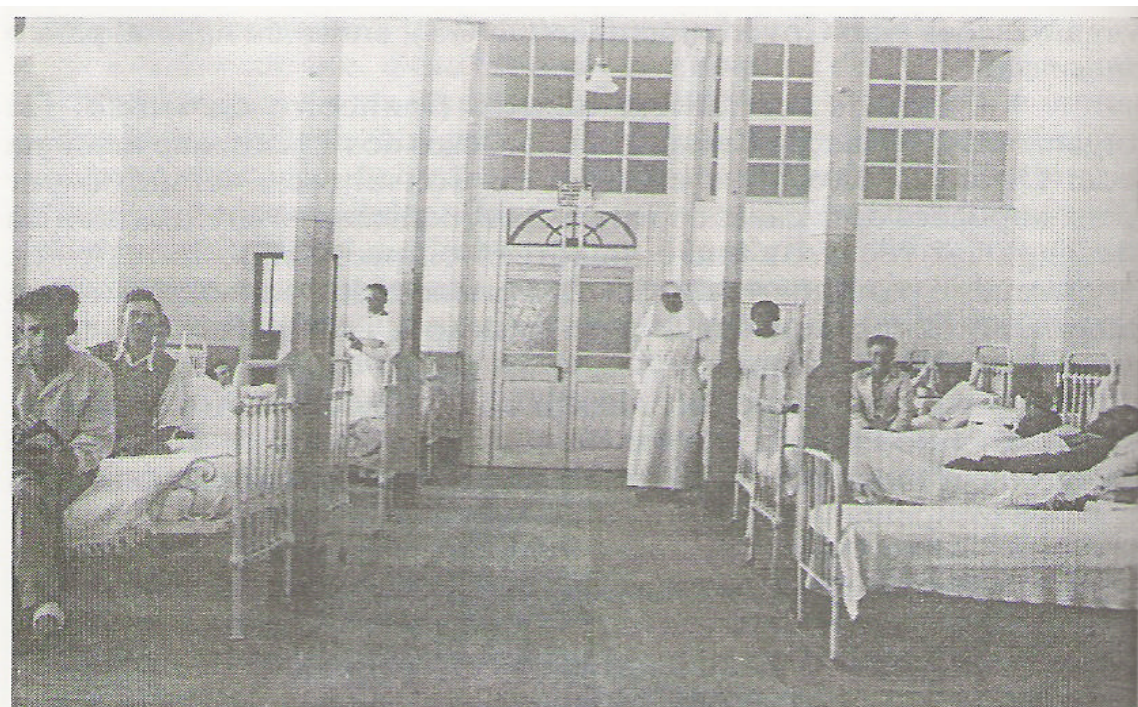
Ala Feminina Nossa Senhora das Graças - 1925



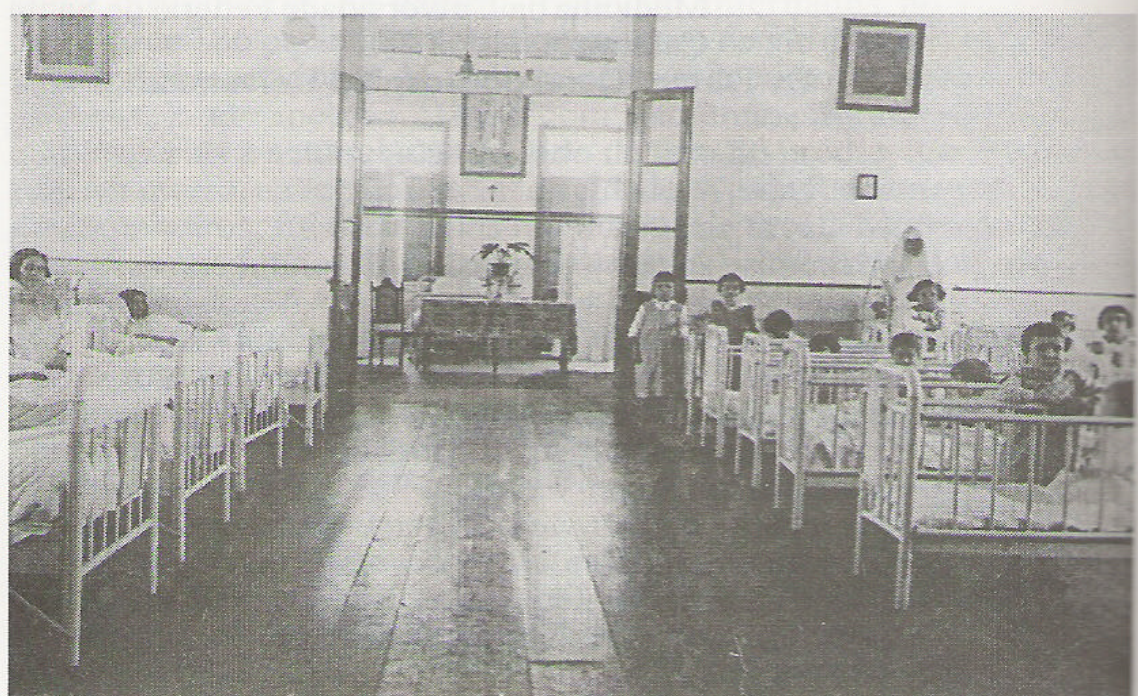
Vista parcial da enfermaria - Secção Masculina - 1925

Fotografias das enfermarias masculina e feminina posicionadas em pisos diferentes da Ala Norte em 1925.

Fonte: PEREIRA (1997:357).



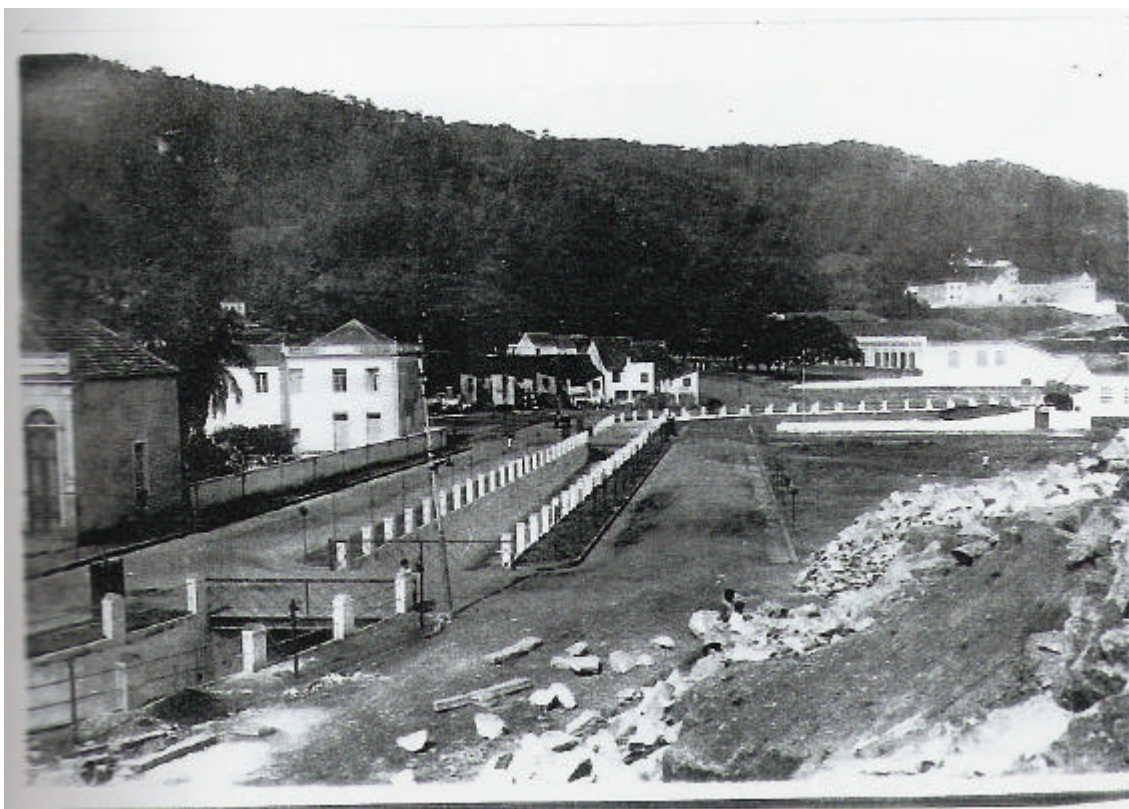
Vista parcial da enfermaria - Secção Masculina - 1925



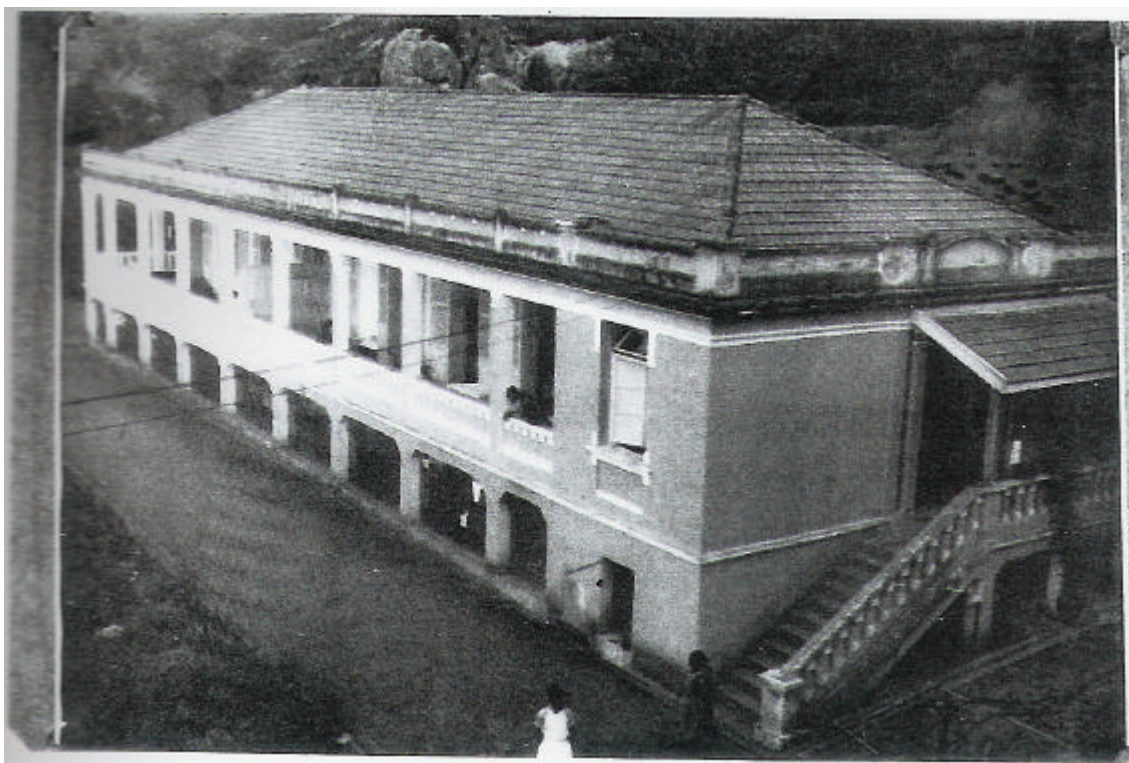
Vista parcial de uma enfermaria para crianças - Secção Feminina - 1925

A fotografia de cima mostra a enfermaria masculina da Ala Norte em 1925 e que foi queimada completamente em 5/4/1994.

Fonte: PEREIRA (1997:356).



Fotografia de 1926 desde a Avenida Hercílio Luz, vendo-se parte do desmorte do morro da atual Faculdade de Educação para saneamento do córrego, ao fundo o HC. Fonte: Foto B.



A fotografia inferior é do Pavilhão para Tuberculosos que foi feito em 1927/28 e demolido em 1962 para a construção do Hospital Escola. Fonte: Althoff (1988:foto 16).



Foto da formação da tropa em 7 de setembro de 1928 em frente ao HC na Praínha e que mostra o bloco avançado da Ala Sul. Nota-se o desmatamento do Morro do Mocotó.



Revista à tropa pelo Comandante da Guarnição em 7 de setembro de 1928. Ao centro, atrás da lança do 1º cavaleiro vê-se o Casarão e mais a direita o Hospital Militar. Acima à esquerda vê-se a

fachada avançada da Ala Sul. Ambas as Fotos cedidas pelo Gabinete de Estudos Henrique da Silva Fontes.



Entrada principal do Imperial Hospital de Caridade, apresentando, ao alto, brasão símbolo da Eucaristia. Abaixo, placa de mármore com dizeres alusivos a Dom Pedro II em 1845. Essa estrutura é mantida até hoje e resgatada após o incêndio de 1994.

O bloco de três pavimentos a direita com estrutura de concreto armado onde está a Kombi foi demolido após o incêndio de 1994 para permitir que as construções antigas

“respirassem”. Nota-se pelo tipo de aberturas as diversas épocas em que os pavimentos e blocos foram construídos.

Fonte: PEREIRA (1997:24).

Esta foto é de 1946 e comprova a existência dos avarandados com a torre sul de estilo californiano.

Fonte: Foto B.



Panorâmica do Conjunto Arquitetônico do Patrimônio Predial da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade desde 1997.

Nesta foto verifica-se que a demolição do bloco atrás da Igreja e da sua Sacristia ensejou uma limpeza no bloco da entrada principal do HC mostrada na página 204. Sobre o hospital vê-se a parte branca entre a mata que é parte do muro do cemitério da ISJP.

Fonte: PEREIRA (1997:34).

Foto do HC em 1947 quando da construção do terceiro piso da Ala Norte.



Fonte: PEREIRA (1997:358).



Fotografia do HC de 1950, cedida pelo Gabinete de Estudos Henrique da Silva Fontes.