

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA

Bruno Chepp da Rosa

**REDEFININDO UM CONCEITO: A SÍFILIS SOB O OLHAR DO MÉDICO
OITOCENTISTA E SOB A PELE DO POVO DA CAPITAL DA PROVÍNCIA DE SÃO
PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL (1843-1853)**

Porto Alegre
2016

Bruno Chepp da Rosa

**REDEFININDO UM CONCEITO: A SÍFILIS SOB O OLHAR DO MÉDICO
OITOCENTISTA E SOB A PELE DO POVO DA CAPITAL DA PROVÍNCIA DE SÃO
PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL (1843-1853)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Licenciado em História.

Orientadora: Professora Doutora Regina Célia Lima Xavier

Porto Alegre
2016

Bruno Chepp da Rosa

**REDEFININDO UM CONCEITO: A SÍFILIS SOB O OLHAR DO MÉDICO
OITOCENTISTA E SOB A PELE DO POVO DA CAPITAL DA PROVÍNCIA DE SÃO
PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL (1843-1853)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Licenciado em História.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Regina Célia Lima Xavier (Orientadora)

Prof.^a Dra. Silvia Regina Ferraz Petersen

Prof. Me. Daniel Oliveira

À mãe, à irmã e à memória do pai.
Ao leitor.

AGRADECIMENTOS

Sou muito grato a muita gente. Hoje, se ponho os últimos pontos finais neste texto é porque, há muitos anos, várias pessoas possibilitaram que eu escrevesse estas palavras.

O primeiro “*Obrigado!*”, portanto, é destinado a todas as professoras e a todos os professores que acompanharam a minha trajetória na Escola Estadual de Ensino Médio Guarani, estabelecimento educacional situado no município de Canoas e localizado a poucas centenas de metros do local onde moro. Aí, nesse lugar, aprendi muitas coisas: por exemplo, aprendi a ler, a escrever, a contar, a estudar, a gostar de literatura, a amar a disciplina de história, a pensar e a refletir sobre as coisas da vida. Ainda, na escola, percebi que *ensinar* não é transmitir, proferir ou persuadir, mas proporcionar novas oportunidades, novos horizontes e novas possibilidades; percebi, por experiência própria, que *aprender* é ser inserido em um transcurso ziguezagueante, ao longo do qual, mesmo os desvios mais significativos são capazes de promover novas descobertas e despertar novas conexões. Por isso tudo, além de imensa gratidão, guardo um carinho especial pelas pessoas com as quais eu convivi nesse lugar que, ao longo de doze anos, foi a minha segunda casa.

O segundo “*Obrigado!*” destino aos colegas de curso e aos docentes do Departamento de História, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, e do Departamento de Ensino e Currículo, da Faculdade de Educação, que, nesses últimos anos, muito me ensinaram. Agradeço, especialmente, à professora Dra. Regina Célia Lima Xavier que, além de me apresentar ao vasto universo que é a História Social da Saúde, muito cordialmente, aceitou a empreitada de me orientar nesta etapa da minha vida acadêmica. Cheio de admiração e apreço, agradeço ao Professor Dr. Nilton Mullet Pereira que, não bastasse ter me aturado e me auxiliado nos momentos mais difíceis dos estágios obrigatórios, depositou em mim confiança suficiente a ponto de me aceitar como bolsista de iniciação científica: ao lado dele, aprendi o que é ser professor de história e o que é ser historiador (*se estiver lendo, professor, saiba que a importância que teve em minha formação excede, em muito, as palavras que escrevo aqui*).

O meu terceiro “*Obrigado!*”... Mãe, Karla... eu agradeço a vocês por tudo, por serem as mulheres mais fortes que eu já conheci. Mãe, obrigado por estar sempre ao meu lado, por oferecer o ombro às lágrimas, por acreditar muito mais em mim, e no meu potencial, do que eu mesmo, por ter a garra e a coragem de ser uma chefe de família sem igual; Karla, obrigado por ser a MELHOR irmã do mundo (*pronto, falei, satisfeita?*) e, principalmente, por ser a MELHOR inspiração que um irmão mais novo (*bem mais novo*) poderia ter... AMO VOCÊS.

Òóré Yéyé ó, minha mãe. Kawó Kabiesilé, meu pai.

A DOENÇA É A ZONA NOTURNA DA VIDA, uma cidadania mais onerosa. Todos que nascem têm dupla cidadania, no reino dos sãos e no reino dos doentes. Apesar de todos preferirmos só usar o passaporte bom, mais cedo ou mais tarde nos vemos obrigados, pelo menos por um período, a nos identificarmos como cidadãos desse outro lugar (SONTAG, Susan. *Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro : Graal, 1984, p. 5).

RESUMO

O Oitocentos foi “a era de ouro” das medicinas, da acadêmica e da não científica. No transcorrer do século XIX, especialmente durante o espaço de tempo entre as décadas de 1840 a 1860, junto a uma percepção social da sífilis, foram produzidas, a partir de um amálgama de preconceitos populares e de descobertas científicas, novas reflexões médicas que acabaram por redefinir não somente o conceito, a etiologia e o tratamento da doença como também o próprio discurso vigente sobre esse mal venéreo. Contemplando as contribuições oferecidas pela Antropologia da Saúde e pela História Social da Saúde, este texto sustenta-se sob um duplo problema: reconhecendo o potencial de tais campos de estudo para a compreensão das sociedades do Império, em geral, e da Província de São Pedro, em particular, a pesquisa proposta intenta compreender, por um lado, como o saber médico ou científico logrou ampliar e redefinir, a partir de meados do século XIX, o conceito, os conhecimentos e a própria maneira como a sífilis era compreendida e tratada pela população leiga, urbana e rural, do Império Brasileiro; e, por outro, quem eram as pessoas que, na cidade de Porto Alegre, durante esse período, ao procurar os cuidados da Santa Casa de Misericórdia da cidade, recebiam o diagnóstico de sífilis.

Palavras-chaves: História Social da Saúde. História da Medicina. Doenças Venéreas. Sífilis. Século XIX. Porto Alegre.

ABSTRACT

The 19th century was “the golden era” of the medicines, the academic one and the non-scientific one. During the nineteenth century, especially during the time between 1840 and 1860, combined with a social perception of syphilis, had been made, in the light of a fusion of popular prejudices and scientific discoveries, new medical reflections that ended up redefining not only the concept, the etiology and the treatment of the illness but also those current discourses on the venereal disease. Taking into consideration the contributions of the Medical Anthropology and the Social History of Health, this text is based on a double research problem: recognizing the potential of these fields of study for the understanding of the Imperial societies, in general, and the Province of São Pedro society, in particular, the proposed research attempts to understand, on the one hand, how the medical or the scientific knowledge managed to expand and redefine, from the mid-nineteenth century, the concept, the knowledge and the very way in which syphilis was understood and treated by the urban and rural populations of the Brazilian Empire; and, on the other hand, who were the people who, in the city of Porto Alegre, during this period, were diagnosed with syphilis when they sought the care of the Santa Casa de Misericórdia.

Keywords: Social History of Health. History of Medicine. Venereal Diseases. Syphilis. 19th Century. Porto Alegre.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Número de internações por doenças venéreas na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....60
- Gráfico 2 – Denominações de sexo atribuídas aos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....63
- Gráfico 3 – Faixa etária dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853) 66
- Gráfico 4 – Situação dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre quanto ao matrimônio (1843-1853) 67
- Gráfico 5 – Local de origem ou procedência dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853) 69
- Gráfico 6 – Província de origem dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853)70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Registro das entradas de enfermos por doenças venéreas na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	83
Tabela 2 – Denominações de sexo atribuídas aos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	84
Tabela 3 – Denominações de sexo atribuídas aos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	85
Tabela 4 – Faixa etária dos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	86
Tabela 5 – Faixa etária dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	87
Tabela 6 – Situação dos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre quanto ao matrimônio (1843-1853).....	88
Tabela 7 – Situação dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre quanto ao matrimônio (1843-1853).....	89
Tabela 8 – Local de origem ou procedência dos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	90
Tabela 9 – Local de origem ou procedência dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	91
Tabela 10 – Província ou Comarca de origem dos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	92
Tabela 11 – Província de origem dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	93

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A SÍFILIS NA LÍNGUA DOS MÉDICOS OITOCENTISTAS: UM CONCEITO EM REVOLUÇÃO	24
2.1 De moléstia secreta a problema coletivo: apontamentos a respeito da construção de um discurso médico sobre a sífilis ao longo do século XIX	28
2.2 Os primeiros passos da medicina acadêmica nos Trópicos: como a sífilis e outras doenças venéreas tornaram-se uma questão médica após a Lei de 3 Outubro de 1832	35
3 “QUE FERIDA É ESSA AQUI?” OS MANUAIS DE MEDICINA POPULAR E A DISSEMINAÇÃO DE UM SABER MÉDICO SOBRE A SÍFILIS NO SÉCULO XIX 42	42
3.1 Na dúvida, consultas o Doutor Chernoviz... ..	45
3.2 Queres uma segunda opinião, folheias um Raspail... ..	52
4 UM PORTO ALEGRE OU DEVASSO? A SÍFILIS NAS ENFERMARIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE (1843-1853)	57
4.1 Os números e os sujeitos: enfermos venéreos nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).....	59
4.2 Os números e os sujeitos: o sexo e o estatuto dos enfermos acometidos pela sífilis	62
4.3 Os números e os sujeitos: as idades dos enfermos acometidos pela sífilis	66
4.4 Os números e os sujeitos: as procedências dos enfermos acometidos pela sífilis	69
4.5 As observações e os sujeitos: das senzalas às casas-grandes, do Arsenal às celas, dos navios às ruas, das ruas aos lares.....	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
FONTES IMPRESSAS	76
FONTES DISPONÍVEIS EM MEIO ELETRÔNICO	76
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2015, um dado alarmante pôs em alerta as autoridades sanitárias do município de Porto Alegre: o aumento significativo, de 2014 até julho daquele ano, do número de casos de sífilis na capital gaúcha. Conforme revelou a Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde do município, em matéria veiculada pelo *Jornal Sul 21*¹, no ano de 2014, Porto Alegre contabilizou 1300 casos notificados de sífilis. O número indicava que a cada 100 mil habitantes, aproximadamente 90 apresentavam a doença em alguma de suas fases ou eram portadores de sífilis congênita, quadro em que a contaminação ocorre por via transplacentária ou no momento do parto. Analisados e sujeitos a comparações, esses números trouxeram à tona uma revelação preocupante sobre a cidade: Porto Alegre era a capital do sul do país com o maior índice de pessoas contaminadas pelo *Treponema*.

Mais que servir às estatísticas oficiais, no entanto, essa cifra pôs em evidência aspectos mais profundos da vida política, social e cultural da cidade: por um lado, jogou luz ao modo como as autoridades públicas competentes têm (ou não) tentado lidar com o problema, tanto no que diz respeito à facilitação do acesso às informações preventivas quanto no que concerne à compra do medicamento e à prestação de serviços básicos, como o pré-natal; por outro lado, sinalizou uma diminuição na procura e no uso de preservativos, entre as parcelas mais e menos jovens da população sexualmente ativa do município, comprovada pelas pesquisas recentes²; por fim, demonstrou que as doenças venéreas, ao contrário do que muitos gostariam de acreditar, podem afetar, indiscriminadamente, a qualquer um. O que esses números não revelam por si só, porém, é o que mais impressiona: a maneira como os indivíduos pensam os seus corpos e os corpos dos outros, o modo como percebem e se relacionam com os organismos sadios e enfermos e o tratamento que dispensam às diversas categorias de males e aos diferentes tipos de doentes.

O que esses números não revelam, necessariamente, ultrapassa a esfera biomédica e diz respeito aos aspectos sociais e culturais dos grupamentos humanos: ao perscrutar esses enfoques que escapam à análise dos dados brutos, abre-se um verdadeiro universo de informações e de novas interrogações acerca desse coletivo social. Afinal, raramente

¹ WEISSHEIMER, Marco. Porto Alegre teve 1300 casos de sífilis em 2014. *Jornal Sul 21*, Porto Alegre, 6 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal/porto-alegre-teve-1-300-casos-de-sifilis-em-2014/>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

² COELHO, Nivaldo. No Sul, 40% da população não usou preservativo com parceiros casuais. *Agência Saúde*, Brasil, 10 fev. 2015. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) – MS, Brasil. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16533-no-sul-40-da-populacao-nao-usou-preservativo-com-parceiros-casuais>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

mencionada em uma roda de amigos, muito menos comentada em jantares familiares, a sífilis é sempre vista a partir de três ângulos, concorrentes e complementares: (1) como uma doença infectocontagiosa polissintomática e multifásica, (2) como um mal transmitido geralmente por meio de relações sexuais e, (3) consequente e comumente, como um estigma social. Sendo percebidas, em pleno século XXI, como uma ameaça à saúde pública e uma marca de um desvio comportamental ou moral, doenças como a sífilis revelam facetas e aspectos peculiares das sociedades humanas, no espaço e no tempo. Tão antigos e tão atuais, portanto, esses males e as inquietações insufladas por eles pertencem à história: “à *história dos progressos médicos, científicos e tecnológicos, mas, também, à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações e às mentalidades*”³.

Quando, com um pé no presente, volta-se ao passado da cidade e do atual estado do Rio Grande do Sul, vê-se, em meio a um turbilhão de transformações políticas, econômicas e sociais, as raízes profundas dessas questões. Há 170 anos, quando a população livre de Porto Alegre era cinquenta e duas vezes menor que em 2014⁴, a sífilis já começava a se apresentar como um sério problema coletivo e sanitário: entre os anos de 1843 e 1846, a sífilis era a doença venérea que mais contaminava as gentes livre e escravizada da província e (ao lado da tuberculose, da varíola e da cólera) uma das doenças infectocontagiosas que mais acometia a população da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul.

Instigado por uma pauta contemporânea, porém pensando o mundo e as sociedades ocidentais do Oitocentos e prospectando esse universo das doenças e das curas, este texto⁵

³ LE GOFF, Jacques. *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985. p. 7-8.

⁴ Cf. FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS 1803-1950, Porto Alegre, 1981. p. 60.

⁵ A escrita deste texto é fruto de uma pesquisa iniciada no primeiro semestre de 2016, assistida e orientada pela professora doutora Regina Célia Lima Xavier, então ministrante do curso “História Social da Saúde I”. Contemplando a bibliografia pertinente, levando em consideração os interesses de cada participante e propondo a realização de visitas a arquivos e museus situados no município de Porto Alegre, a disciplina proposta pela professora objetivava abordar alguns temas relativos à história da saúde no Brasil Oito e Novecentista (dos primeiros quartéis do século XIX ao começo do século XX), tais como as diferentes concepções de saúde, doença e cura existentes no período e as relações entre os variados agentes da cura no país. Tendo-se em vista o recorte temporal abarcado e os objetivos do curso, foram visitados dois importantes lugares de memória da cidade: o Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e a reserva técnica do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. O primeiro, situado na Avenida Independência, no interior do complexo hospitalar, ocupa o espaço de oito casas geminadas construídas no início do século XX e, além de compreender, atualmente, ao lado de três galerias para exposições, uma biblioteca, uma loja de souvenirs, um bistrô e um teatro, comporta ambientes destinados à pesquisa, ao armazenamento do acervo e à recuperação de materiais e documentos relativos aos mais de duzentos anos de história da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. O segundo, localizado na Avenida Bento Gonçalves, apresenta um acervo de peças documentais e bibliográficas bastante rico, contendo desde instrumentos, frascos de medicamentos e mobiliários médicos a manuais de medicina popular e escritos (dissertações, teses e livros técnicos) produzidos pela intelectualidade médica local, nacional e estrangeira. Das discussões em aula à prospecção desses espaços, foi possível estabelecer o objeto da pesquisa, definir os objetivos e pensar ideias e possibilidades apresentadas nas páginas seguintes.

propõe-se à investigação e à análise históricas acerca desse mal venéreo que, a exemplo do que ocorreria nas cidades europeias, mais atingia as populações urbanas e rurais do Brasil Império. De moléstia secreta a grave problema público, o que se entendia por “sífilis” passou por uma verdadeira revolução conceitual ao longo do século XIX. Especialmente durante o período que se estendeu entre as décadas de 1840 a 1860, ao lado de uma percepção social da sífilis, foram produzidas, a partir de um amálgama de preconceitos populares e de descobertas científicas, novas reflexões médicas que acabaram por redefinir não somente o conceito, a etiologia e o tratamento da doença, como também o próprio discurso vigente sobre esse mal venéreo. Dessa forma, três são os objetivos principais desta empresa: primeiro, analisar as mudanças pelas quais passaram o conceito e os conhecimentos relativos a essa doença, à luz das inovações científicas e das experiências levadas a cabo pelas autoridades médicas na Europa e, mais tardiamente, no Império do Brasil; segundo, investigar a maneira como esse saber acadêmico fez-se, ou não, disseminar entre as comunidades leigas, urbana e rural, do Brasil Imperial, a partir da descrição e da análise do que escreveram sobre a sífilis o Doutor Chernoviz e o químico francês François Raspail, autores de dois manuais de medicina popular bastante lidos no período em questão; e, por fim, voltando-se para a região mais austral do Império, a província de São Pedro do Rio Grande do Sul, a partir da análise dos dados coletados junto aos registros de matrícula dos enfermos da Santa Casa de Porto Alegre, tentar traçar um perfil, ou perfis, do enfermo que, acometido pela sífilis, solicitou os cuidados da medicina oficial entre os anos de 1843 e 1853, período em que, como se acredita, verificou-se algumas das mais importantes descobertas médicas acerca desse mal venéreo.

Fornecem um importante norte à pesquisa, as contribuições oferecidas pela Antropologia da Saúde e pela História Social da Saúde. Campos que, no Brasil, começaram a ganhar espaço há, relativamente, poucas décadas. De um lado, dos estudos antropológicos, importam, particularmente, aquilo que Langdon e Wiik denominaram de “sistema cultural de saúde” e de “sistema social de saúde”: o primeiro refere-se ao âmbito simbólico da compreensão que se possui a respeito da saúde e das práticas médicas oficiais e não oficiais, e engloba as noções, os saberes, as percepções e os entendimentos específicos usados para compreender e explicar o mundo das doenças; o segundo, de um modo geral, abrange as instituições e as organizações relacionadas à saúde, à classificação e à atribuição das funções dos profissionais nelas atuantes, bem como diz respeito às relações horizontais e verticais, de

sociabilidade e de poder, que são intrínsecas a eles ⁶. De outro lado, a História Social, filha pródiga do movimento dos *Annales*, apresenta-se como uma importante forma de abordagem que, de acordo com a historiadora Hebe Mattos, enfatiza e cede espaço às experiências coletivas dos seres humanos e “aos processos de diferenciação e de individualização dos comportamentos e das identidades sociais na explicação histórica” ⁷.

Orientando-se por esses dois eixos teóricos e contemplando a bibliografia sobre o tema, procura-se refletir, na medida do possível, sobre a construção de um discurso médico oitocentista acerca da sífilis, o impacto e a difusão desse discurso entre as parcelas leigas da população imperial, e o perfil ou perfis sociais dos chamados “enfermos sífilíticos”. Dois fatores, porém, tornam ainda mais árdua essa missão: por um lado, os estudos relativos à história social da saúde e da medicina, no Brasil, para períodos mais recuados de nossa história, ainda são bastante incipientes; em segundo lugar, porque, salvo alguns trabalhos pioneiros ou bastante recentes, há um incômodo silêncio historiográfico a respeito das moléstias venéreas, cujo tímido interesse só se fez existir a partir do final dos anos 1980, no contexto da epidemia mundial de HIV/AIDS. Dessa forma, cabe aqui fazer um rápido e parcial balanço das produções de cunho antropológico e historiográfico que versaram sobre o universo da saúde no Brasil, especialmente aquelas que, em seu recorte temporal, recuaram ao século XIX.

Os trabalhos desenvolvidos no âmbito da Antropologia da Saúde, no interior dos departamentos de saúde pública e coletiva, ganharam destaque a partir das décadas finais do século XX e constituem, até hoje, uma produção heterogênea e diversificada, tanto em matéria de alinhamentos teóricos e posturas metodológicas quanto ao que se refere aos objetos de estudo em si. Em meados do século passado, em meio a uma crise paradigmática, foram levantadas críticas e questionamentos aos métodos, às perspectivas teóricas (sobretudo, às evolucionistas e funcionalistas clássicas) e ao próprio trabalho antropológico, dadas as suas relações históricas com as práticas e as políticas colonialistas. Em linhas gerais, durante esse período, que compreendeu o final da década de 1950 e o começo dos anos 1970, a investigação antropológica bifurcou-se em dois eixos principais: um primeiro, dedicado à análise das bases e das estruturas materiais de sustentação das sociedades humanas e aos ecos destas em outras dimensões socioculturais; e um segundo, devotado ao estudo da mente

⁶ LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2010, vol. 18, n. 3, p. 459-466. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010411692010000300023>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

⁷ MATTOS, Hebe. História Social. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo.(Orgs.). *Domínios da História: Ensaios de Teoria e Metodologia*. Rio de Janeiro: CAMPUS, 1997. p. 45-60.

humana, de sua capacidade simbólica, de suas formas de representação e, ao fim e ao cabo, das estruturas profundas e inconscientes capazes de explicar os costumes, os fenômenos culturais e, em suma, a própria totalidade sociocultural.

Foi nesse ínterim que, segundo a antropóloga Maria Cecília de Souza Minayo, pesquisadores estadunidenses e ingleses, dedicando-se à compreensão de hábitos e costumes sanitários de outros povos e grupos humanos, e preocupados com uma determinada “ciência da conduta”, lançaram as bases de uma Antropologia Médica que viria a se estruturar nas décadas seguintes. A autora, pensando o caso brasileiro, divide esses estudos antropológicos em três grupos de trabalhos: em primeiro lugar, indica os estudos básicos de Luís Dias Duarte, datados dos anos 1980, que tinham como foco uma compreensão totalizante da saúde, da doença e das práticas médicas que, como indicava o antropólogo, comporiam um quadro “mais geral”; em segundo lugar, indica aqueles trabalhos levados a cabo por pesquisadores como Cruz e Neto, Sérgio Carrara e ela própria, que, empreendidos desde os cursos de Pós-Graduação e núcleos de Medicina Social e de Saúde Pública, eram pautados por uma tripla articulação epistemológica (ciência – cultura – natureza) e visavam, muitas vezes, fornecer subsídios à implementação de políticas públicas; em terceiro lugar, destaca os trabalhos mais atuais que, investindo na compreensão cultural do que se entende por saúde e doença, dedicam-se às chamadas “pesquisas operacionais”, “*tendo em mente as necessidades de intervenção para promoção, prevenção e tratamento da saúde*”⁸. A grande contribuição desses estudos antropológicos, sobretudo os mais recentes, acha-se em sua capacidade de cotejar, ao mesmo tempo, as particularidades intrínsecas ao seu objeto de análise e os processos sociais mais amplos e complexos, tais como as percepções de doença e de cura, a atuação de certas categorias profissionais e os aparelhos de controle estatais.

Área afim (guardados os enfoques, os pressupostos teóricos e as metodologias específicas de trabalho), a História Social da Saúde ou da Medicina é um campo que, a exemplo da produção antropológica, tem progredido no Brasil, especialmente ao longo das últimas duas décadas. Isso não significa, no entanto, que a medicina e as questões a ela intrínsecas estiveram, totalmente, alheias à historiografia: no país, quando o foco é o universo da saúde no século XIX, a produção historiográfica existente, seguindo a análise realizada pelo historiador Flavio Edler, pode ser pensada e dividida em quatro partes ou momentos-chaves. O primeiro passo, nesse sentido, é creditado a uma intelectualidade médica do século

⁸ MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Relume Dumará, 1998. p. 29-46. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/by55h/pdf/alves-9788575414040.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.

XX que procurou, em seus estudos, estabelecer uma linha memorialística entre o passado oitocentista e o seu presente imediato, a fim de celebrar o progresso da medicina vigente e as virtudes de seus profissionais: nessas produções, é importante pontuar, “ *fatos, personagens e instituições do passado encontram-se articulados em narrativas que buscam estabelecer um contraste com crenças e valores corroborados pela prática médica vigente*”⁹, colaborando para a formação de uma percepção segmentária e evolucionista da trajetória da medicina brasileira. Como não poderia deixar de sê-lo, o foco principal desses trabalhos residiu ora no processo de estruturação e organização institucional de uma medicina científica no Brasil, ora no processo de formação e de atuação de uma “classe” médica cada vez mais ciente do seu papel na sociedade. Destacam-se, aí, as publicações dos médicos Fernando Magalhães e Pedro Nava, autores, respectivamente, de “*Centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro 1832-1932*” (1932) e “*Capítulos da História da Medicina no Brasil*” (1949).

De modo concomitante a esses estudos pioneiros, desenvolveu-se uma literatura médico-historiográfica bastante ciosa de uma herança positivista. Essa vertente de pesquisadores acabou por empurrar às margens da história da medicina toda uma multiplicidade de sujeitos, concepções e práticas caras ao universo da saúde e da doença, em prol de uma pretensa narrativa oficial, pautada, basicamente, pela descrição factual dos eventos e pelos elogios aos sucessos de uma medicina dita científica. Desse modo, toda a rede de curandeiros, benzedeiros, barbeiros, sangradores e, em certa medida, homeopatas, os representantes majoritários de uma medicina não científica nos Trópicos, fora eclipsada ou, quando muito, inferiorizada diante das ações e da atuação dos profissionais diplomados. Parte considerável dos trabalhos historiográficos do médico fluminense Lycurgo Santos Filho enquadra-se nessa categoria de obras marcadas por uma tradição positivista. Para ele, o Oitocentos, no Brasil, seria o século da medicina “pré-científica”: esse período, que se estenderia “*da criação das primeiras escolas médico-cirúrgicas, em 1808, até a criação dos primeiros institutos de pesquisa em medicina experimental e as bem sucedidas reformas sanitárias comandadas por Oswaldo Cruz*”¹⁰, na virada do século, representaria pouco mais que um prólogo à história da medicina nacional.

Esse tipo de análise perdurou, de certo modo, até meados dos anos 1970, quando começou a se fazer presente, entre muitos acadêmicos brasileiros, uma forte influência dos estudos foucaultianos. À luz do pensamento formulado pelo filósofo francês, esses

⁹ EDLER, Flavio Coelho. A Medicina Brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Madrid, v. 2, 1998. p. 170. Disponível em: <asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/download/341/339>. Acesso em: 25 mai. 2016.

¹⁰ *Ibidem*, p. 171.

intelectuais concentraram a sua atenção em um intrigante problema de pesquisa: as possíveis relações e diálogos entre a elaboração de um pensamento médico e o processo de construção de um Estado Nacional Brasileiro ¹¹. Cabe-se ressaltar, dentre as produções resultantes dessas investigações, os trabalhos do filósofo Roberto Machado, autor do cânone “*Danação da Norma: Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil*” (1978); do psicanalista Jurandir Freire Costa, que escreveu “*Ordem Médica e Norma Familiar*” (1979); e da filósofa e socióloga Madel Luz, autora de “*Medicina e Ordem Política Brasileira: 1850-1930*” (1982). Embora não sejam historiadores de formação, ao fornecer um “diagnóstico histórico” da realidade investigada, eles deram início, segundo Edler, a uma nova forma ou tradição analítica. Isso porque conseguiram, ao mesmo tempo, introduzir uma reflexão conceitual “*com a pretensão de evidenciar os nexos sociológicos, políticos, epistemológicos e econômicos que articularam historicamente o saber médico com o exercício de variadas formas de poder e dominação social*” ¹² e, não menos importante, colocar um fim a uma autorrepresentação elogiosa que a medicina brasileira construía para si própria. No entanto, não tardou para que surgissem discordâncias em relação a essas análises: fornecendo críticas aos estudos de matriz foucaultiana e/ou partindo de enfoques bastante variados, despontaram, desde as duas últimas décadas do século XX, uma produção historiográfica bastante vasta e heterogênea.

Parte considerável dessas publicações mais recentes tem sido veiculada (por) ou consiste no resultado de trabalhos de pesquisadores vinculados às grandes instituições de ensino superior da Região Sudeste, notadamente cientistas sociais e historiadores da UNICAMP, da USP e da FIOCRUZ. Apesar da multiplicidade dos enfoques, esses estudos têm como ponto de partida, *grosso modo*, quatro vias temáticas possíveis. Uma primeira, diz respeito à história institucional, ou seja, ao processo de formação, de funcionamento e de fiscalização das atividades e das instituições médicas existentes no período, bem como à difusão de um saber médico em construção – algo a que se dedicaram: a historiadora Cybelle Miranda ¹³, em um texto que percorre a correlação entre as políticas higienistas que foram postas em prática no município de Belém e o processo de ampliação das ações da Santa Casa de Misericórdia do Pará no final do século XIX; e o historiador Luiz Otávio Ferreira, que, tratando das teses e do periodismo médico do século XIX, mostrou como esses

¹¹ Ibidem, p. 174.

¹² Ibidem, Loc.cit.

¹³ MIRANDA, Cybelle Salvador et al. Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, p. 1-15, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/hcsm>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

conhecimentos contribuíram para a institucionalização da medicina no Brasil, atuando, inclusive, como um meio de interlocução entre a comunidade médica e as elites letradas imperiais¹⁴.

Um segundo ponto de partida é oferecido pela análise das relações, mais conflituosas que harmoniosas, entre as diferentes “artes da cura” no Brasil Império, um caminho trilhado por Edler, Beatriz Weber, Betânia Figueiredo e Tânia Pimenta: o primeiro, atentando à profissionalização de uma medicina acadêmica durante o governo de D. Pedro II, flexibiliza as oposições entre um saber e outro, revendo os conceitos de “medicina científica” e “não científica” postulados pela historiografia tradicional¹⁵; a segunda, dedicando sua atenção à região mais ao sul do território nacional, analisa não apenas a organização de um corpo médico diplomado e as distintas formas de cura as quais recorriam as gentes do Rio Grande do Sul, na virada do século, como também atenta ao peso que o positivismo, enquanto ideologia, teve nesse processo¹⁶; a terceira, focalizando os diferentes exercícios e as concepções de cura no Oitocentos mineiro, revela os embates e os diálogos entre uma medicina (neo)hipocrática e as formas populares de se lidar com as doenças¹⁷; a quarta, em um exercício de grande fôlego, investigando as mudanças por que passaram as práticas de cura, entre os anos de 1828 e 1855, foca os conflitos derivados das tentativas de um saber acadêmico de se impor frente aos demais agentes da cura na cidade do Rio de Janeiro¹⁸.

Outra via importante, bastante ampla, confere maior destaque a categorias ou grupos sociais específicos, priorizando recortes por gênero, sexo, cor, idade, enquadramento profissional e/ou posição social: a exemplo, tem-se produzido, bem e bastante, trabalhos que

¹⁴ FERREIRA, Luiz Otávio. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, p. 331-351, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300006>. Acesso em: 05 maio 2016.

¹⁵ EDLER, Flavio Coelho. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. 1992. 275 f. Tese (Mestrado) - Curso de História, Departamento de Pós-graduação em História, FFLCH-USP, São Paulo, 1992. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=192718&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 maio 2016.

¹⁶ WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na república Rio-Grandense - 1889/1928*. 1997. 345 f. Tese (Doutorado) - Curso de História, Programa de Pós-graduação em História, IFCH-UNICAMP, Campinas, 1997. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000115316&fd=y>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

¹⁷ FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A Arte de Curar. Cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

¹⁸ PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855)*. 2003. 256 f. Tese (Doutorado) - Curso de História, Departamento de Pós-graduação em História, IFCH-UNICAMP, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000300841>>. Acesso em: 01 maio 2016.

discutem a saúde da população escravizada ¹⁹, as enfermidades e as taxas de mortalidade escrava ²⁰, as relações entre saúde e religiosidade ²¹ e as noções e práticas de cura disseminadas entre e pelas culturas africanas no Brasil Império ²². Finalmente, outra possibilidade de entrada no mundo da saúde e da medicina do século XIX é ofertada pela delimitação patológica, ou seja, pela história das doenças e das epidemias – uma empreitada seguida, por exemplo, por Sidney Chalhoub em sua célebre obra, “*Cidade Fabril: cortiços e epidemias na Corte imperial*” (1996), e por Jaime Benchimol em sua Tese de Doutorado, “*Do Pasteur dos micróbios ao Pasteur dos Mosquitos: febre amarela no Rio de Janeiro (1880-1903)*” (1996).

Evidentemente, nenhum desses caminhos seguidos exclui uma interlocução com os demais: o diálogo entre essas vias é importante e, conforme definidos os problemas e os objetivos de cada pesquisa, necessário. A investigação que se propõe neste texto pode ser enquadrada, se preciso, nessa última linha de estudos e parte, em grande medida, das considerações propostas pelo antropólogo Sérgio Carrara em sua obra pioneira sobre o tema no país, “*Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da Passagem do século aos anos 40*” (1995). Tornam um pouco menos complicada essa missão, ainda, as contribuições que oferecem os pesquisadores Daniel Oliveira e Maria Pires de Almeida, autores, respectivamente de dois importantes estudos acerca das moléstias venéreas no século XIX. Ambos os historiadores, que cobrem, em sua análise, um período posterior ao que se dedica este texto, estabelecem um diálogo, mais ou menos contínuo, com a proposta de Sérgio Carrara.

A pesquisa conduzida pelo antropólogo teve como foco a luta movida contra a sífilis, de meados do século XIX a meados do século XX. Nesse sentido, ele procurou explorar como a chamada “luta antivenérea” envolveu processos sociais complexos, articulando de modo simultâneo a cura dos doentes, a construção da nação brasileira, a questão do gênero e da raça,

¹⁹ Cf. PORTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1019-1027, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000400013>. Acesso em: 23 mai. 2016.

²⁰ Cf. LONER, Beatriz Ana et al. Enfermidade e morte: os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, p. 133-152, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500008>. Acesso em: 23 mai. 2016.

²¹ Cf. XAVIER, Regina Célia Lima. *Religiosidade e Escravidão, século XIX: Mestre Tito*. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

²² Cf. FARIAS, Rosilene Gomes. Pai Manoel, o curandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 215-231, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500012>. Acesso em: 23 mai. 2016.

o alcance social de controles estatais, a ascensão de certos grupos profissionais e, principalmente, a reforma de valores tradicionais relativos à moral sexual ²³. Procurando compreender como foram pensadas e postas em prática as inúmeras medidas relativas ao combate à doença e como ocorreu a formação e a atuação, com todos os seus impasses, de uma categoria profissional autoritária e decisivamente importante na condução das políticas sanitárias, os chamados sifilógrafos, Carrara indicou como fora construído um conceito mais ou menos bem definido de sífilis ao longo do período analisado e como a doença, desde a primeira metade do século XIX, começara a se revelar como uma ameaça pública e coletiva, tanto na Europa quanto no Brasil.

Para dar conta da escrita deste texto, tão importante quanto os aportes teóricos definidos e esse primeiro levantamento bibliográfico realizado, foi a seleção das fontes, as matérias-primas de qualquer produção historiográfica.

Constituem as fontes primárias desta pesquisa, portanto, dois conjuntos distintos de documentos: os livros de matrícula dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ²⁴, referentes às décadas de 1840 e 1850; e dois dicionários ou manuais de medicina popular ²⁵, bastante lidos no Brasil do Oitocentos.

Sobre o primeiro conjunto, os documentos que o integram, devido a sua especificidade, são investigados a partir de técnicas e metodologias quantitativas de análise. São aqueles que compõem o acervo documental do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, classificado em quatro fundos ou seções:

Provedoria (S1);

Direção Média (S2);

Direção Administrativa (S3);

Cemitério (S4).

²³ CARRARA, Sérgio. *Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

²⁴ LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 1, 1843 – 1855. CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

²⁵ Tratam-se da obra do Doutor Chernoviz: *Dicionário de medicina popular: em que se descrevem, em linguagem accommodada à inteligência das pessoas estranhas à arte de curar : os signaes, as causas e o tratamento das molestias; os socorros que se devem prestar nos accidentes graves e súbitos*. 3. ed. Paris: Typ. de Julio Claye, 1862. E da principal publicação do químico francês, François Raspail: RASPAIL, François Vincent. *Manual de Saude ou Medicina e Pharmacia Domesticas*. 4ª ed. Lisboa: Typographia de M. da Madre de Deus, 1860.

Desses quatro fundos, são caros à proposta desta pesquisa os documentos contidos no segundo deles: especificamente, aqueles que compõem a Matrícula Geral dos Enfermos. Nesses documentos, agrupados em códices e datados desde 1843, encontramos informações essenciais a respeito de cada sujeito enfermo que ingressou na Santa Casa. Ainda que algumas informações sejam omitidas, podemos identificar o nome de cada indivíduo; o seu número de entrada; o dia em que procurou atendimento e o dia em que deixou os cuidados da instituição; a sua naturalidade; a identidade, quando sabida, de seus pais; o seu estado civil; o seu estatuto; e outras, quando necessárias, pontuais observações relativas ao estado do enfermo, ao caráter (particular ou não) do seu ingresso na instituição, às condições sob as quais deixou a Santa Casa, ou ao seu eventual falecimento.

Por sua vez, compõem o segundo conjunto de fontes, os seguintes manuais de medicina popular: a terceira edição do *“Diccionario de Medicina Popular e Sciencias Accessorias”*, escrito pelo médico polonês Pedro Chernoviz; e a quarta edição traduzida do *“Manual de Saude ou Medicina e Pharmacia Domesticas”*, da autoria do químico francês François Vincent Raspail. Concebidos por profissionais competentes, essas publicações tiveram o importante papel de difundir, entre as populações urbanas e rurais da Europa e do Brasil Imperial, os saberes e as práticas médicas. Além de apresentarem uma série de recomendações e cuidados necessários à manutenção da boa saúde, esses manuais ofereciam a descrição detalhada das principais doenças conhecidas, os seus sintomas mais comuns e as formas mais adequadas de tratá-las.

O trabalho, desse modo, encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro, é feita uma breve análise histórica acerca do conceito de sífilis, procurando observar os princípios médicos e científicos, então em voga no ocidente europeu, sob os quais essa construção conceitual operou ao longo do século XIX, com um destaque particular ao período de tempo que cobriu as décadas de 1840 e 1860. Voltando o foco para o Brasil Imperial, são apresentados os principais passos iniciais que levaram à formação de uma medicina acadêmica no país e o modo como as doenças venéreas e a própria venereologia, nesse processo, se tornaram um objeto de estudo por parte desses profissionais diplomados. No segundo capítulo, é discutida a disseminação desses saberes, por meio dos dicionários ou manuais de medicina popular, entre a população leiga e letrada do Brasil Império, com especial atenção aos princípios médicos que embasaram a escrita do verbete *“Syphilis”* e à

maneira como esses conhecimentos eram apresentados ao público leitor. No terceiro, e último capítulo, cotejando as particularidades de um contexto local, procura-se investigar quantos e quais eram os sujeitos que, na capital da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, ao recorrer aos cuidados da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, o que ainda era pouco frequente à época, receberam o diagnóstico de sífilis.

2 A SÍFILIS NA LÍNGUA DOS MÉDICOS OITOCENTISTAS: UM CONCEITO EM REVOLUÇÃO

Em poucas palavras, o mundo da década de 1840 se achava fora de equilíbrio. As forças de mudança econômica, técnica e social desencadeadas nos últimos 50 anos não tinham paralelo, eram irresistíveis mesmo para o mais superficial dos observadores ²⁶.

O que poderia ser dito a um sujeito mal intencionado, àquele tio chato e fanfarrão que em todos os jantares ou reuniões familiares teima em zombar do sobrinho historiador, contestando cada sílaba dita por ele e defendendo acaloradamente a sua “versão” dos acontecimentos, que, antevendo a crueldade de tal missão, pede ao pobre coitado um resumo, em três únicos e curtos conceitos-chaves, sobre o século que, sucedendo e acirrando as profundas transformações sociais, políticas e econômicas que marcaram a modernidade ocidental, inaugurou a era contemporânea. Sendo sagaz, e meio calhorda, o jovem historiador poderia oferecer como resposta, em alto e bom som, a esse amante das efemérides históricas, as seguintes palavras: “nação, revolução e ciência!”.

De fato, o século XIX, fruto do que Hobsbawm chamou de uma “dupla revolução” ²⁷, assistiu a consolidação e a expansão das antigas nações europeias, as lutas e os primeiros passos das recém-independentes nações latino-americanas e o acirramento dos sentimentos e dos ímpetus nacionalistas e patrióticos; testemunhou a eclosão de um verdadeiro movimento revolucionário que sacudiu o Velho e o Novo Mundo com a força avassaladora das transformações políticas, econômicas, sociais, técnicas e tecnológicas que, no Ocidente, fez ruir as últimas bases do Antigo Regime, levar ao fim o sistema de produção baseado na escravidão africana e conduzir ao poder uma poderosa e triunfante burguesia; e, mais que isso, observou, extático, as diversas inovações científicas e tecnológicas que alavancaram o desenvolvimento das indústrias incipientes e encorajaram a criação de novos inventos e de novas descobertas. Mais que realidades e eventos paralelos, as questões relativas à nação, à ebulição de revoluções e ao desenvolvimento da ciência estiveram, mais que nunca, profundamente articuladas ao longo do século XIX.

²⁶ HOBBSAWM, Eric John. *A Era das Revoluções: 1789-1848*. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015. p. 464.

²⁷ *Ibidem*, p. 9.

O Oitocentos, especialmente durante a sua segunda metade, foi um século frenético ²⁸: em quase todos os cantos, as cidades cresciam, as indústrias surgiam e novas formas de relacionamento e de convívio social eram estabelecidas. Em meio a essa efervescência urbana, a crença inabalável no progresso começava a ser constantemente alimentada pelos triunfos da ciência: aos olhos de uma intelectualidade e de uma burguesia irrequietas e insaciáveis, o homem parecia apto a conhecer todos os mistérios e controlar de forma definitiva e eficiente a natureza. De Pasteur a Darwin, químicos, físicos e naturalistas das principais metrópoles ocidentais ampliavam, a nível macro e microscópico, as fronteiras do universo conhecido, descobrindo novas possibilidades de ver, de compreender e de se relacionar com o mundo físico. Como não poderia deixar de acontecer, ao lado dos representantes dessas ciências clássicas, o médico do século XIX viu-se obrigado a rever seus conceitos, seus procedimentos e seus próprios conhecimentos acerca da etiologia, do tratamento e da cura dos males que acometiam os homens e as mulheres do período.

Entre os olhares céticos de alguns e as expressões boquiabertas de outros, o ser e o saber médico passaram por uma verdadeira transformação no decorrer do século XIX, fazendo deste “a era de ouro” da clínica e da medicina laboratorial: em pouco mais de cem anos, ocorreu uma revolução sem precedentes no pensamento clínico com o surgimento das orientações anatômicas e fisiopatológicas; campos como a cirurgia e a fisiologia evoluíram devido à ampliação do conhecimento citológico e histológico, com o aprimoramento da anestesia e graças à descoberta da antissepsia; além disso, a própria terapêutica médica e o diagnóstico passaram por importantes análises e revisão com a descoberta da radiologia e do exame físico intensivo ²⁹. O que estava em andamento, na Europa e, depois, nas principais cidades do Novo Mundo, era a construção de uma nova mentalidade médica, a redefinição de um saber científico e a especialização e a hierarquização de uma classe profissional cada vez mais influente, consciente do seu papel e, por conseguinte, autoritária.

Quando se pensa o universo da saúde e da medicina no século XIX, da maneira que se pretende neste estudo, dois fatores adquirem grande relevância. Tratam-se de duas considerações pontuais: de um lado do globo, tem-se as principais cidades europeias, o núcleo desse movimento transformador e o polo de onde eram formuladas as principais teses e as mais significativas descobertas médico-científicas do tempo; de outro lado, há uma ex-colônia portuguesa, imensa e repleta de contrastes regionais, onde as percepções e o exercício da cura

²⁸ Cf. HOBSBAWM, Eric John. *A Era dos Impérios: 1875-1914*. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

²⁹ PANCRÁRIO, Paulo Jorge Moura Pires. *História da Medicina Internacional no século XIX*. Porto: Universidade do Porto, 2012, 33f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2012. p. 2.

raramente eram desenvolvidos por um profissional diplomado. Na Europa e no Império do Brasil, a maneira como se lidava com os males, definindo-os, categorizando-os, remediando-os e os eliminando, envolveu questões diversas e, às vezes, bastante peculiares, tanto pelos contextos específicos próprios a cada localidade quanto pelas particularidades demográficas e culturais de cada sociedade. Guardadas as especificidades de um cenário e de outro, no entanto, é possível pensar, sem prejuízos analíticos, em uma conjuntura maior, uma espécie de “ponte” entre esses dois mundos. Ponte que fora atravessada não apenas por uma elite médica imperial e estrangeira, mas também por um vasto conjunto de ideias, conhecimentos e práticas que acabaram por impactar, de modo decisivo, as questões relativas à saúde e aos males do corpo em ambas as localidades.

Assim, até a virada do século, pelo menos, pode-se tentar compreender o que se passava no Ocidente Europeu e no Brasil, no que concerne à saúde, da seguinte maneira. Por um lado, nas populosas cidades da Europa, como em Paris, a dimensão e a influência do ser médico no antro da sociedade só fez crescer, tanto em razão de sua presumida condição de portador dos saberes e das habilidades terapêuticas, quanto em razão do adiantado processo de institucionalização de sua profissão e das suas tentativas, relativamente bem-sucedidas, de alcançar, em seu seio, as parcelas urbanas da população de modo mais aplicado e extenso, desfazendo, por exemplo, o latim como idioma técnico e procurando refletir sobre a condição mesma dos sujeitos enfermos ³⁰. Peso determinante, nesse processo, teve a reorganização do ensino médico, sendo o ensino teórico acompanhado por uma formação prática regular e intensa, com a investigação dos corpos dissecados e a análise clínica e laboratorial. Além disso, com antecedência em relação às localidades do Novo Mundo, observa-se, também, uma galopante hierarquização da categoria médica, tanto nas instituições de ensino quanto nos hospitais existentes. Tal frenesi institucional, aliás, acabou dando origem a numerosas sociedades científicas e periódicos médicos ³¹ que elevaram sobremaneira a importância dessa categoria profissional na Europa, que, em meio a um mundo industrial e abarrotado de gente, passou a ter um papel de destaque nas políticas estatais de combate às doenças e às ameaças sanitárias.

³⁰ PANCRÁRIO, Paulo Jorge Moura Pires. Op. cit. p. 8. Ainda sobre a condição do enfermo e esse processo de institucionalização da medicina, cabe aquilo que escrevera Foucault: *“para que a experiência clínica fosse possível como forma de conhecimento foi preciso toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre a assistência e a experiência, os socorros e o saber: foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo”* (FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 226.).

³¹ Cf. *Ibidem*, p. 9.

Por outro lado, principalmente fora do continente europeu, as formas populares e tradicionais de perceber a doença e exercer a cura associadas à frágil relação estabelecida entre os médicos e os indivíduos enfermos e ao desafio da profissionalização da categoria médica, no país, constituíram um triplo desafio a esse profissional diplomado. No Brasil Imperial, onde eles eram escassos e mais raras ainda eram as instituições destinadas a sua formação, a arte da cura era praticada por uma profusão de feiticeiros, curandeiros, barbeiros e benzedeiros que, além de possuírem conhecimentos importantes acerca das ervas nativas e dos corpos humanos, mantinham um relacionamento estreito com as comunidades e com as pessoas as quais prestavam esses serviços. Essa gente, tão importante nas regiões urbanas e interioranas do Brasil, eram os praticantes de uma “outra medicina”, um outro saber e fazer médicos que eram regidos por “*uma lógica que percorria os espaços da fé, da crença, da solidariedade e da tradição*”³²; essa gente, alheia aos discursos e aos procedimentos sistemáticos definidos pela medicina acadêmica, eram homens e mulheres que, muito além de aplacar os males dos corpos doentes, receitando chás, repousos e purgantes, acalmavam os males da consciência e da alma, oferecendo simpatias e conselhos. Desse modo, figura pouco comum e nem sempre confiável, o médico-doutor raramente era a primeira opção do enfermo nos Trópicos. Não à toa, portanto, até as últimas décadas do século XIX, predominou uma comunicação precária, pouco efetiva e notadamente vertical entre a intelectualidade médica e as comunidades urbanas e rurais. A gosto e a contragosto, esses “agentes oficiais” da cura disputaram e acabaram conquistando o seu espaço; ora resistindo e negando, ora aceitando e recomendando, mas sempre coexistindo com aquela outra face da medicina nos Trópicos.

Como bem se sabe, todas as sociedades, em cada período histórico, elabora o seu próprio entendimento das doenças, determina meios específicos de compreender o organismo humano e estabelece os critérios e os parâmetros para definir os limites entre um corpo saudável e um corpo doente³³. Nas sociedades ocidentais do século XIX, os avanços científicos e o aparente domínio do ser humano sobre as coisas naturais, no entanto, pouco atenuaram o medo e a profunda repulsa que a simples menção ou alusão a certos males provocavam naqueles homens e mulheres: num mundo em que, apesar de aprimorados o conhecimento e a prática da medicina, a tentativa e o erro continuavam a ditar os avanços das técnicas e dos tratamentos médicos, doenças como a mal-falada “*Syphilis*” faziam qualquer boa senhora revirar os olhos e fazer o sinal da cruz. No Oitocentos, especialmente durante o

³² FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Op. cit., 2002. p. 47.

³³ Idem. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. *Educar em Revista*, Curitiba, n. 25, p. 59-74, 2005.

período que se estendeu entre décadas de 1840 a 1860, ao lado dessa percepção social da sífilis, foram produzidas, a partir de um amálgama de preconceitos populares e descobertas científicas, novas reflexões médicas que acabaram por redefinir não somente o conceito, a etiologia e o tratamento da doença como também o próprio discurso social vigente sobre esse mal venéreo. De castigo aos pecados da carne e moléstia secreta à ameaça à saúde pública, a doença passou, durante esse período, por uma verdadeira revolução conceitual: quanto mais aceitáveis pareciam os discursos médicos, quanto mais acessíveis esse conhecimento se apresentava à população leiga, quanto mais importante se tornava essa categoria profissional e, principalmente, quanto mais se descobria sobre um mal que acometia desde escravizados a recatadas senhoras viúvas, mais importantes se faziam as políticas de combate à sífilis e mais complexos se tornavam os discursos sobre a moléstia venérea.

2.1 De moléstia secreta a problema coletivo: apontamentos a respeito da construção de um discurso médico sobre a sífilis ao longo do século XIX

A sífilis ³⁴ é uma doença infectocontagiosa transmitida por meio do ato sexual, por determinados contatos invasivos com materiais infectados e por via transplacentária, da mãe infectada para a sua prole. Apresenta-se, assim, como uma doença adquirida ou congênita, de caráter epidemiológico e polifásico, causada por uma bactéria nomeada de *Treponema pallidum pallidum*, um patógeno exclusivo da espécie humana. A evolução da doença, um caráter peculiar apresentado por esse mal venéreo, alterna períodos de atividade e de latência, com características clínicas bastante diferentes entre eles. Ou seja, o diagnóstico da sífilis é sempre acompanhado por um epíteto: primária, secundária, terciária e latente; fora os graves casos de sífilis cardiovascular e de neurosífilis. Em termos práticos, isso significa uma lista extensa de sintomas bastante variados e comuns a outras doenças, venéreas ou não.

O chamado cancro duro, ou o protossífiloma, a protuberância calosa que surge nos órgãos genitais após algumas semanas da infecção, é a marca característica da fase primária da doença. A essa manifestação, pode se seguir um período de, mais ou menos, um ou dois

³⁴ A fim de cotejar a compreensão da doença, em termos médicos atuais, e de estabelecer um diálogo, ainda que bastante restrito, com esse campo do conhecimento, realizou-se as seguintes leituras: **1.** AVELLEIRA, João Carlos; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 2, p.111-116, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2016. **2.** BELDA, Walter Júnior; SHIRATSU, Ricardo; PINTO, Valdir. Abordagens nas doenças sexualmente transmissíveis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 151-159, 2009. **3.** BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. *Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso*. 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

meses de latência, interrompido pelo acometimento da pele e de outros órgãos do corpo por lesões avermelhadas, acobreadas ou esbranquiçadas chamadas de sífilides; no entanto, a fase secundária é, ainda, assistida por um conjunto maior de sintomas: mal-estar, febre, dores de cabeça, dores e inflamações nas articulações, espasmos e dores musculares, irritação da faringe, rouquidão, complicações renais e acometimento do nervo auditivo ³⁵. Esses sintomas podem aparecer e desaparecer de modo esporádico, sendo intercalados, inclusive, por novos e mais longos períodos de latência. Esses períodos de atividade e de recuo da doença alternam-se até o seu desfecho, quando tem início a sífilis terciária. Essa última fase da doença, potencialmente mais grave, pode começar dentro de alguns anos ou, mesmo, décadas após o início da segunda fase e é caracterizada pelo aparecimento de feridas nodulares, lesões nervosas, neurológicas, ósseas e hepáticas. Não remediada, a doença, em sua fase terciária, continua causando danos quase irreversíveis ao organismo e se torna, eminentemente, fatal.

O que se descreveu nesses dois parágrafos, o leitor já sabe, corresponde à interpretação de um conceito que a medicina atual oferece acerca da sífilis. Talvez, fosse bem provável que nem um terço desse conhecimento estivesse disponível à boa parte da intelectualidade médica de meados do século XIX, muito menos a sua população. Por que, então, importa levar isso em consideração? Ainda mais, se o recorte temporal estabelecido neste estudo dista, em mais de cem anos, do período atual? Simplesmente, porque um bocado considerável do que se sabe hoje sobre a doença é fruto das investigações, dos embates, das tentativas, dos erros e dos acertos cometidos pelos médicos oitocentistas – leia-se aí, especialmente, a parcela francesa desses profissionais.

Ao longo do século XIX, três importantes maneiras de se pensar o fazer médico impactaram não apenas a prática da medicina em si, como também o modo como certas doenças passaram a ser encaradas e definidas. A esse processo, de revolução conceitual, um mal que acompanhava a humanidade há tempos passou a ser o objeto de análises mais criteriosas, o tema de debates, o cerne de polêmicas entre membros da comunidade médica e o foco de políticas sanitárias que moveram os interesses e os esforços coletivos de autoridades políticas, segmentos sociais e agentes de saúde. A sífilis, durante o período, foi alçada ao posto de grave problema sanitário. De repente, não se tratava somente de mais uma moléstia tabu, um mal nefasto que acometia apenas a “relé” e os “pecadores”, mas de um complicado

³⁵ Avelleira e Bottino ainda destacam o desenvolvimento dos quadros de anorexia, meningismo (irritação ou inflamação das meninges), periostite (inflamação da membrana mais externa dos ossos) hepatoesplenomegalia (aumento significativo dos tamanhos do fígado e do baço) e iridociclite (inflamação no globo ocular). Cf. AVELLEIRA, João Carlos; BOTTINO, Giuliana. Op. cit., p. 114.

imbróglio que exigia a atenção de um grupo de especialistas, cada vez mais influente e respeitado. Como se chegou a esse ponto? Ora...

Desde as primeiras menções escritas sobre este mal, a sífilis sempre estivera envolta por uma aura de segredos e mistérios. Doença tabu, era frequentemente percebida como um castigo divino, e uma forma de justiça moral, à libertinagem e à luxúria, à lascívia do “homem degenerado” e à impureza da “mulher de vida fácil”. A origem da palavra e seu uso são creditados a um poema escrito no século XVI pelo médico e poeta veronês Girolamo Fracastoro. O poema, datado de 1530, relatava a história de um pastor chamado Syphilus que, após ter proferido graves ofensas à divindade solar, teve como castigo o sofrimento por meio de uma doença tenebrosa que os habitantes da região onde vivia o pastor chamavam de “syphilis”³⁶. No entanto, durante a Era Moderna, muito mais populares eram outras denominações: àquilo que mais tarde receberia o nome de sífilis, as sociedades beligerantes da Europa chamavam de “Mal de Nápoles”, “Mal Gálico”, “Mal Espanhol”, “Mal Germânico” e assim por diante³⁷ – em suma, determinava-se que a vergonha e a imoralidade eram sempre algo intrínseco ao inimigo e, conseqüentemente, algo que deveria ser evitado e combatido.

Às vésperas do século XIX, ainda pouco se conhecia sobre a doença: ela era percebida como um conjunto muito amplo e pouco específico de sintomas, cujas causas, mais que orgânicas, eram compreendidas como sendo de ordem mística e religiosa. As primeiras explicações sobre a sífilis, no Ocidente, derivavam, assim, dos expoentes do pensamento astrológico e das doutrinas cristão-católicas: para os primeiros, aqueles estranhos sintomas nada mais seriam que uma consequência direta “*da conjunção de Saturno e Júpiter, na casa de Marte, sob o signo de Escorpião, ao qual estariam submetidos os órgãos sexuais*”³⁸; concorrentemente, entre os séculos XV e XVI, o pensamento cristão esforçou-se em associar toda afecção venérea aos excessos cometidos por um indivíduo pecador. Essas maneiras de perceber a doença repercutiram de duas formas na estruturação de seu conceito “pré-científico”: por um lado, toda a ferida ou nódulo que surgisse na região dos órgãos genitais

³⁶ ALMEIDA, Maria José Saenz Surita Pires de. *Dos prazeres venéreos à Diabólica moléstia: O general José Vieira Couto de Magalhães diante da sífilis no final do século XIX*. 2016. 139 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós Graduação em História, Departamento de Pós-graduação em História, FFLCH-USP, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-16082016-152002/en.php>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

³⁷ Sobre essas várias nomenclaturas atribuídas à doença, escreveu o historiador francês Claude Quézel, que perscrutando a história da sífilis ao longo dos séculos, admitiu que a mesma representaria um fenômeno social e cultural que extrapolaria o domínio, puro e simples, da saúde. Cf. QUÉTEL, Claude. *Le mal de Naples: histoire de la syphilis*. Paris: Seghers, 1986. p. 4.

³⁸ CARRARA, Sérgio. Op. cit. p. 26.

eram descritos como sendo uma manifestação da sífilis ou um de seus sintomas; por outro, as causas desse mal venéreo foram atreladas a uma razão ética, na medida em que este infortúnio minava a saúde “somente” dos homens e das mulheres dados a uma vida pecaminosa ³⁹.

Apesar de a medicina comprová-lo muito tempo depois, duas coisas que não escapavam à atenção daquelas pessoas eram, em primeiro lugar, o caráter polimorfo e, em segundo, o apavorante desenrolar cíclico da doença. À ferida venérea, advinham, ao longo do tempo, uma sucessão nefasta de bubões, feridas cutâneas, cancros, manchas, formações tumorosas, reumatismos, distúrbios nervosos e gangrenas que, aos poucos, matava o indivíduo física e socialmente. Esse desenvolvimento peculiar da sífilis fez sobreviver, até o princípio do século XX, quando ainda não se conhecia o agente biológico causador daqueles sintomas, a ideia de que a doença constituía um princípio etiológico geral ⁴⁰. Se a medicina do século XIX não fora capaz de desvendar apropriadamente o que causava a doença, pôde, com êxito, imiscuir-se e, em determinada medida, suplantar a compreensão místico-religiosa que se tinha sobre esse mal venéreo. Médico e biólogo polonês, Ludwik Fleck, em sua “*Gênese e desenvolvimento de um fato científico*”, ao pensar a doença venérea, observou que três princípios ou apontamentos científicos caros à medicina do século XIX influenciaram determinadamente a redefinição do conceito e dos conhecimentos sobre a sífilis: um princípio empírico-terapêutico, um princípio experimental-patológico e um princípio patogênico.

Fleck analisou a forma como o conceito da sífilis foi se desenvolvendo desde o século XV até o início do século XX, quando a reação de Wasserman ⁴¹ passou a ser utilizada. Por acreditar que ‘não se chega a um conceito de sífilis sem uma abordagem histórica’, o autor contrariou a lógica preconizada por autores contemporâneos a ele: os neopositivistas, que pertenciam ao círculo de Viena [...]. Com relação ao conceito de sífilis, Fleck observou como o mesmo foi se moldando com o passar do tempo, sempre a partir de fatores ligados à realidade social, cultural e histórica ⁴².

No princípio do século XIX, segundo o médico polonês, à luz de uma abordagem **empírico-terapêutica**, passou-se a definir “sífilis” como um conjunto diversos de sintomas, mais ou menos bem conhecidos, que abrandavam mediante a atuação do mercúrio no corpo humano. Esse princípio fundava-se nos resultados, até então bem-sucedidos, obtidos pela

³⁹ Ibidem, p. 27.

⁴⁰ CARRARA, Sérgio. Op. cit. p. 39.

⁴¹ O teste ou reação de Wasserman corresponde a uma das primeiras tentativas laboratoriais de se estabelecer o diagnóstico da sífilis, a partir da análise da presença ou ausência do patógeno no sangue do indivíduo. Foi idealizado pelo bacteriologista alemão August von Wassermann e efetuado, pela primeira vez, em 1906.

⁴² ALMEIDA, Maria José Saenz Surita Pires de. Op. cit. p. 15-16.

metaloterapia e pela utilização farmacológica de compostos hidragíricos, então em voga. Embora reduzisse a doença a um “*kit*” de sintomas e características generalizantes, essa compreensão do mal venéreo enquanto uma doença passível de ser tratada e, até que se provasse o contrário, curada por meio de uma intervenção medicamentosa específica contribuiu para transformá-la em uma questão e em um objeto de investigação fundamentalmente médica, algo que deveria ser explorado de maneira racional e enfrentado com os aportes adequados fornecidos pela ciência moderna. O sucesso inicial dos compostos à base de mercúrio logrou abalar, ainda que levemente, a velha compreensão místico-religiosa da doença: a sífilis continuava associada aos excessos da carne, mas, graças à observação empírica e às primeiras experiências terapêuticas, pôde-se chegar à definição de um tratamento supostamente confiável capaz de extirpar do corpo do indivíduo aqueles sintomas terríveis.

A doença começaria a ser entendida como algo além de um conjunto de sintomas gerais ainda durante a primeira metade do século. Se até o final da década de 1830, o diagnóstico da sífilis era frequentemente atribuído à gonorreia (e a outras doenças venéreas ainda menos conhecidas no período) e vice-versa, graças aos estudos desenvolvidos pelo médico estadunidense Philippe Ricord, a sífilis não somente passou a ser percebida como uma doença diferente de outros males venéreos como também foi identificado o seu caráter polimorfo e progressivo. Um dos nomes mais proeminentes da venereologia, Ricord, que migrara de Baltimore para Paris em 1820, pôs abaixo a tese defendida por muitos de seus colegas médicos, os chamados unitaristas: boa parte da velha-guarda da medicina francesa, eles defendiam, ardorosamente, a ideia de que certas doenças relacionavam-se de forma mútua, de modo que todas as moléstias venéreas, por exemplo, “*podiam ser causas produtoras da sífilis, e, reciprocamente, ser efeito da infecção constitucional*”⁴³. Ao rechaçar essa linha de pensamento, procurar explicar as manifestações clínicas, desvendar os estágios da doença, indicar um diagnóstico diferenciado e ao propor um tratamento possível, Philippe Ricord, instituindo um princípio **patológico-experimental** de análise, revolucionou o entendimento médico sobre a doença. O impacto de suas descobertas, dentro e fora da comunidade médica, fez-se repercutir em dois sentidos: por um lado, ficou evidente que a sífilis, muito mais que um castigo à falta de pudor, era uma doença grave que, obedecendo a uma cronologia determinada pelo venereologista, se desenvolvia em três fases distintas e, progressivamente, mais nocivas à saúde do indivíduo; por outro lado, dissociando-se, a partir

⁴³Ibidem, p. 28.

de critérios científicos, o mal venéreo do pecado castigável, operou-se uma transformação na própria compreensão vigente sobre a transmissão da doença – segundo Fleck, “*sua relação com o coito foi transferida do plano ético-místico para o plano mecânico*”⁴⁴: dessa forma, passou-se a acreditar que a doença era “produzida” durante o ato sexual; o que, conseqüentemente, fez as autoridades médicas, particularmente os venereologistas e, mais tarde, os higienistas, recomendar, com grande veemência, a prática comedida do coito. As advertências desses profissionais da saúde, é importante reconhecer, tanto forneciam conteúdo às vozes populares e/ou moralizantes das expansivas sociedades urbanas do século XIX, quanto eram alimentadas pelas paixões e pelos preconceitos da época.

Para muitos historiadores, o fim do século correspondeu ao momento crucial desse processo de revolução conceitual. Muito em razão dos esforços empreendidos por um importante médico francês, o doutor Alfred Fournier. No entanto, é pouco conveniente pôr na balança os méritos de cada profissional, a fim de aferir qual deles prestou mais contribuições; afinal, foi o conjunto dos esforços, mais que os sucessos individuais, o que logrou alavancar os conhecimentos existentes sobre a doença. No segundo quartel do século, ao lado do que postulava Ricord, outros dois médicos reconhecidos, ao menos, já formulavam e comprovavam suas hipóteses: o polêmico William Wallace, doutor dublinense que, ao contaminar cinco pessoas saudáveis com o “material sífilítico”, comprovou, entre o final da década de 1830 e meados da de 1840, a infectabilidade do patógeno, a transmissibilidade da doença a partir de lesões secundárias e o aparente sucesso dos compostos à base de potássio no tratamento da sífilis; e o médico francês Léon Bassereau que, no início dos anos 1850, foi capaz de definir, em termos médicos, a existência do cancro mole, doença comumente mal diagnosticada como sífilis⁴⁵. As descobertas realizadas nesse período, o meio do século, marcaram uma importante inflexão no tratamento das doenças venéreas: isso porque trouxeram à tona e tornaram um problema essencialmente médico aquelas palavras secretas que, no dia-a-dia, raramente saíam da boca das pessoas. A gonorreia, o cancro mole e a sífilis acompanhavam a humanidade há muito tempo, mas só a partir daquele momento, em meio àquele período de ebulição social e cultural insuflada pelo duplo movimento revolucionário admitido por Hobsbawm, elas passaram a representar algo além que um castigo divino ou a marca do inimigo... elas começaram a ser melhor conhecidas e, por conseguinte, mais temidas.

⁴⁴ FLECK, Ludwik, 1935, p. 47-48 apud CARRARA, Sérgio, 1996, p. 29.

⁴⁵ ALMEIDA, Maria José Saenz Surita Pires de. Op. cit. p. 19.

Apesar dos êxitos de Ricord e de seus contemporâneos, ninguém fora capaz de indicar, com bem-sucedida precisão, qual era o agente biológico causador da sífilis e de que maneira ele atuava no organismo das pessoas – o *Treponema pallidum pallidum* continuava a ser o bicho-papão dos venereologistas: grande parte deles acreditava na sua existência, temia as suas amedrontadoras manifestações, mas não era capaz de enxergá-lo . A maioria dos médicos defendia a ocorrência de um “vírus sífilítico”, algo que corrompia o sangue do enfermo e tinha a poderosa capacidade de perturbar todos os líquidos corporais, alastrando-se e contaminando todo o organismo. Essa percepção **patogênica** da doença, anterior à própria compreensão da sífilis enquanto um mal específico, era alimentada pela ideia de que o sangue, algo passível de ser maculado, tinha o potencial de conduzir, durante um longo período de tempo, em seu movimento no interior do corpo humano, a “matéria nociva”, infectando, conseqüentemente, *“o leite materno, o esperma, o suor e a saliva; os quais, juntamente com o pus das pústulas e feridas, transmitiam e perpetuavam o mal ”* ⁴⁶. Essa quase obsessão médica pelo caráter corruptível e corruptor do sangue e a atestada onipresença do “vírus sífilítico” no organismo do indivíduo enfermo contribuíram para a consolidação, principalmente na França, e sobretudo, durante as últimas décadas do século XIX, da chamada sifiligrafia, área médica que se dedicava exclusivamente a investigar as manifestações clínicas da doença e a estudar medidas profiláticas e terapêuticas. A atuação de sifilógrafos, como a do já mencionado Alfred Fournier, foi decisiva no sentido de ampliar a compreensão vigente sobre a doença: a partir da segunda metade do século, a medicina lograria desvendar a chamada heredossífilis, que acometia os jovens bebês de mães contaminadas com o “vírus” da sífilis (1860); conseguiu documentar os efeitos nefastos da sífilis nervosa e cardiovascular (1876); e, fora da Europa, demonstrar clinicamente as diferenças da sífilis e de outras lesões dérmicas tropicais como a boubá e a leishmaniose (1894). Durante as duas últimas décadas do Oitocentos, houve, quase simultaneamente,

o estabelecimento de uma comunidade científica, com seus congressos, sociedades, centros de pesquisa, periódicos e fontes de financiamento; a instituição do ensino especializado, com suas cátedras, concursos e teses [...]; e a abertura e expansão de um mercado de novos serviços, no qual os sifilógrafos se engajavam basicamente como clínicos especializados ou sanitaristas ⁴⁷.

Não tardaria, dessa forma, para que a doença ganhasse dois novos atributos: o de ameaça coletiva e o de problema sanitário. Bem definido o campo de atuação dos sifilógrafos,

⁴⁶ CARRARA, Sérgio. Op. Cit. p. 35.

⁴⁷ Ibidem, p. 75.

nesse fim de século, seria bem possível que aquela mesma boa senhora que há décadas revirara os olhos e fizera o sinal da cruz à menção da sífilis, se ainda viva, repetisse esses mesmos gestos se ouvisse o nome da tão mal-dita doença. Mas, agora, por razões mais bem alinhadas com o discurso médico: afinal, cor, etnia e idade não importavam; a sífilis não discriminava ninguém, contaminava geral.

Do início ao fim do Oitocentos, a compreensão que se tinha sobre a sífilis mudou, como se pôde observar, progressiva e profundamente. E, nesse sentido, os anos entre 1840 e 1860 foram decisivos: durante essas décadas, operou-se a instauração de uma nova mentalidade médica, um novo modo de pensar a doença, o tratamento e a cura que ocasionou uma verdadeira transformação na maneira como a medicina operava. Se, na Europa, esse período assistiu ao florescimento da venereologia e aos primeiros passos de um processo que culminaria em uma intensiva ação antivenérea, resta saber, o que se passava nos Trópicos? Estariam isentos dos debates vigentes os (realmente, muito poucos) médicos que viviam nas terras brasileiras?

2.2 Os primeiros passos da medicina acadêmica nos Trópicos: como a sífilis e outras doenças venéreas tornaram-se uma questão médica após a Lei de 3 Outubro de 1832

À transferência da Corte Portuguesa, em 1808, o Brasil abandonou, na prática, a sua condição colonial. Inaugurada essa nova conjuntura, operou-se um processo de interpenetração de interesses das classes dominantes (elites lusitana e brasileira) cujo epicentro fora o Rio Janeiro e as regiões a ele próximas: *“a vinda da Corte com o enraizamento do Estado Português no Centro-Sul deu início à transformação da colônia em uma metrópole interiorizada”*⁴⁸. Como não poderia deixar de acontecer, nesse processo, foram postas em prática importantes medidas políticas e administrativas que acabaram por determinar o futuro do país. Dentre essas providências, constavam atos e decretos do Príncipe Regente que determinaram a criação, na Bahia e na capital, de cursos de Anatomia. Os mesmos dariam origem, décadas à frente, às Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, criadas, por lei, quase dez anos após a independência.

O processo que se assistia no Ocidente europeu, sobretudo na França e, mais tarde, na Alemanha, não ocorria da mesma maneira no Brasil. Nem poderia ocorrê-lo. Duas

⁴⁸ DIAS, Maria Odila da Silva. *A interiorização da metrópole e outros estudos*. São Paulo: Alameda, 2005. p. 19.

particularidades dos Trópicos, entre outras, impactaram consideravelmente tanto a atuação dos médicos diplomados no país quanto a maneira como eram pensados os corpos e as doenças. Tratam-se de dois aspectos que se imiscuíam em uma complexa conjuntura sócio-política, econômica e cultural que marcara, em grande medida, o primeiro e o segundo quartéis do Oitocentos brasileiro: na América do Sul, o Brasil era o país que mais explorava a mão-de-obra escravizada para se desenvolver e, conseqüentemente, o que apresentava o maior contingente populacional de africanos e de descendentes de africanos; era, inclusive, o único império na região, o único Estado sul-americano que atravessou quase todo o século sob à égide de uma monarquia constitucional. Ao longo desse período, o que estava em jogo, no Brasil, eram, em suma, a construção e a estruturação de uma pátria; algo que, durante a era regencial, assumiu uma condição crítica.

Em abril de 1831, D. Pedro I abdicou da Coroa Brasileira e retornou a Portugal, deixando seu filho Pedro de Alcântara, ainda criança, como legatário do trono. Conforme estabelecia a Constituição de 1824, adotou-se o sistema político regencial: regentes deveriam governar o país até a maioria do príncipe herdeiro. A vacância do trono, no entanto, marcou uma importante ruptura entre os grupos políticos que, até então, uniam-se contra o rei⁴⁹: “liberais moderados” e “liberais exaltados” tinham projetos políticos bastante divergentes – os primeiros (grupo majoritário na Câmara e dotado, provisoriamente, do poder regencial), inspirados pelo liberalismo clássico, queriam reduzir o poder do imperador, dar maiores poderes à Câmara dos Deputados (proibindo a sua dissolução, por exemplo), conceder autonomia ao judiciário e garantir os direitos civis previstos na constituição (sem ameaçar, porém, a ordem imperial); já os segundos (grupo minoritário na Câmara), inspirados pelos jacobinos e pela independência norte-americana, desejavam “profundas” reformas políticas e sociais, como a instauração de uma república federativa, a extensão da cidadania política e civil a todos os segmentos livres da sociedade, o fim gradual da escravidão e até uma espécie de “reforma agrária”⁵⁰. Surgem, ainda, nesse palco, os “caramurus”, grupo conservador, contrário a mudanças constitucionais e com anseios restauradores.

O que importa reconhecer, mais precisamente, é que a era regencial funcionou como um verdadeiro laboratório imperial⁵¹. Todo laboratório, como se sabe, é um local destinado à realização de experiências, pesquisas e ensaios. E o laboratório regencial, nesse sentido, não fugiu à regra: nele, o conjunto de projetos propostos e de reformas elaboradas (e revisadas) foi

⁴⁹ BASILE, Marcello. O laboratório da nação: a era regencial (1831-1840). In: GRINBERG, Keila; SALLES, Ricardo. *O Brasil Imperial*, volume II: 1831-1870. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, p. 53-119.

⁵⁰ Ibidem, p. 60 - 78.

⁵¹ MOREL, Marco. *O período das Regências (1831 - 1840)*. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 9.

o principal experimento sujeito a testes (nem sempre bem-sucedidos). O primeiro deles foi realizado ao se sancionar a Lei da Regência, em 14 de junho de 1831, fortalecendo, assim, o poder dos deputados em detrimento dos regentes; o passo seguinte foi a formação da Guarda Nacional, para (além de garantir a segurança interna e fronteiriça) atuar como reforço contra as rebeliões ⁵²; importante reforma, em âmbito judiciário, se deu com a elaboração, em 1832, do Código de Processo Criminal, o qual concedeu maiores poderes aos juízes regionais; obtém destaque, ainda, o Ato Adicional de 1834, que modificou a carta constitucional outorgada em 1824, alterando a relação entre o governo central e as províncias (que conquistaram maior autonomia) e criando a Regência Una (com mandato de quatro anos) ⁵³. As consequências diretas e indiretas dessas reformas foram tantas que se fizeram sentir mesmo durante o Segundo Reinado.

Data desse período, também, uma decretação legal que pôs em relevância a medicina acadêmica no país: a promulgação da Lei de Outubro de 1832, que reorganizou o ensino médico no Brasil e reestruturou as Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro, atribuindo-lhes o nome de Escolas ou Faculdades de Medicina. Por muito tempo, as principais instituições desse tipo no Império Brasileiro, essas Faculdades tornaram-se responsáveis por conceder os títulos de Doutor em Medicina, em Farmácia e em Parturição ou Obstetrícia. Às mesmas instituições cabiam as atribuições de verificar os títulos dos profissionais ensinados em faculdades estrangeiras e de lhes aplicar exames comprobatórios. Por meio dessa determinação, estipulava-se, por um lado, quem seriam os agentes oficiais da cura no Brasil e, por outro, empurrava-se à margem da oficialidade todos os diversos “concorrentes” desses profissionais diplomados: sem os títulos conferidos pelas faculdades e sem outra ordem, ninguém poderia curar, ter botica ou partejar. Aquele pedaço de papel dava o direito ao seu portador de exercer em todo o Império, de maneira indistinta, qualquer um dos ramos da arte da cura.

⁵² Ao longo do período regencial, inúmeras revoltas contra a ordem vigente eclodiram em todo o território brasileiro. Basile, a partir de uma abordagem panorâmica, analisa e mapeia as revoltas regenciais, dividindo-as em dois ciclos “temporais” e uma subcategoria (revoltas escravas). O primeiro ciclo, típico da fase das regências trinas, seria caracterizado por movimentos urbanos pouco organizados, com múltiplas motivações (rivalidades políticas, descontentamento com o governo, insatisfação dos setores militares, pretensões federalistas e crise econômica) e com dimensões relativamente limitadas. O segundo ciclo de revoltas (estas, mais conhecidas e estudadas), teria iniciado após a aprovação do Ato Adicional de 1834, o qual estabeleceu certas medidas descentralizadoras que revigoraram os poderes regionais, nem sempre em sintonia com as determinações do poder central: desse ciclo, desponta a Guerra dos Farrapos, que, deflagrada em 1835, e encabeçada pela elite local, estendera-se até 1845. Cf. BASILE, Marcello. Op. cit., p. 66-72.

⁵³ Ibidem, p. 72-82.

Pela lei, deveriam existir, em cada Faculdade, catorze professores, todos eles doutores das artes médicas, e seis mestres substitutos, sendo dois deles conhecedores das artes cirúrgicas, consideradas ciências acessórias à medicina. Eles lecionariam, igualmente, catorze matérias de ensino, referentes aos princípios da: física médica; botânica e zoologia; mineralogia e química médica; anatomia geral e descritiva; fisiologia; patologia externa; patologia interna; farmacologia, especialmente a vertente brasileira; medicina operatória; parturição, moléstias da gravidez e saúde dos recém-nascidos; história da medicina; medicina legal; clínica externa; e clínica interna. Havendo, ainda, um curso especial para as parteiras. Essas disciplinas seriam ministradas ao longo de seis anos de curso, em aulas dentro ou próximas dos hospitais civis. Mas, quem poderia assistir a essas lições, cuja matrícula anual custava vinte mil réis? Em seu artigo 22, a lei informa que:

*o estudante, que se matricula para obter o titulo de Doutor em Medicina, deve: 1º Ter pelo menos dezaseis annos completos: 2º Saber Latim, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Philosophia Racional e Moral, Arithmetica e Geometria. O que se matricula para obter o titulo de Pharmaceutico, deve: 1º Ter a mesma idade: 2º Saber, qualquer das duas Linguas Franceza, ou Ingleza, Arithmetica e Geometria, ao menos plana. A mulher, que se matricula para obter o titulo de Parteira, deve: 1º Ter a mesma idade: 2º Saber ler, e escrever correctamente: 3º Apresentar um attestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguezia respectiva*⁵⁴.

Ou seja, se às mulheres era comum a matrícula no curso de Parturição, os ensinamentos de Farmácia e Medicina eram destinados a uma elite imperial, majoritariamente, branca, bem letrada e masculina. Essa gente, para obter o título almejado, no entanto, era obrigada a elaborar e a defender uma tese⁵⁵, um estudo analítico e/ou descritivo acerca do funcionamento do organismo humano, das moléstias que acometiam a saúde das pessoas nos Trópicos, do tratamento recomendado a cada uma delas, da cura dos males dos corpos etc. O conteúdo dessas publicações revelava duas importantes informações: as bases teóricas e epistemológicas desse ensino médico reorganizado em 1832 e a maneira como questões

⁵⁴ BRASIL. *Lei de 03 de Outubro de 1832*. Dá nova organização ás actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-norma-pl.html>. Acesso em: 12 set. 2016.

⁵⁵ Ao lado dessas teses, segundo o historiador Luiz Otávio Ferreira, “os produtos intelectuais mais comuns eram as chamadas ‘memórias’, as teses de concurso, os relatórios/planos técnicos, os discursos, os extratos de lições, os casos clínicos e, naturalmente, os livros e compêndios”; conforme indica “os principais veículos de divulgação da produção intelectual dos catedráticos foram os poucos periódicos médicos em circulação no Brasil entre 1830 e 1870”. Cf. FERREIRA, Luiz Otávio. João Vicente Torres Homem: descrição da carreira médica no século XIX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, 1994, p. 65.

relativas à organização da sociedade, à família, à cor, ao gênero e às próprias relações sócio-políticas eram interpretadas pela intelectualidade médica brasileira.

Por meio de uma lista dos livros utilizados pelos professores dos cursos mencionados, Luiz Otávio Ferreira apontou a patente influência dos sistemas médicos franceses vigentes na época: “*devido à influência quase exclusiva da medicina clínica francesa, o pensamento médico brasileiro da primeira metade do século XIX reproduziu aqui [no Brasil] as controvérsias científicas que polarizavam o campo médico parisiense*”⁵⁶. Consequentemente, seria de se esperar, dado o contato direto dos alunos com as mais importantes referências teóricas da medicina francesa do período, que as discussões em torno da venereologia se tornassem um dos possíveis temas de trabalho e área de atuação desses médicos em vias de receber o diploma.

De fato, isso ocorrera. Os debates em torno das doenças venéreas começaram a se fazer presente, de maneira mais evidente, no cenário médico brasileiro com a redação de quatro teses médicas, escritas entre meados da década de 1830 e o fim dos anos 1840 – período em que Ricord começava a divulgar as suas descobertas sobre a sífilis. Em 1835, Joze Rodrigues Pereira, a fim de receber o título de Doutor pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, escreveu algo em torno de onze páginas sobre “*A Syphilis*”. A esse que foi, possivelmente, o autor da tese inaugural sobre o tema no Brasil, publicaram sobre a doença os médicos Domiciano da Costa Moreira, em 1839, e Ignácio Moreira do Passo, em 1840: o primeiro concebeu suas “*Considerações gerais sobre a Syphilis*” e o segundo foi o responsável por “*A Syphilis é uma enfermidade contagiosa e específica*”. Em 1848, Joaquim Pinto José da Silva ainda escreveria “*Ácerca da Ganglionitis Syphilitica Inguinal*”.

Infelizmente, para este estudo, não se pôde ter contato com as teses referidas. Sem poder analisar o seu conteúdo com o devido rigor e a honestidade necessários à pesquisa histórica, cabem apenas algumas observações e certas especulações pontuais. A primeira que se faz, diz respeito ao título da terceira tese mencionada: o texto escrito por um médico que tivera suas lições na Faculdade de Medicina da Bahia parece comprovar não apenas a influência da medicina francesa no Brasil, mas a tentativa de se produzir, se não um diálogo intelectual, uma interpretação ou leitura local acerca dos males venéreos. Em 1837, Philippe Ricord logrou singularizar a sífilis, estabelecendo-a como uma doença específica e diferente de outras afecções venéreas; três anos mais tarde, um estudante de medicina a fim de receber o seu título, sustentou as afirmações do venereologista francês, definindo a sífilis enquanto

⁵⁶ Ibidem, p. 61.

uma moléstia contagiosa e específica. Isso, por sua vez, revela outras duas informações, de ordens diferentes: em primeiro lugar, em meio às divergências entre uma mentalidade fisiopatológica e uma mentalidade etiológica ⁵⁷, mostra que as discussões sobre a transmissão das doenças estavam em voga no país; em segundo lugar, indica que as doenças venéreas, genericamente, e a sífilis, particularmente, já constituíam uma ameaça a ser evitada e combatida no Brasil.

Fica evidente, portanto, que a intelectualidade médica brasileira pensava e escrevia sobre a sífilis e que boa parte dela tinha acesso a uma rede de conhecimentos que a conectava com os principais centros científicos do período. No entanto, ela correspondia a uma parcela ainda muito pequena dos praticantes da cura nos Trópicos... pequena e pouco confiável ⁵⁸. Nesse sentido, como os seus entendimentos sobre os males se faziam disseminar entre as parcelas leigas da sociedade brasileira? Certamente, o periodismo médico cumpriu, em parte, esse papel. Porém, na dúvida, *“as primeiras providências [tomadas pelo conjunto da população] relacionavam-se com as práticas caseiras, as conversas e orientações junto aos boticários, o contato com os mais velhos e até a leitura de algum material de medicina popular”* ⁵⁹.

O último recurso citado por Figueiredo representara, de fato, uma importante ferramenta de consulta às gentes do Império do Brasil. Escritos por profissionais competentes, esses livros tiveram o importante papel de difundir, entre as populações urbanas e rurais do Brasil Imperial, os saberes e as práticas médicas. Além de apresentarem uma série de recomendações e cuidados necessários à boa saúde, esses manuais ofereciam a descrição detalhada das principais doenças conhecidas, os seus sintomas mais comuns e as formas mais adequadas de tratá-las.

Resta, então, a dúvida: como esses manuais, que tinham boa circulação nas capitais provinciais e no interior do país, apresentavam e descreviam a sífilis? Uma vez demonstrado

⁵⁷ Segundo Ferrara enquanto *“a fisiopatologia considerava a doença uma alteração do processo energético e do material sustentador da vida orgânica e valorizava a interpretação dos sintomas em oposição a descrição dos signos físicos”*, a etiologia, por sua vez, *“definia a enfermidade como consequência da ação de um agente causal específico, que poderia ser desde substâncias tóxicas presentes no meio ambiente até organismos vivos patogênicos”*. Ibidem, p. 60-61.

⁵⁸ Enquanto a medicina acadêmica se mostrava como algo distante, ameaçador e pouco coerente à realidade vivida pela maioria das pessoas, havia toda uma rede de curandeiros, raizeiros, boticários, parteiras, cirurgiões e médicos sem diplomas que, ora recorrendo à fé e ao misticismo, atuavam como *“pessoas capazes de diagnosticar e prescrever, através da observação, da crença religiosa, do conhecimento do cotidiano da população na qual atuavam (hábitos alimentares, excessos alcoólicos, problemas crônicos) que acabavam por ganhar credibilidade e ocupar um espaço legitimado de atuação”*. FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Op. cit., 2002. p. 61.

⁵⁹ Ibidem, p. 58.

como a medicina acadêmica ou científica conseguiu erigir um conceito, mais ou menos bem definido, sobre a doença durante esse período do século XIX, procura-se, agora, a partir do que revela a leitura de duas famosas produções desse tipo, descrever e analisar como os autores informavam os seus leitores, em terras brasileiras, sobre a moléstia: mais especificamente, como questões relativas à etiologia, à sintomática, à profilaxia, ao tratamento e à cura da sífilis apareciam nesses manuais.

3 “QUE FERIDA É ESSA AQUI?” OS MANUAIS DE MEDICINA POPULAR E A DISSEMINAÇÃO DE UM SABER MÉDICO SOBRE A SÍFILIS NO SÉCULO XIX

*Todos sabem que o medico, n'uma simples visita, não pode dar todos os conselhos sobre mil particularidades que os doentes devem saber: este livro lhe servirá de guia em varias circumstancias da vida; nelle acharão preceitos e consolações. Esta obra é util portanto não só para os habitantes da roça que morão longe dos medicos, como tambem para os moradores das grandes cidades*⁶⁰.

Hoje, qualquer brasileiro sabe que tem sífilis a partir de uma detalhada avaliação médica e por meio de uma sequência de exames laboratoriais bastante específicos. Uma vez diagnosticado como portador da doença, o indivíduo pode ter a sua disposição não apenas o acesso a um conjunto muito extenso de informações a respeito da doença, como também a um tratamento confiável e, na maioria dos casos, bastante exitoso. Dois séculos atrás, no entanto, quando o acesso às informações e aos medicamentos era muito menos facilitado e, principalmente, quando ainda nem se sabia que a sífilis era uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum pallidum*, o diagnóstico e o tratamento dispensados à doença eram bem menos precisos. Daí que, desde a década de 1830, a circulação dos chamados manuais ou dicionários de medicina popular, nos meios urbanos e rurais do território brasileiro, era bastante significativa: eles “desempenhavam o papel de divulgadores do conhecimento médico, estabelecendo uma comunicação entre o saber acadêmico (estruturado e sistematizado) e o conhecimento popular”⁶¹. Essas iniciativas de popularização do saber médico, no entanto, nem sempre eram bem vistas pelas instituições médicas, os espaços formais de ensino e de credenciamento profissional: essas críticas, bem se sabe, se deviam mais às intrincadas disputas relativas à profissionalização do médico e à consolidação de sua autoridade frente aos outros numerosos agentes da cura. A respeito desse tipo de produção, é importante levar em consideração que:

os manuais de medicina popular foram escritos por médicos representativos da elite médica do Império: seus autores, ou fizeram parte da Academia Imperial de Medicina, ou tinham muito boas relações com as autoridades médicas do Império, em geral. Mas se, por um lado, representavam a legítima ciência da época, foram, também, legítimos agentes de medicina popular, tamanha sua aceitação e difusão

⁶⁰ CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular : em que se descrevem, em linguagem accommodada à inteligência das pessoas estranhas à arte de curar : os signaes, as causas e o tratamento das molestias; os socorros que se devem prestar nos accidentes graves e subitos ...* 2. ed. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert, 1851. p. 4-5.

⁶¹ FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Op. cit. p. 65

para expressiva parcela da população leiga, que, através deles, pôde se inteirar de diagnósticos e tratar as principais doenças ⁶².

Seus autores, portanto, eram nomes proeminentes ou consagrados da medicina brasileira ou europeia. Eram sujeitos que pertenciam a uma intelectualidade médica e/ou científica e que, muitas vezes, possuíam estreitas relações não só com certas autoridades médicas locais, mas também com importantes líderes políticos ⁶³. Isso, associado aos atributos instrutivos e civilizadores das obras, permitiu a penetração desses manuais no seio das comunidades leigas do Brasil Imperial, tanto nas maiores cidades quanto nas regiões interioranas. O consumo dessas produções, pelas gentes dos meios urbano e rural, representou a disseminação dos conhecimentos e das práticas médicas acadêmicas (por vezes, concorrentes) no cotidiano das pessoas comuns ⁶⁴. Quem tinha acesso a esses manuais compunha uma parcela relativamente diversificada do público brasileiro oitocentista; quem tinha seus males remediados ou curados por eles, por sua vez, representava um punhado ainda maior da população imperial.

As várias edições do dicionário de medicina popular do Doutor Chernoviz, por exemplo, foram adquiridas e consultadas por um amplo conjunto de pessoas. Não se tratavam somente de curiosos em busca de um conhecimento ligeiramente mais enigmático, mas de sujeitos que recorriam a esses ensinamentos para resolver os problemas da vida cotidiana, fosse ela a sua ou a de outros. A esse manual recorreram os boticários; as autoridades políticas e religiosas; os líderes e as mães das elites rurais que socorriam as pessoas da casa; os grandes e pequenos senhores que tratavam de seus cativos; e, inclusive, aquelas pessoas que, sem o diploma em mãos, praticavam as artes da cura nos Trópicos ⁶⁵. É interessante considerar, ainda, que tais conhecimentos médicos não se limitavam às páginas dos livros: eles eram lidos, assimilados e, eventualmente, disseminados prática e/ou oralmente por meio de

⁶² GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. *Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império*. 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História das Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em História das Ciências da Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6128/2/41.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

⁶³ É bem verdade que essas considerações aplicam-se melhor ao autor do primeiro manual de medicina popular que será analisado, o Doutor Chernoviz. O segundo autor, o químico francês François Vincent Raspail, não gozava de grande prestígio entre a intelectualidade médica do período, muito em razão de seus fortes ataques à medicina alopática e as suas polêmicas terapêuticas alternativas.

⁶⁴ GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Os manuais de medicina popular no Império e as doenças dos escravos: o exemplo do "Chernoviz". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, p. 827-840, 2008. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume11/n4suplemento/os_manuais_de_medicina_popular_no_imperio_e_as_doencas_dos_escravos_o_exemplo_do_chernoviz.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

⁶⁵ Idem, Op. cit., 2003. p. 9.

complexas redes de sociabilidade. Longe de corresponder a uma vulgarização pura e simples de um sofisticado pensamento médico difundido nas academias e faculdades imperiais e estrangeiras, esses conhecimentos popularizados constituíam um eficiente recurso à saúde humana. Sem poder contar com um profissional diplomado, pela carência de consultórios médicos ou pela falta de credibilidade a eles imputada, uma das maneiras mais confiáveis de se descobrir o significado de uma dor aguda no peito, de se tratar os sintomas de uma determinada afeção pulmonar ou de se conhecer a cura de um mal que acometia a locomoção e dificultava o trabalho físico, era, sem dúvida alguma, folhear as páginas de um manual de medicina popular.

O que tornava essas produções tão acessíveis ao público leigo não era apenas o uso de uma linguagem clara e compreensível à época, mas a maneira, em si, como esses manuais eram escritos, organizados e impressos: em suma, eram os modos como os seus autores se comunicavam com os leitores e apresentavam o conteúdo de suas obras.

Em suas primeiras páginas, após os anúncios comerciais, em vários casos, o autor era apresentado ou costumava se apresentar, dizendo quem era, o que escrevia e quais as suas pretensões com a obra. Não era pouca coisa, tampouco eram palavras insignificantes: o médico ou cientista, ao mesmo tempo em que se afirmava como uma autoridade suficientemente competente para ceder seu nome a um trabalho de grande fôlego, explicitava a razão da escrita do livro e o conteúdo das páginas que se seguiam. O leitor não era iludido ou enganado: em cada folha, ou conjunto de folhas, ele encontrava um breve resumo acerca das principais doenças e transtornos, inúmeros conceitos e tratamentos conhecidos ou formulados pela medicina da época, uma descrição das principais ervas e plantas medicinais, uma exposição sobre os benefícios e os malefícios de certos climas e relevos, bem como algumas pontuais observações acerca dos cuidados a se ter com a higiene pessoal e com a lida com outras pessoas e animais. Eram informações bastante completas, atualizadas e, para mais ou para menos, alinhadas com o(s) discurso(s) médico(s) vigente(s): se existia uma ponte entre a medicina acadêmica imperial e os principais polos médico-científicos da Europa, também existia uma ponte entre essa medicina erudita e a população leiga do país – essa ponte, suspensa por estruturas mais tênues, era cruzada, com maior êxito, por aqueles que se dedicavam à escrita dos manuais de medicina popular.

Dada a boa receptibilidade dessas produções e a sua comprovada utilização no seio das famílias e das comunidades brasileiras oitocentistas, seria de se esperar que as

informações referentes às moléstias venéreas chegassem ao encontro dessas pessoas ⁶⁶. De fato, os leitores passavam a ter ciência não apenas das informações relativas à sintomática e ao tratamento das lesões atribuídas à sífilis, por exemplo, mas também das orientações e dos conselhos relativos à prevenção e ao combate desse tipo de doença, tão comum e tão mal visto nos Trópicos.

3.1 Na dúvida, consultas o Doutor Chernoviz...

Autor do mais popular dos manuais de medicina popular do Império, Chernoviz inicia o verbete “*Syphilis*”, na terceira edição de sua obra, com uma crítica e uma avaliação: faz uma reprimenda aos autores que, como ele, empenharam-se em escrever sobre a sífilis e realiza uma ligeira análise “histórica” da doença, apontando suas possíveis aparições já entre os gregos e os romanos da Antiguidade Clássica. Ao proceder dessa forma, o médico logrou estabelecer três importantes premissas: primeiramente, ao marcar uma diferença entre “ele” e os “demais” autores, definiu seu lugar de fala e a sua competência para tratar do tema; depois, ao trilhar um caminho seguido por poucos e perseguir a origem geográfica e temporal da doença, confirmou seu empenho em contemplar algo além da sintomática e da terapêutica atribuídas aos males; por fim, e conseqüentemente, ao recusar o hermetismo médico e lançar mão de um diálogo fácil, fundou, com o leitor, uma firme relação de confiança. Isso tudo era essencial: a procura, a venda, o uso e, principalmente, a credibilidade do manual dependiam desses três fatores. Não à toa, ao conquistar seu espaço e seus lugares de atuação, Chernoviz foi capaz de construir, da metade ao fim do Oitocentos, uma imagem e uma reputação que sobreviveram às primeiras décadas do século XX. Mas, quem, de fato, fora esse sujeito, cuja fama de suas publicações acabara fundindo-se à própria pessoa?

Falar em Chernoviz, em meados do século XIX, era o mesmo que se referir ao “*Formulário*” ou ao “*Dicionário*” escritos por ele. O homem por trás do nome era Piotr Czerniewicz, um médico polonês que deixara seu país natal e acabara por vingar em terras brasileiras. Piotr Czerniewicz, vulgo Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, nascera um filho de poloneses que, ainda moço, fora obrigado a deixar o leste europeu e abandonar os seus

⁶⁶ Figueiredo e Guimarães apontam a presença dos manuais escritos pelo Doutor Chernoviz nos lares do Brasil Império ao analisarem os registros deixados por memorialistas. Essa última, ao citar as memórias de Anna Ribeiro de Góes Bittencourt e Maria Paes de Barros, filhas de tradicionais famílias latifundiárias da Bahia e de São Paulo, revela o uso corriqueiro dos escritos de Chernoviz no tratamento das moléstias dos parentes e dos escravizados. Idem. Op. cit., 2008. p. 835.

estudos na Universidade de Varsóvia, por se levantar contra o domínio de um gigantesco Império Russo, do qual a Polônia era um território. Muito jovem, foi acolhido na França, onde concluiu a sua formação acadêmica e iniciou os seus trabalhos como médico. Na França, viveu até o final de 1839, quando, aos 27 anos, resolveu partir para uma jovem nação independente, o Brasil. Após longa viagem, em 1840, Chernoviz aportou no Rio de Janeiro, então capital do Império. Logo após sua chegada, depois de se filiar à Academia Imperial de Medicina, já teve publicadas duas de suas mais importantes obras: uma dedicada aos médicos, “*Formulário ou Guia Médico*”; e outra dedicada ao público leigo, “*Diccionario de medicina popular e das Sciencias Accessorias*”. Essa última produção era constantemente revista e ampliada, de modo que “a obra não apenas se apresentava como uma espécie de vade-mécum do saber médico estabelecido, como tinha uma postura pioneira, sancionando algumas inovações pouco consensuais para a época”⁶⁷. A escrita desses títulos constituiu um duplo feito: um sucesso de divulgação da medicina ocidental e um sucesso editorial sem muitos precedentes na história do Brasil Império. Disseminando, entre as parcelas médicas e leigas da sociedade brasileira, os mais recentes saberes e descobertas da medicina em voga, Chernoviz conseguiu ter veiculados, somente no ano de 1842, mais de três mil exemplares de seu “*Diccionario*”, vendidos ao preço de nove mil-réis cada⁶⁸ – algo surpreendente para a época.

Com um exemplar do “*Diccionario*” em mãos, o universo da saúde ganhava uma importante dimensão doméstica. O sujeito letrado, para saber sobre um mal específico, bastava folhear um montante de páginas e encontrar a entrada desejada: embora nem sempre a diagnose fosse bem-sucedida, era um exercício rápido, prático e, porventura, mesmo sigiloso. Nesse sentido, não seria imprudente afirmar que um dos mais procurados verbetes contido nesse manual fosse aquele referente à “*Syphilis*”, moléstia tão secreta, tão mal-dita e tão comum nos Trópicos, como se verá no próximo capítulo. A maneira como o Doutor apresentava e descrevia a doença, utilizando várias páginas para isso, parecia sinalizar tanto a assimilação dos conhecimentos médico-científicos difundidos pelos venereologistas e, mais tarde, pelos sifilógrafos entre parte da intelectualidade médica do período, quanto a preocupação em transmitir junto a um público não versado nesses discursos acadêmicos um

⁶⁷ GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 501-514, 2005.

⁶⁸ Cf. Idem. Os Manuais de Medicina Popular de Chernoviz na Sociedade Imperial. *Revista Cantareira*, Niterói, v. 1, n. 5, p. 1-20, 2004. Disponível em: <<http://www.historia.uff.br/cantareira/v3/wp-content/uploads/2013/05/e05a04.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

conjunto de informações tão urgentes sobre o mal venéreo. Em sua terceira edição ⁶⁹, a obra de Chernoviz destinada ao público mais amplo anunciava a moléstia como:

Syphilis, mal syphilitico, mal venereo, gallico taes são os diversos nomes de uma molestia caracterizada por varios symptomas de que nos vamos occupar no presente artigo. Esta molestia é eminentemente contagiosa e depende de um virus, cuja natureza intima, como a de todos os outros virus, não é conhecida, mas cuja influenciia deletéria se manifesta sufficientemente na economia, pelos diversos effeitos que occasiona ⁷⁰.

As três primeiras informações que o leitor poderia descobrir acerca da sífilis diziam respeito, portanto, àquelas ideias há muito definidas pela medicina oitocentista: a doença era um mal contagioso, transmitido por um vírus desconhecido e caracterizado por múltiplos sintomas. Embora o agente biológico causador da sífilis fosse estranho aos médicos e aos enfermos do período, os seus efeitos no organismo humano estavam começando a ser mais bem compreendidos. Em seu manual, o médico polonês empenhava-se em dividir os sintomas em primitivos e consecutivos, descrevendo-os, cada um, cuidadosa e detalhadamente.

Os primitivos são os que se declaram poucos dias depois de terem sido communicados, e que se mostram nas partes em que o virus foi applicado: taes são os cavallos, as mulas, os esquentamentos, e ás vezes diversas excrescencias que se desenvolvem nas partes genitales. Quando estes symptomas se tem espontaneamente dissipado, ou quando seu tratamento foi incompleto, resultam disso frequentemente, symptomas consecutivos; sua reunião forma uma molestia syphilitica constitucional. Seus symptomas são: ulceras que tornão a apparecer nas partes sexuais, ou que sobrevem na garganta, nos beiços, nas ventas, no céu da boca, nas pernas e nos braços; feridas na vizinhança do anus que entretém a humidade nessa parte; excrescencias, vegetações nas partes genitales ou em roda do anus, differentes erupções cutaneas, dôres nocturnas nos ossos, tumores que se desenvolvem nos mesmos órgãos; a queda do cabello, das unhas; os zunidos nos ouvidos, a surdez; e emfim um grande numero de outros symptomas, que são os effeitos de uma infecção generalizada mais ou menos antiga ⁷¹.

Como Ricord provara no final da década de 1830, a evolução da sífilis no organismo humano se dava de forma progressiva: em fases, cujos sintomas eram diferentes e variavam de pessoa para pessoa. Chernoviz chamava a atenção de seus leitores para essa particularidade

⁶⁹ Embora a primeira edição do “*Dicionário de Medicina Popular*” date de 1842, a versão que se tem em mãos e que servirá de base para a análise proposta refere-se à terceira edição da obra, comercializada a partir do ano de 1862: apesar dos vinte anos de distância, e da consequente revisão e aumento do número de verbetes, as informações referentes à sífilis parecem não ter sofrido alterações drásticas.

⁷⁰ CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular : em que se descrevem, em linguagem accommodada à intelligencia das pessoas estranhas à arte de curar : os signaes, as causas e o tratamento das molestias; os socorros que se devem prestar nos accidentes graves e súbitos*. 3. ed. Paris: Typ. de Julio Claye, 1862. p. 498-499.

⁷¹ *Ibidem*, p. 500-501.

da doença. A sífilis, segundo ele, manifestava-se a partir de dois conjuntos de sintomas, bastante diversificados e próprios a cada estágio da doença. O que ele denominava de “*syphilis recente ou leve*” correspondia, assim, à fase inicial do mal venéreo e tinha início logo após a contaminação pelo “vírus sífilítico”, adquirido por meio de relações sexuais ou pelo contato com a “matéria nociva”. A essa fase, após um período de tempo indefinido, advinham os sintomas daquilo que ele chamou de “*syphilis constitucional*”, potencialmente mais grave à saúde do enfermo. Para que se compreendam as especificidades desses quadros clínicos e, sobretudo, a experiência de um leitor oitocentista, é importante que se explique, interpretando as palavras do Doutor, os significados desses sintomas tão diversos.

Em sua fase inicial, a sífilis se apresentaria sob a forma de quatro sinais principais. O mais evidente deles, eram os “*cavillos*”, isto é, as pequenas ulcerações ou nódoas avermelhadas advindas de um contato contagioso que, passado algum tempo, originariam uma formação mais rígida e purulenta com uma superfície parda ou amarelada, de onde verteria um líquido fétido e rico em uma substância infectante; tanto em mulheres quanto em homens, essas protuberâncias, segundo o médico, manifestar-se-iam ao redor do ânus, na boca, nos membros superiores e inferiores, nos mamilos e, principalmente, nos órgãos genitais. O segundo sinal eram os “*esquentamentos*”, uma terrível ardência no canal condutor da urina acompanhada por uma secreção mucosa e fétida. O terceiro indício era o aparecimento de uma formação tumerosa nas virilhas, causada pelo inchaço dos gânglios linfáticos da região, a chamada “*mula*” ou “*bubão*”. Não bastassem esses incômodos, logo poderiam surgir pústulas avermelhadas e avantajadas sobre a pele e sobre os genitais, de onde, também, escorreria um líquido viscoso e malcheiroso. Esses quatro sintomas, porém, não eram comuns somente à sífilis: corrimento e ardores na uretra eram frequentes nos casos de gonorreia e o chamado “*bubão venéreo*”, por exemplo, poderia corresponder a outra doença de origem venérea que não a sífilis. Isso, sem dúvida, tornava bastante difícil o diagnóstico preciso da doença.

Antes de ter início a “*syphilis consecutiva*”, em indivíduos do sexo masculino, a sífilis recente poderia apresentar outros dois traços: o “*phimosis*” e o “*paraphimosis*”. Tal como se compreendem atualmente, essas situações poderiam ocorrer de maneira independente à moléstia venérea. Tratando-se de indivíduos infectados pelo “vírus sífilítico”, no entanto, esses quadros correspondiam, respectivamente, ao estreitamento não natural do orifício do prepúcio e ao estrangulamento incomum da base da glândula pelo prepúcio, ocasionados pela inflamação decorrente da doença. Transcorridos alguns meses ou anos após o surgimento desses sintomas iniciais, segundo Chernoviz, começariam a ter lugar outras manifestações da

doença: eram os desdobramentos da chamada “*syphilis consecutiva*” ou “*syphilis constitucional*”.

Resultantes da infecção interna, apontava o médico aos seus leitores, começavam a se formar as “*ulceras syphilisticas*”, nódos avermelhadas ou amareladas, redondas e profundas, que inchavam e se abriam em quase todas as regiões do corpo que, anteriormente, haviam, ou não, escapado aos “*cavillos*”: a garganta, a língua, as narinas, além de braços, pernas e genitais. Outras pequenas formações ulcerosas passavam a se fazer presentes ao redor e no interior do ânus, as chamadas “*rhagadias*”: essas, por sua vez, formavam fissuras que tornavam difíceis a execução das atividades mais cotidianas, como andar, sentar e montar a cavalo. Adivinham, em seguida ou simultaneamente, novas pústulas na pele do tronco e manchas de coloração acobreada, castanha ou arroxeadas que, após algum tempo, começavam a descamar. De repente, também passava a ocorrer a formação de pequenos tumores nos órgãos genitais: estruturas, chamadas de “*vegetações syphiliticas*”, cuja superfície apresentava-se dividida em sulcos ou ramificações. Por fim, a doença: atingia os nervos e os ossos, causando fortes dores e tumefações, sobretudo no crânio e nos braços; prejudicava a capacidade auditiva e levava à surdez; danificava os dentes e propiciava a formação da cárie dentária; lesionava o couro cabeludo e ocasionava a queda dos cabelos. Era, em resumo, um desfecho trágico e angustiante.

Nas entrelinhas desse exercício descritivo, Chernoviz fazia suas observações moralistas. Acerca das ulcerações anais, por exemplo, admoestava os seus leitores:

*Encontrão-se principalmente entre as pessoas a quem a depravação dos costumes inspira gostos contrarios ao fim da natureza*⁷²

Essa retórica moralizante revelava, por um lado, o quanto o discurso médico deixava-se contaminar ou contaminava as ideias relativas ao sexo e à sexualidade; por outro lado, era um indicativo mesmo da maneira como a sociedade imperial percebia e definia as relações sociais e comportamentais; condenando, marginalizando e patologizando as situações, os corpos e os sujeitos que escapavam à norma. Essas advertências feitas pelo médico pareciam indicar a existência não de um, mas de diferentes tipos de “enfermos sífilíticos”: é possível que vigesse, entre os profissionais da cura e a sociedade em geral, a ideia de que havia uma sífilis “merecida” e outra “não merecida”; uma que afetava aquelas e aqueles que levavam uma vida contrária aos paradigmas da época, e outra que atingia os indivíduos por meio da

⁷² Ibidem, p. 506.

linhagem, do uso de objetos pessoais e do contato corpóreo insuspeito ⁷³. Esses juízos que se faziam dos indivíduos enfermos associados à maneira como os sintomas eram descritos e o modo como a evolução da doença era compreendida pelo Doutor determinavam, consecutivamente, o tratamento da moléstia. A cada uma daquelas manifestações da sífilis, o médico recomendava alguma intervenção medicamentosa ou algum cuidado paliativo.

Para as ulcerações sífilíticas, Chernoviz aconselhava a utilização de substâncias emolientes, a realização de gargarejos com leite, cevada e mel e a aplicação de cataplasmas de linhaça. Para tratar as feridas anais, indicava, além do asseio, o uso de emolientes, pomadas mercuriais e a “pedra infernal”, nome dado ao nitrato de prata. Para aliviar as manchas e as nódulos, dizia serem úteis banhos de água salgada (do mar) e a aplicação de emulsões sulfuradas. Para eliminar as vegetações sífilíticas, listava uma série de soluções auxiliares ao tratamento principal: a aplicação de água mineral ou salgada, a cauterização com nitrato de prata, a laqueação com um fio ou a sua excisão. Para as dores ósseas e reumáticas, aconselhava alguma bebida ou medicamento que acalmasse os nervos do enfermo e desviasse a sua atenção do sofrimento, que costumava ser mais intenso à noite. Já, para evitar a perda total da audição, indicava a aplicação de “bichas” (sanguessugas) atrás das orelhas, o uso de vapores herbáticos e a aplicação de cáusticos na nuca. Todas essas orientações constituíam medidas acessórias à terapêutica geral da sífilis e, no mais das vezes, não deveriam substituí-la.

Tal como defendiam os mais proeminentes venereologistas da época, a principal intervenção medicamentosa sugerida pelo médico polonês constituía-se de compostos à base de mercúrio, que deveriam, segundo ele, serem ministrados de maneira adequada:

Dado no começo com mui bom exito esse metal perdera depois muita de sua reputação, por causa das grandes doses em que era administrado. O guaiaco, a raiz da China e a salsaparrilha, que lhe forão substituídos, tiverão nos primeiros momentos algumas vantagens; mas a sua inffluencia no maior numero dos casos obrigou a que se voltasse ás preparações mercuriales, que não tornarão a ser abandonadas, tendo a experiencia ensinado a dâ-las de maneira que se possam obter quasi constantemente seus effeitos salutarees sem que nunca se temão os accidentes que antigamente provocava a sua administração forte e mal dirigida ⁷⁴.

Muito antes das descobertas de Ricord, o mercúrio era utilizado indiscriminadamente no tratamento das moléstias venéreas. Seu uso excessivo, no entanto, acabava se tornando

⁷³ Segundo Carrara, a partir dos anos 1890, segundo os preceitos defendidos pelo sífilógrafo Alfred Fournier, passariam a existir, do ponto de vista da contaminação, duas sífilis: a “*pravorum*” e a “*insontium*”, a sífilis merecida e a sífilis imerecida. CARRARA, Sérgio. Op. cit., p. 145.

⁷⁴ CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. Op. cit., 1862. p. 514.

mais prejudicial e letal à saúde que a própria doença. As feridas cutâneas, as lesões hepáticas, as convulsões, as alucinações e a deterioração dos músculos e do sistema nervoso ocasionadas pela administração desregulada dos compostos hidrargíricos não compensavam, para muitos, os efeitos que eles tinham sobre os sintomas da sífilis. Defensor do metal, Chernoviz culpava os charlatões por insuflar esse medo a fim de vender tratamentos e medicamentos alternativos e pouco eficazes ao combate do mal venéreo. Para que nada de pior acontecesse, o médico indicava, aos seus leitores, a posologia adequada:

O mercurio administra-se externa e internamente. [...]. Internamente, o mercurio administra-se em pilulas, cuja composição varia muito. Eis-aqui uma das receitas mais simples e mais usadas:

*Mercurio Metallico.....2 oitavas (8 grammas)
Conserva de rosas.....3 oitavas (12 grammas)
Alcaçuz em pó.....1 oitava (4 grammas)*

Faço-se 144 pilulas (cada uma contem um grão de mercurio metallico). Ellas administrão-se nos primeiros dias, uma para cada dose, duas vezes por dia; no fim de cinco a seis dias a dose augmenta até que o doente tome tres por dia; cinco dias depois, dão-se quatro por dia, e continuão-se quatro por dia até o fim da cura dos symptomas da syphilis ⁷⁵.

Com a fórmula e a dosologia em mãos, o enfermo ficava menos suscetível a sucumbir às consequências desastrosas do mercúrio. Mas, se a confiança no metal continuasse abalada, o doente poderia recorrer a outro tipo de medicamento, o iodeto de potássio. Ao explicar minuciosamente a natureza desses compostos e as suas quantidades corretas, o Doutor compartilhava com o público leigo um conhecimento caro aos médicos e aos boticários diplomados. O que se estava difundindo, com esse tipo de exercício, não era apenas um saber, mas um “fazer” médico e farmacêutico ⁷⁶. Aliás, o que esses manuais disseminavam, por vezes, dizia respeito às próprias regras de convívio em sociedade: mais importante que conhecer o tratamento destinado à sífilis, para Chernoviz, era ter a ciência dos meios pelos quais ela era prevenida – além da “boa conduta” e da “moral sexual”, o uso de “saquinhos membranosos” que impediam o contato das partes sãs com as doentes e os lavatórios com água e sabão antes e depois das relações sexuais constituíam, para o médico, os meios mais adequados para se preservar da sífilis.

Em quase vinte páginas destinadas à abordagem do mal venéreo, a descrição da doença oferecida pelo médico representava um amálgama daqueles três princípios que, ao longo do

⁷⁵ Ibidem, p. 515.

⁷⁶ Daí, principalmente, vinha a bronca institucional com os autores desses manuais de medicina popular.

século, implicaram na definição do conceito de sífilis: mal eminentemente contagioso, causado por um “vírus” desconhecido, tratável com mercúrio e disseminado a partir do contato com os fluidos corporais do indivíduo infectado. Desse modo, aos poucos, aos olhos dos leitores oitocentistas, a sífilis ia fortalecendo o seu duplo estatuto: doença e estigma.

3.2 Queres uma segunda opinião, folheias um Raspail...

Formação acadêmica e trajetória profissional relativamente distintas das de Chernoviz tinha François Vincent Raspail. Membro da importante *Academiè* da Faculdade de Medicina de Paris, o químico e higienista francês editou a sua mais importante obra em 1845. Com o seu “*Manual de Saude ou Medicina e Pharmacia Domesticas*”, ele “*pretendia ensinar a todas as pessoas os métodos de cura e de conservação da boa saúde sem recurso a médicos e farmacêuticos, prescindindo da medicação e de todos os venenos*”⁷⁷. Ao lado dessas instruções e dessas observações preliminares, o francês também apresentava uma lista descritiva das principais doenças conhecidas, agrupando-as em nove classes conforme a sua natureza etiológica. Dadas as suas pretensões, ele despertava dois tipos de sentimentos diferentes em seus principais leitores, irritação e gratidão: de um lado, ele gozava de muito pouco apreço entre a comunidade médica (que o chamara, várias vezes, de fraude e charlatão); de outro, era muito respeitado e lido pela comunidade leiga da época.

Na contramão do discurso médico vigente, Raspail admoestava os seus leitores a abandonar a alopatia e os métodos oferecidos pela medicina (neo)hipocrática. Em seu “*Manual de Saude*”, apresentava a sua polêmica terapêutica. O livro, seccionado em três partes, dividido em quarenta capítulos e com duas seções, apresentava as causas das moléstias, ensinava o básico sobre a preparação e o emprego dos fármacos domésticos e explicava, com longas lições de moral, as causas, os sintomas e o tratamento das principais doenças conhecidas. Aliás, para ele, todos os males possuíam três causas diversas: causas naturais, causas físicas ou causas morais.

Somente acerca daquilo que chamava de “*molestias moraes*”, o francês, na quarta edição de seu manual, impressa em 1860, dedicava um capítulo inteiro. A fim de indicar os meios preventivos e curativos dessas doenças, ele afirmava:

⁷⁷ POMBO, Dulce. O Livro D’Ouro do Povo: O Sistema Médico de Raspail em Portugal no Século XIX. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. .4, 2011. p. 32.

*O deboche e a libertinagem voluntarios são observações moraes de gente que quer com o espirito, o que não tem a força de executar com os sentidos. É a blasphemia da impotencia, é o phrenesi da vergonha, é a irritação de um ser, que não tendo a força sufficiente para cumprir um dever, gasta o que lhe resta em dissimulá-lo*⁷⁸.

A sífilis, para Raspail, podia ser inscrita nesse rol de doenças. Combinando, às avessas, o que dizia a medicina acadêmica e a compreensão ética que se tinha das moléstias venéreas, ele apresentava, em um lustro de páginas, sua definição de sífilis, o tratamento dispensado à doença, os meios preventivos e o que ele acreditava ser a cura do mal venéreo. Para o químico,

*A syphilis é uma molestia que se dà pela comunicação pelo contacto das mucosas, ou da pelle escoriada, de um virus, que começa por se fixar em regiões determinadas, mas que pouco a pouco acabaria por infectar toda a economia, se a medicação não suspendesse os seus progressos. [...] seus efeitos são iodurações, manchas rubras, dispersas sobre o corpo; botões de um rubro arroxeadado, com uma aureola de um verde de máu agouro, affectando, segundo as superficies, fórmias variadas, em bubões, couve-flor, cristas de gallo, caneros etc., que apparecem no anus, ou em volta ás partes genitales; ulcerações de máu character; aphtas na boca; halito repugnante; bubões e inchamento dos ganglions lymphaticos, sobre tudo nas virilhas; movimentos musculares embaraçados e dolorosos [...]*⁷⁹.

Menos detalhista que Chernoviz e mais econômico na descrição da doença, o francês preocupava-se mais em informar os seus leitores acerca dos efeitos nefastos das medicações mercuriais: a maior parte dos sintomas atribuídos à sífilis, para o químico, seriam os resultados nocivos das intervenções hidrargíricas. Para se evitar esse verdadeiro “show” de horrores, Raspail listava uma série de recomendações profiláticas. Para se preservar da contaminação pelo “vírus sifilítico” e não precisar recorrer à metaloterapia, além de uma boa higiene, para ele, eram necessárias duas ações imprescindíveis: primeiro, que as mães de família exercessem sobre as suas filhas meninas “*a mais severa das vigilâncias*”; segundo, que os jovens meninos, ensinados pelos seus pais, não se tornassem “*uns infames pervertidos*”⁸⁰. Essas admoestações de Raspail, quase cômicas para um leitor dos dias atuais, estavam profundamente alinhadas com o pensamento popular da época, do qual eram devedoras.

Mas, e se, uma vez não seguidos esses conselhos, o individuo contraísse a doença; o que ele deveria fazer? Segundo Raspail, como os remédios à base de mercúrio eram um terrível veneno e não deveriam ser utilizados, em seu lugar, recomendava:

⁷⁸ RASPAIL, François Vincent. *Manual de Saude ou Medicina e Pharmacia Domesticas*. 4. ed. Lisboa: Typographia de M. da Madre de Deus, 1860. p. 43.

⁷⁹ Ibidem, p. 168.

⁸⁰ Ibidem, Loc. cit.

*deve-se lavar em muita agua, e com agua de alcatrão de preferencia; logo depois, envolvem-se as partes interior e exteriormente, segundo os sexos, com o pó de camphora, de que se supporta a pequena comichão, que passa em dois minutos; bebe-se um copo de agua com assucar salpicado com camphora, e temperada com duas ou tres gôtas de ether*⁸¹.

E se, mesmo assim, essas boas doses de água, cânfora, açúcar e éter não resolvessem o problema? Daí, dizia Raspail:

*se a infecção já está declarada, recorrer-se-há á medicação curativa. Todo o doente está auctorizado, da minha parte, a considerar d'ora avante como um envenenamento por imprudencia e por ignorancia o emprêgo de remedios mercuriaes internos ou externos. [...] Bastam tres vezes por dia tomar dois grãos de camphora, por meio de um copo de salsa-parrilha iodurada [...] ter as partes envolvidas continuamente em pomada camphorada de noite, e de dia em pó de camphora [...] applicar por dez minutos alcool camphorado sobre os cancrios e vegetações [...] e contra a febre, vinho generoso e agua sedativa*⁸².

Ao contrário do que defendia a “medicina científica”, recusando veementemente a utilização de medicamentos hidragíricos no tratamento das principais doenças descritas por ele, Raspail acreditava que o uso sistemático de loções e pomadas à base de cânfora, associadas ao “resguardo moral” do indivíduo bastavam para curá-lo desse mal venéreo. Apesar do relativo sucesso dos tratamentos mercuriais, Raspail não cedia, de jeito algum, aos seus encantos. Após condenar, enfaticamente, o uso do metal e propor um tratamento menos agressivo à saúde do enfermo, o cientista apresentava, aos seus leitores, o exemplo de um homem que, seguindo a receita prescrita por ele, viu-se “plenamente curado” do mal venéreo:

*Em quinze dias temos curado deste modo um lapidário com corpo inteiramente coberto de manchas do tamanho de um ceutil. [...] Todos os nossos amigos conhecem o caso de K. N... [...] Para o arrancar á influencia de sua parentela e do medico, tomou-se o pretexto da utilidade do ar do campo. Allí o submeti ao tratamento completo referido; e no primeiro dia fi-lo jantar conosco, e comer e beber como se estivesse bom; no fim de vinte dias trouxe-lo fresco e vigoroso ao seio de sua família*⁸³.

O químico não apenas se opunha à boa parte do que acreditava a intelectualidade médica do período, como também atuava de modo concorrente a esses profissionais. A fim de testar suas hipóteses, disse ter retirado da influência de sua família e de seu médico um homem que manifestava os sintomas da moléstia venérea: longe dos vícios da cidade grande e

⁸¹ Ibidem, p. 169.

⁸² Ibidem, Loc. cit.

⁸³ Ibidem, p. 170.

dos perigos farmacológicos, o sujeito, seguindo as recomendações propostas por Raspail, teria eliminado do seu corpo o “vírus sífilítico”. Atestando empiricamente a validade de seu tratamento, Raspail praticamente gritava a seus pares: “*Eu consegui! Um lapidário curado, e nada de mercúrio!*” Certamente, o homem, K. N., não estava curado; não se o seu problema fosse a sífilis: muito provavelmente, como indicavam as descobertas de Ricord, a doença apenas entrara em seu período de latência. Fosse verdadeiro, ou não, o relato apresentado pelo cientista animava quem o lia e ofertava uma esperança ao indivíduo desenganado pela terapêutica oferecida pela medicina acadêmica. Em um período de fortes embates entre as diferentes concepções de saúde e de medicina e de celeumas entre os variados agentes da cura, as palavras do químico francês soavam alto nos ouvidos das pessoas nos Trópicos, sobretudo nos ouvidos daqueles que pouco confiavam nos triunfos da medicina alopática.

Enfim, que Chernoviz e Raspail não concordavam em muitos aspectos, isso é evidente. Que ambos percebiam a sífilis, a partir dos discursos médico-científicos vigentes, de maneira nem tão consoante, também é bem verdade. Porém, apesar de suas falas concorrentes, em seus manuais, eles lograram estabelecer a circulação de duas versões do saber produzido e disseminado nas academias junto ao público leigo. Aliás, não somente o saber médico, mas também as discussões e disputas em torno desses conhecimentos: *mais do que suprir uma demanda do mercado, estas publicações contribuíram para o movimento de autorização do saber e discursos médicos; mesmo recebendo a oposição das instituições médicas, estes manuais populares cumpriram o papel de mediadores culturais*⁸⁴. Lendo-os, a população urbana e, sobretudo, interiorana do Brasil Império, dada à ausência de médicos ou a pouco confiável atuação desses profissionais diplomados, pôde estar ciente das principais descobertas sobre a sífilis, dos sintomas e dos meios de se prevenir da doença, e das formas mais comuns de tratá-la.

Desvendar o real impacto desses manuais junto à comunidade leiga do Império é uma empreitada que ainda merece atenção e esforços por parte dos historiadores. Algo que também pede a atenção desses seres, e que continua a ser negligenciado, é o modo como essas

⁸⁴ FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. Op. cit., 2005. p. 72.

doenças e esses doentes venéreos eram percebidos e se colocavam nas sociedades ocidentais do Oitocentos. Tendo concluída a análise da construção médico-científica do conceito da sífilis ao longo do século XIX, e investigado, ainda que brevemente, um meio de disseminação desse saber entre as parcelas leigas da população imperial, tenta-se, por fim, revelar um pouco mais sobre essa doença e sobre quem ela acometia em um determinado lugar e em um período específico do Brasil Oitocentista: uma Porto Alegre entre os anos de 1843 e 1853. Para tanto, lançando mão de uma investigação quantitativa, analisa-se os casos de pessoas que deram entrada na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, um dos mais importantes hospitais da província, a fim de: primeiro, com base nas informações registradas na documentação, tentar traçar um perfil do “enfermo sífilítico”; segundo, tentar perceber a ocorrência, ou não, dentro desse recorte temporal, de alguma mudança no tratamento ou no registro da doença na documentação ⁸⁵; e, terceiro, a partir de um rápido exercício comparativo, tentar estabelecer alguns paralelos, no tocante ao perfil do enfermo, entre o período que este estudo abarca e àquele que o historiador Daniel Oliveira dedica a sua atenção, o final do século XIX.

⁸⁵ Lembrando que esse período corresponde ao momento em que se começa operar uma inflexão na percepção e no tratamento dispensado à sífilis, com a singularização dessa doença venérea e a descoberta de seu desenvolvimento fásico.

4 UM PORTO ALEGRE OU DEVISSO? A SÍFILIS NAS ENFERMIARIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE (1843-1853)

O registro dos enfermos nas enfermarias da Santa Casa de Porto Alegre começou a ser realizado, de maneira sistematizada, a partir de outubro de 1843. Dessa época até o ano de 1853, mais de um milhar de pessoas solicitou os auxílios da instituição e centenas delas acabaram sendo inscritas no livro de matrícula como “enfermos sífilíticos”. Dessa época até o ano de 1853, no entanto, muitas transformações ocorreram: enquanto na arena médica, as notícias sobre as descobertas de Ricord, o conteúdo veiculado pelas teses e periódicos médicos e os conhecimentos difundidos pelos manuais de medicina faziam-se chegar ao sul do Império; nas arenas política, social e econômica, a Província de São Pedro se reorganizava após uma longa guerra travada contra o poder central.

A partir da nova conjuntura instaurada após 1822, o Rio Grande do Sul, segundo a historiadora Sandra Pesavento, manteve, em seu relacionamento com o poder central, “*uma situação de equilíbrio instável, baseada em laços de complementaridade e conflitos político-administrativos*”⁸⁶: estes laços tinham como nós o essencial componente militar-fronteiriço e a inserção da economia gaúcha como abastecedora do mercado interno. Após a independência da Província Cisplatina e a recuperação da produção charqueadora da região platina, porém, os interesses da elite sul-rio-grandense foram minados e os embates contra o centro aumentaram de forma inevitável. A agudização dessas tensões levou, em 20 de setembro de 1835, à deflagração da chamada Guerra dos Farrapos, o conflito que por mais tempo incomodou os regentes e o Imperador. Dentre os principais motivos que ocasionaram a eclosão da revolta estavam a péssima gestão dos recursos públicos, a centralização política, os elevados impostos cobrados pelo governo do Rio de Janeiro sobre o gado e o charque gaúchos e o relativo isolamento em relação ao poder central⁸⁷: os estancieiros, revoltados, defendiam uma política protecionista para seus produtos, que eram prejudicados pela concorrência do sal e do charque (de melhor qualidade) produzidos na Argentina.

Quase cinco anos após o seu início, a guerra, movida em prol dos interesses da elite pecuarista da província, começou a se estabilizar entre os anos de 1840 e 1842. Sob a promessa de liberdade, um número expressivo de escravizados fora arrematado para lutar ao lado dos farroupilhas, incrementando as tropas revoltosas. Muitos dos chamados lanceiros

⁸⁶ PESAVENTO, Sandra Jatahy. *A Revolução Farroupilha*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 38.

⁸⁷ *Ibidem*, p. 58-59.

negros seriam, no entanto, dizimados na polêmica Batalha de Porongos, em 1844. Entre 1843 e 1844, aliás, deu-se início o declínio farroupilha: as forças rebeldes observaram importantes cisões entre os seus chefes, e o Império, já tendo lidado com as demais revoltas provinciais, pôde se dedicar totalmente ao Rio Grande do Sul. Para a Província, fora mandado Luís Alves de Lima e Silva, futuro Duque de Caxias, que ofereceu, aos revoltosos, anistia geral e condições de paz “extremamente honrosas” aos “gaúchos”. Mediante a assinatura da Paz de Ponche Verde, em fevereiro de 1845, foi concedido aos estancieiros o direito de selecionarem o seu presidente; as dívidas da “República” foram assumidas pelo poder central; os generais farroupilhas acabariam sendo incorporados, com os mesmos postos, ao exército brasileiro; e seria aumentada, em 25%, a taxa sobre a entrada do charque estrangeiro no mercado brasileiro⁸⁸. Esse arranjo imperial não fora um regalo aos farroupilhas: para combater as contendas meridionais que se aproximavam e defender os seus interesses, o Império e os poderosos da província precisariam andar de mãos dadas.

Em larga medida, o período que este estudo abarca viu-se em meio às consequências imediatas desse conflito. No primeiro Relatório de Presidente de Província, após a guerra, datado de março de 1846, o Presidente Luís Alves de Lima e Silva, então Conde de Caxias, ao se dirigir aos membros da Assembleia Provincial e ao imperador, dizia:

A revolução que n'esta Província fizera sua explosão em 20 de setembro de 1835, por motivos que a historia algum dia relatará, adqueria na sua já tão longa duração novos incrementos, redobrava as suas expectativas e refazia suas forças, sem que nada anunciasse o fim de sua torrente [...]; desde logo encetei as operações, não só com o único meio de chamar os dissidentes á ordem, mas como um meio auxiliar da política de conciliação, que empregava, e que sempre empreguei em iguaes casos, para poupar sangue de irmãos. [...]. Offereço hoje em todo o seu vasto território, maior segurança do que se devia esperar. [...]. Os poucos assassinatos que tem havido só mancham a ultima classe da sociedade, degradada de todas as luzes da religião, e da civilização, e por causas tão animaes, e mesquinhas como a intelligencia dos bugres selvagens e dos escravos africanos que os commettem⁸⁹.

Em um tom conciliatório e autoelogioso, o presidente fazia crer que as tensões foram todas dissipadas, que as desavenças internas eram obra das populações indígenas e negras revoltadas e que o período que se seguia deveria ser destinado à reorganização da administração pública e a reformas que alavancassem o desenvolvimento da região. Certamente, essas palavras do Conde de Caxias não correspondiam a mais sincera das

⁸⁸ Ibidem, p. 64-65.

⁸⁹ Relatório do Presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Marechal de Campo Conde de Caxias, na abertura da primeira sessão da segunda legislatura à Assembleia em 1846. Disponível em: <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_grande_do_sul>. Acesso em: 01 out. 2016. p. 5-6.

realidades, mas cumpriam um importante papel na hora de barganhar com o poder central. Uma das principais preocupações do presidente, manifesta nesse relatório, dizia respeito à angariação de fundos para a construção de obras públicas (canais, pontes, estradas, cais, praças, instituições educacionais, teatros e presídios) e o cuidado dispensado à saúde na província, mais especificamente à condição da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, da qual ele havia sido provedor:

*Este pio Estabelecimento, que tanto ennobrece, e orna esta Cidade, muita honra faz á caridade Evangelica d'essas almas sublimes que, com esmolas, e zelo o instituíram em prol da humanidade enferma, e desvalida. No meio da corrupção do século, e no embate de paixões egoístas nunca faltam almas piedozas, [...] Poucos são os seus rendimentos certos, que mui diminuto é ainda o seu patrimonio: Casa de Caridade mantem-se á custo da caridade dos fieis, e assim vai recebendo, e dando*⁹⁰

Localizada em um ponto ao alto e longe do núcleo da cidade, para evitar os contágios, a Santa Casa atendia a qualquer pessoa: desde a população pobre, em geral, a presos, doentes mentais, idosos, inválidos e escravizados. Pelas suas enfermarias, passaram gentes de todas as cores, sexos, idades, estatutos e profissões; gentes das mais distantes regiões do Império e, mesmo, do mundo conhecido; gentes que, por alguma razão, resolveram confiar nos cuidados institucionais em um período em que a saúde e a doença ainda diziam respeito, principalmente, ao âmbito doméstico.

Tanto em nível regional, como o fim da guerra, quanto em nível mundial, como a proibição do tráfico transatlântico de escravizados para o Brasil, muitas coisas aconteceram entre os anos de 1843 e 1853. Sabendo-se que, durante esse período, uma das mais importantes transformações que ocorrera no campo da medicina fora a revolução conceitual por que começaram a passar as doenças venéreas, resta investigar, agora, quem eram os indivíduos que, em um dos mais importantes hospitais da cidade, receberam o diagnóstico de sífilis.

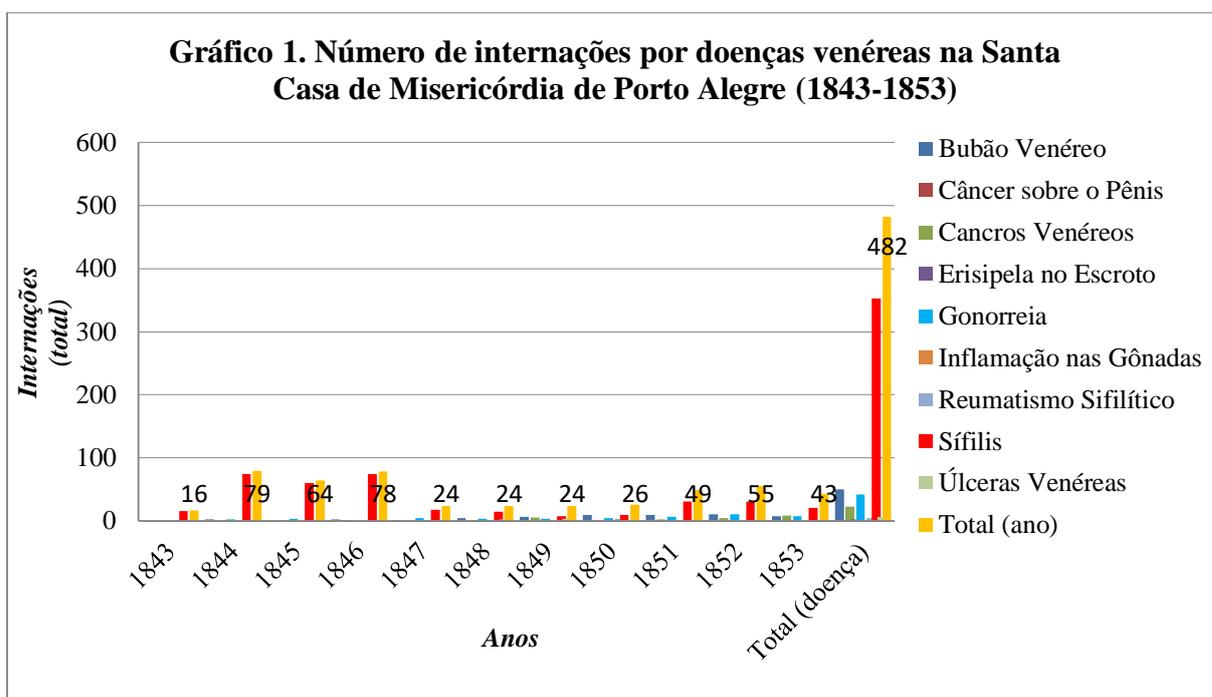
4.1 Os números e os sujeitos: enfermos venéreos nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853)

A fim de se traçar um perfil dos enfermos venéreos que passaram pela Santa Casa de Porto Alegre, no período estabelecido, recorreu-se às informações registradas no primeiro

⁹⁰ Ibidem, p. 17.

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, que apresenta dados referentes aos anos que se estendem de 1843 a 1856. Nesse documento, encontram-se informações essenciais a respeito de cada sujeito enfermo que ingressou na Santa Casa. Ainda que algumas informações sejam omitidas, pode-se identificar o nome de cada indivíduo; o seu número de entrada; o dia em que procurou atendimento e o dia em que deixou os cuidados da instituição; a sua naturalidade; a identidade, quando sabida, de seus pais; o seu estado civil; o seu estatuto; e outras, quando necessárias, pontuais observações relativas ao estado do doente, ao caráter (particular ou não) do seu ingresso na instituição, às condições sob as quais deixou a Santa Casa, ou ao seu eventual falecimento.

Analisando esse material pôde-se verificar que, entre 1843 e 1853, 461 pessoas que ingressaram nas enfermarias da Santa Casa de Porto Alegre foram inscritas como portadoras de alguma moléstia venérea.



Fonte: Anexo A – Tabela 1. Registro das entradas de enfermos por doenças venéreas na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853), p. 83.

Foram registradas ocorrências de “bubão venéreo”, “câncer sobre o pênis”, “cancros venéreos”, “erisipela no escroto”, “gonorreia”, “inflamação nas gônadas”, “reumatismo

sifilítico”, “sífilis” e “úlceras venéreas”. Quanto a esses registros ⁹¹, duas considerações fazem-se necessárias: seguindo o que indicavam os manuais de medicina popular da época, essas nove moléstias poderiam corresponder a doenças específicas ou, em alguns casos, a sintomas de outros males venéreos (o que torna uma missão complicada a sua precisa catalogação); por outro lado, outras doenças, como “surdez”, “uretrite” e “alienação mental”, por exemplo, poderiam corresponder a algum outro sintoma desses males venéreos (o que implicaria, por conseguinte, em uma alteração dos números totais computados). No gráfico da página anterior, pode-se acompanhar as quantidades anuais e total de entradas de enfermos venéreos na Santa Casa de Porto Alegre: os números coincidem com o total de inscrições, não excetuando o caso de enfermos que retornaram às enfermarias ao longo de alguns meses ou, mesmo, anos – isso foi o que ocorreu com cinco indivíduos diagnosticados com a presença de bubões venéreos em seus corpos e com dezesseis pessoas registradas como “enfermas sifilíticas”. Assim, levando em conta somente o número de enfermos, entre 1843 e 1853, passaram pelas enfermarias da Santa Casa 461 doentes venéreos.

No conjunto dessas moléstias, saltam aos olhos os casos de sífilis. A quantidade de enfermos acometidos por essa moléstia era muito superior ao dobro da soma de todas as demais doenças venéreas juntas: dito de outra forma, 73,1% desse montante correspondia àqueles sujeitos diagnosticados com sífilis. Em seguida, destacavam-se as ocorrências de bubões venéreos (9,77%), gonorreia (9,12%), cancrios venéreos (4,98%), úlceras venéreas (1,30%), reumatismo sifilítico (0,86%), erisipela no escroto (0,43%), câncer sobre o pênis (0,22%) e inflamação nas gônadas (0,22%). Dessas moléstias, ao longo da década verificada, mantiveram presença regular nos registros os casos de sífilis, bubões venéreos e gonorreia, as doenças venéreas mais incidentes naquele hospital de Porto Alegre.

Proporcionalmente, os anos de 1844, 1845 e 1846 verificaram a maior quantidade de entradas de doentes venéreos: muito em razão do elevado número de pessoas registradas com sífilis. O período entre os anos de 1847 e 1850, por seu turno, assistiu a um decréscimo na quantidade de entradas desses enfermos: ao passo em que ocorreu uma diminuição expressiva do número de pessoas diagnosticadas com sífilis, houve uma pequena elevação na quantidade de indivíduos registrados com outras moléstias venéreas. O último triênio, por fim, foi marcado por um novo aumento do número de casos de sífilis e pelo equilíbrio relativo das

⁹¹ As ocorrências, no Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, de “feridas sifilíticas”, “úlceras sifilíticas”, “cancros sifilíticos” e “venérea” foram adicionadas a esse cômputo como casos de sífilis. Da mesma forma, as ocorrências de “blenorragia” e “blenorreia” foram somadas aos casos de gonorreia. A fim de diferenciar as manifestações da sífilis em suas fases secundária ou terciária optou-se por destacar, nessa quantificação, os casos de reumatismo sifilítico.

quantidades de entradas de enfermos diagnosticados com alguma daquelas três doenças venéreas mais comuns no período.

Antes de comentar o que e quem esses números representavam, cabe refletir sobre o que determinava esses números. Seguindo a linha de raciocínio estabelecida, é bem provável que a ampliação dos conhecimentos relativos às moléstias venéreas tenham impactado a maneira como essas doenças apareciam nos registros. Se, entre 1843 e 1846, quase toda a afecção venérea era grafada, nos registros, como “*sypphilis*”; nos anos seguintes, passaram a se fazer mais presentes outras moléstias que, apesar de terem origem venérea, apresentavam características distintas daquelas apresentadas pela doença. A súbita redução do número de entradas de doentes acometidos pela sífilis, acompanhada pela elevação de outros tipos de enfermos venéreos parece indicar duas hipóteses: primeira, e menos provável, que o período referente aos anos de 1843, 1844, 1845 e 1846 foi marcado por uma epidemia de sífilis na província ou na capital; segunda, e mais interessante, que esse novo padrão na forma de catalogação dos males venéreos acompanhava, de certo modo, as discussões médico-científicas que ocorriam na Europa e no Brasil e que eram difundidas tanto pelo periodismo médico quanto pelos manuais de medicina popular, acessíveis a um conjunto mais amplo de sujeitos. Essa última hipótese, ainda que não possa ser comprovada neste texto, parece oferecer uma explicação plausível para a variação de padrões observada.

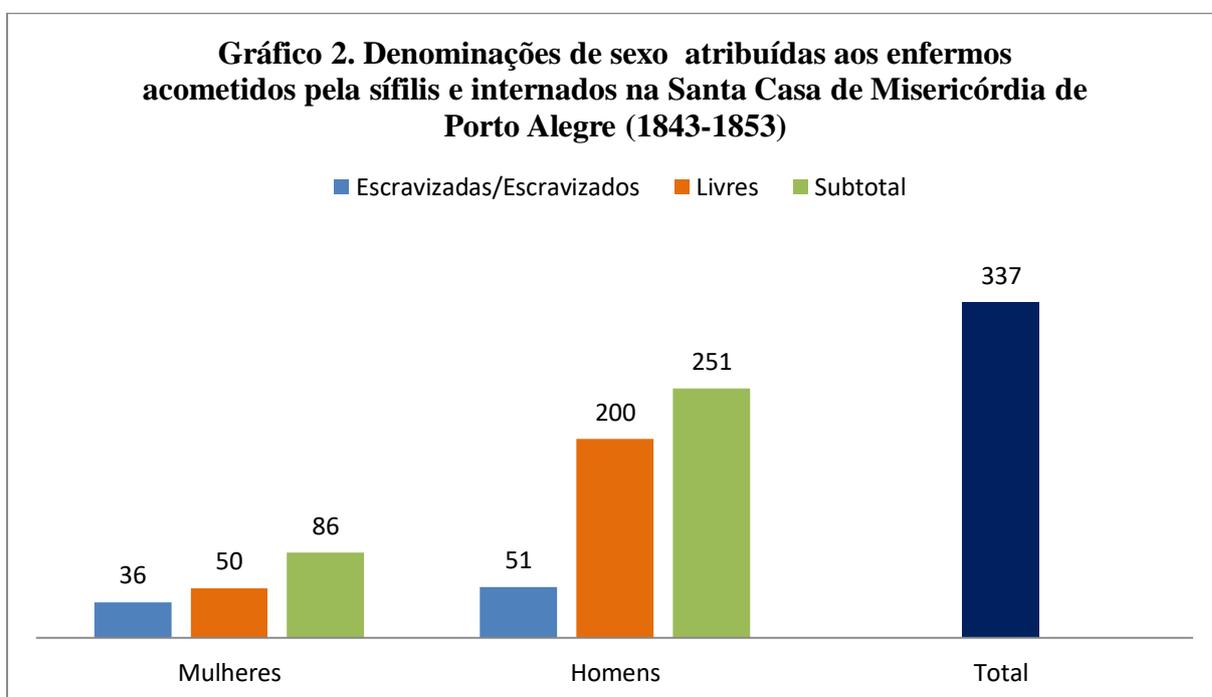
Fato é que, entre 1843 e 1853, em meio às transformações por que passava a sua compreensão, a sífilis foi registrada 353 vezes no Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, afetando 337 pessoas diferentes. Ao perscrutar as informações contidas nesse livro de registros, analisá-las e as comparar, chega-se a algumas conclusões bastante interessantes (e, inclusive, surpreendentes) sobre esses sujeitos acometidos pela moléstia venérea. Seriam todos eles uns devassos? Estariam livres desse vergonhoso mal as crianças e as senhoras idosas? E, mais, lembrando as palavras (regadas pelos preconceitos da época) que escrevera o presidente da província no relatório de 1846, estariam sob o jugo da doença somente as “*últimas e degradadas classes*” da sociedade sul-rio-grandense?

4.2 Os números e os sujeitos: o sexo e o estatuto dos enfermos acometidos pela sífilis

Ao longo de uma década, 337 pessoas foram internadas nas enfermarias da Santa Casa com o diagnóstico de “*Syphilis*”. Esse número (que, à primeira vista, comparado aos 1300

casos registrados unicamente no ano de 2014, poderia parecer uma ninharia a um observador desavisado) é bastante expressivo, pois diz respeito: primeiro, somente aos registros de um único hospital; segundo, em um momento em que as pessoas estavam apenas começando a vê-lo como um espaço propício ao tratamento e à cura de suas enfermidades; e, terceiro, em um período quando a população da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul e da cidade de Porto Alegre, somando-se as gentes livres e escravizadas, ainda era pouco abundante ⁹².

Entre os anos de 1843 e 1853, 86 mulheres e 251 homens foram inscritos como “enfermos sífilíticos” nos registros de entradas do hospital. Desse montante, a quantidade de pessoas livres excedia em mais de 280% o número de enfermos escravizados diagnosticados com a doença.



Fonte: Anexo C – Tabela 3. Denominações de sexo atribuídas aos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853), p. 85.

Comparadas, essas cifras ajudam a pôr em relevo duas informações pertinentes: por um lado, apontam uma imensa desproporção entre as quantidades de internações femininas e

⁹² Para os períodos que antecederam o censo de 1872, as informações relativas ao contingente populacional da Província e da sua capital são pouco numerosas e esparsas. Portanto, utiliza-se como base os dados estatísticos compilados pela Fundação de Economia e Estatística. Para o ano de 1846, sobre o qual as estatísticas demográficas apresentam-se mais completas, tem-se a estimativa de que, segundo as listas de paróquias e de delegados, a população livre de São Pedro do Rio Grande do Sul fosse algo em torno de 148 mil habitantes. Cf. FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS 1803-1950, Porto Alegre, 1981. p. 60.

masculinas; por outro, ao indicar que a maior parte dos enfermos venéreos era composta por indivíduos livres, permitem jogar por terra qualquer crença ou preconceito (vigente à época) de que as doenças venéreas comporiam um rol de mazelas específicas da população escravizada, ou, mesmo, que seriam males exclusivos ou particulares a determinadas parcelas da sociedade imperial.

O grande desequilíbrio proporcional entre os números de enfermos dos sexos feminino e masculino poderia fazer crer que, demograficamente, a província e a cidade comportariam muito mais homens que mulheres. Embora as estatísticas populacionais para esse período sejam pouco precisas e bem incompletas, sabe-se que esse não era o caso. No Relatório de Presidente de Província de 1847, o governante Manoel Antonio Galvão escrevia:

*A Secretaria está muito pobre de dados ainda os mais treviaes para organisar qualquer trabalho dos muitos que a Statistica comprehende: é imperfeitissimo o mappa da população que vos apresento [...]; desse quadro consta que a população livre é de 118:171 almas; que desse numero 59:277 pertencem ao sexo masculino, e ao feminino 58:804*⁹³.

Ainda que pouco confiáveis, as cifras informadas pelo presidente da província revelam que, pelo menos entre as parcelas livres da população, os números de homens e mulheres que habitavam São Pedro do Rio Grande do Sul eram bastante próximos, indicando quase um equilíbrio quantitativo. Consequentemente, um descompasso demográfico não correspondia à razão de haver um desequilíbrio tão considerável entre o número de enfermos acometidos pela sífilis de um sexo e de outro. Nas enfermarias da Santa Casa de Porto Alegre, a quantidade de homens que fora internados por conta da moléstia venérea, ao longo desses dez anos, conformava quase 75% do total indicado. Desta constatação, resta, então, a dúvida: por que razão o número de registros de mulheres contaminadas pela doença, nesses mesmos hospital e período, conformava, somente, algo em torno de 25% do total das internações?

Uma explicação plausível para esse fenômeno é oferecida pelo historiador Daniel Oliveira. Ao elaborar um perfil dos enfermos acometidos por doenças venéreas que receberam algum tipo de assistência nas instituições hospitalares de Porto Alegre (a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa), entre os anos de 1881 e 1892, ele se deparou com uma situação semelhante: para o historiador, essa discrepância seria

⁹³ Relatório do Presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Manoel Antonio Galvão, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 05 de outubro de 1847. Disponível em: <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_grande_do_sul>. Acesso em : 01 out. 2016. p. 14-15.

o indício da existência de “*uma cultura de saúde e cura diferenciada*”⁹⁴ para os corpos de mulheres e homens. Aos olhos populares, as afecções venéreas ainda eram vistas como moléstias secretas e vergonhosas. Em um período em que as concepções de corpo e de saúde continuavam atreladas a causas morais, seria bem possível que as mulheres recorressem a outras formas de cura que escapassem ao socorro institucional e que lhes fossem mais confiáveis, tais como aquelas oferecidas pelas “outras” medicinas. Outros dois motivos, também destacados pelo historiador, poderiam colaborar para que houvesse essa distância tão acentuada entre um percentual e outro⁹⁵: primeiro, é possível que parte dos homens internados no hospital tenha adquirido a doença por meio de relações sexuais com parceiros do mesmo sexo, infectados pela bactéria; segundo, é também possível que parte dos homens internados nas enfermarias tenha contraído a doença em outras localidades do Império ou do mundo, não tendo adquirido ou disseminado a doença na província.

Fato é que a maior parte dos doentes diagnosticados com sífilis, para o constrangimento daquela sociedade escravagista, eram indivíduos do sexo masculino, pobres e livres. Se, dentre as mulheres, cerca de 41,8% encontravam-se escravizadas; dentre os homens, somente 20,3% dos enfermos que passaram pelas enfermarias do hospital eram cativos. Mesmo que não se tenha em mãos, para este estudo, as estatísticas referentes à composição e à quantidade da população negra escravizada e livre que vivia na província ou na cidade de Porto Alegre, é possível afirmar, dada a essas largas discrepâncias percentuais, e tendo em vista fins meramente comparativos, que a sífilis acometia com mais frequência a população livre da província. Por outro lado, também seria possível inferir que à saúde dos escravizados era destinado outro tratamento que não envolvia o auxílio da medicina hospitalar: de fato, seria possível que aqueles senhores que tivessem em casa um manual de fazendeiro ou algum manual de medicina popular, por exemplo, preferissem cuidar dos cativos por conta própria; seguindo esse mesmo raciocínio, porém, também seria possível que tais senhores, dispendo dos mesmos livros, optassem por tratar suas mazelas e os males de seus entes mais próximos (todos eles, livres) recorrendo aos conselhos neles impressos e evitando, assim, uma internação nas enfermarias hospitalares – provavelmente, ambos, nesses casos, senhores e escravizados, não figurariam nos registros de entradas de enfermos da Santa Casa.

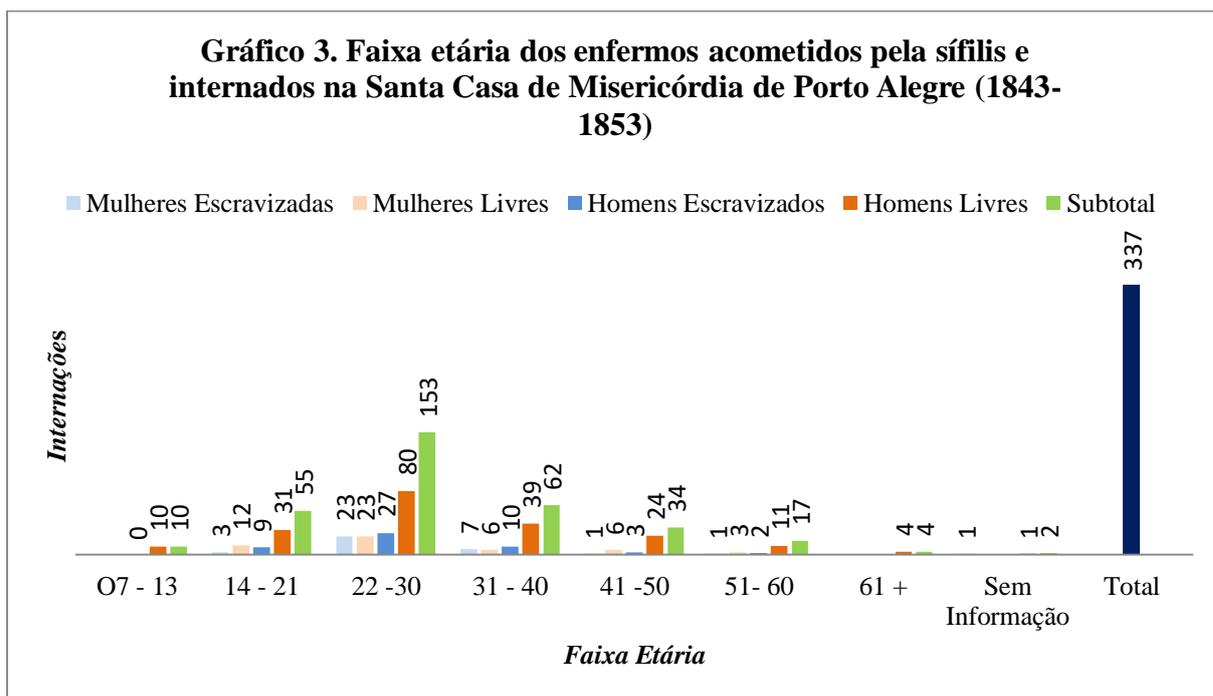
⁹⁴ OLIVEIRA, Daniel. Doença ou estigma social? Enfermos venéreas em hospitais de Porto Alegre no final do século XIX. *Revista Historiador*, v. 2, n. 2, 2009, p. 66.

⁹⁵ Cf. *Ibidem*, p. 67.

Ao longo da década, foram internados, por conta da sífilis, 87 mulheres e homens inscritos como “escravos” no livro de matrícula de enfermos. Ainda, outras seis pessoas dividiam-se entre alforriados e africanos livres. Entre a liberdade e a tutela, enfermos venéreos catalogados como africanos livres começaram a se fazer mais presentes, nos registros de entradas, a partir do final do ano de 1850. Esses eram os casos de Domingos e Caetano, dois jovens oriundos da Costa Africana.

4.3 Os números e os sujeitos: as idades dos enfermos acometidos pela sífilis

Entre 1843 e 1853, a sífilis acometeu, em sua maioria, jovens adultos com idades entre os 22 e os 30 anos. No entanto, conforme o que se tem registrado, crianças, adolescentes e idosos também foram vítimas da doença.

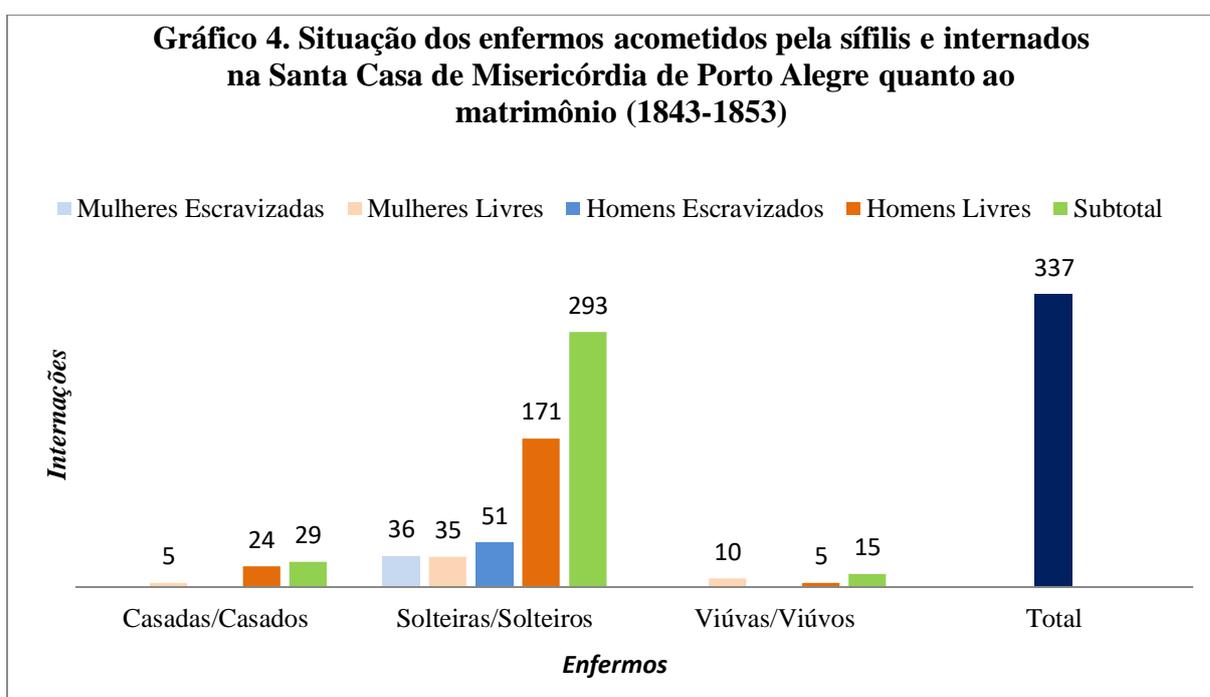


Fonte: Anexo E – Tabela 5. Faixa etária dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853), p. 87.

Das 337 pessoas acometidas pela sífilis, 46 mulheres e 107 homens tinham idades entre os 22 e os 30 anos. Essa faixa etária era comum, portanto, a 45,4% dos internados. Um segundo grupo de adultos, 13 mulheres e 49 homens, com idades entre os 31 e os 40 anos, correspondiam a 18,4% das internações. Outras 55 pessoas, 15 moças e 40 moços, apresentavam idades entre os 14 e os 21 anos. A essa faixa etária pertenciam 16,33% dos

enfermos. Dezesete pessoas, 4 mulheres e 13 homens, tinham algo em torno de 51 e 60 anos de idade. Essas pessoas correspondiam a pouco mais de 5% das internações. Nesse cômputo, não parecem ser menos relevantes, porém: (1) a quantidade de crianças e adolescentes e (2) o número de homens e mulheres mais velhas que à instituição foram levados ou pediram auxílio. Durante essa década, foi registrada, no livro de matrícula dos enfermos, a entrada de 10 meninos com idades entre os sete e os treze anos que eram, em sua maioria, expostos e pensionistas do trem. Essa quantidade de infantes, condizente a 2,96% do total de internações, leva a especular sobre a possibilidade de que, apesar de a documentação não revelar qualquer informação concreta sobre isso, parte considerável dessas crianças e jovens tenha contraído a sífilis no ventre de suas mães ou na hora do parto, desenvolvendo o que a literatura médica do século XIX chamava de heredossífilis. Nesse mesmo período, também, quatro pessoas, todas elas homens livres, com idades superiores aos 61 anos estiveram presentes nas enfermarias da Santa Casa por conta da doença venérea. É provável que, ao menos, alguns desses sujeitos, cerca de 1,2% de todos os internados, tenham convivido com a doença durante anos até ela entrar em seus períodos de latência e começarem, em seguida, a se manifestar os seus sintomas secundários e terciários.

Deslocando a atenção para o estado civil dessas pessoas, saltam aos olhos a relação desproporcional entre os números de casados e solteiros.



Fonte: Anexo G – Tabela 7. Situação dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre quanto ao matrimônio (1843-1853), p. 89.

A quantidade de pessoas solteiras, à primeira vista, é surpreendente. Eram 71 mulheres e 222 homens que representavam 86,94% do total dos enfermos acometidos pela sífilis que procuraram os auxílios da Santa Casa. Somente 8,61% dos internados, 29 sujeitos, 5 mulheres livres e 24 homens livres, constavam como “casados” nos registros; as 10 viúvas e os 5 viúvos, por sua vez, correspondiam aos 4,45% restantes. Se fosse ignorada uma importante consideração a ser feita, o número total de pessoas “desimpedidas” excederia em mais de 1000% a quantidade absoluta de pessoas casadas.

É bem provável, no entanto, que, dos 293 indivíduos solteiros, parte considerável mantivesse algum tipo de relacionamento, mais ou menos duradouro ou monogâmico, com outra pessoa sem que eles tivessem recebido, até então, as bênçãos da Igreja Católica. No Relatório do Presidente Luís Alves de Lima e Silva, em 1846, lia-se:

*Custa-me a expor-vos o que observei em alguns logares da Província nos dous annos em que, á frente do exercito, atravessei toda essa campanha: creanças, entrando já na adolescencia, sem ainda serem batizadas; familias inteiras, sem ja mais tinham assistido ao Sacrificio da Missa, e que pela primeira vez viram em nossos acampamentos, o sacerdote no altar, celebrando o Officio Divino para o Exercito: quantas uniões illicitas, e oppostas á moral publica, aos interesses sociaes, e á doutrina da Igreja; posso dizer em fim a auencia completa de todos os Sacramentos por falta de Ecclesiasticos e de Templos; e tambem por falta de zelo e de bons exemplos por parte de muitos Ministros da Religião [...]*⁹⁶.

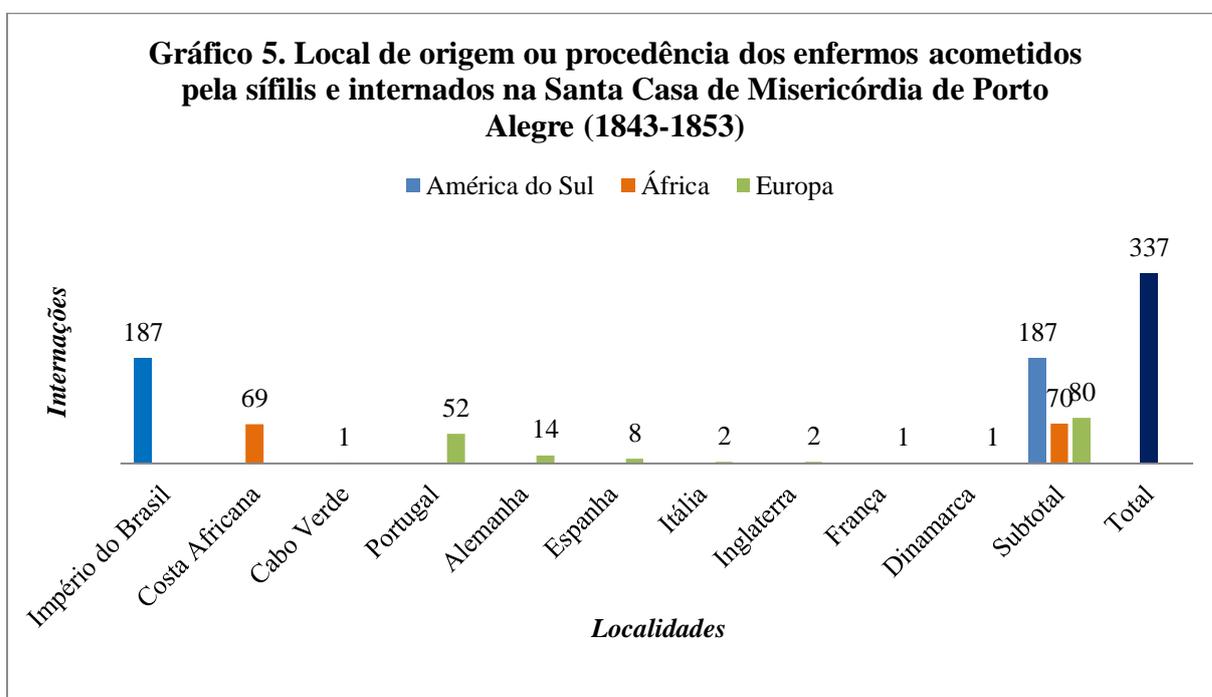
Pelo que escrevia o Conde de Caxias, o elevado número de gentes solteiras dizia respeito, em larga medida, ao vazio de párocos e de membros da Igreja Católica na Província, especialmente nas regiões interioranas. Não menos importante, também não se verificava o registro de matrimônio entre os enfermos escravizados desse período; muito embora houvesse, como já comprovara a historiografia, a formação de famílias escravas na Província desde antes do século XIX⁹⁷.

⁹⁶ Relatório do Presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Marechal de Campo Conde de Caxias, na abertura da primeira sessão da segunda legislatura à Assembleia em 1846. Op. cit., p. 7.

⁹⁷ Cf. PETIZ, Silmei de Sant’Ana. Parentesco e Famílias Escravas, Rio Grande de São Pedro, 1750-1835. In: *Vestígios do Passado, a história e suas fontes: anais do IX Encontro Estadual de História ANPUH-RS*, 2008, Porto Alegre. IX Encontro Estadual de História - ANPUH-RS, 2008, p. 1-14. Disponível em: <http://eeh2008.anpuh-rs.org.br/resources/content/anais/1212197761_ARQUIVO_textoANPUH2008.pdf>. Acesso em: 03 out. 2016.

4.4 Os números e os sujeitos: as procedências dos enfermos acometidos pela sífilis

Naturalmente, como toda cidade portuária, a capital da Província recebia um contingente significativo de pessoas oriundas de várias partes do Império e, mesmo, do mundo. Muitos desses indivíduos traziam consigo, porém, algo além de suas bagagens e mercadorias. Entre 1843 e 1853, 80 estrangeiros europeus, pelo menos, foram internados nas enfermarias da Santa Casa com o diagnóstico de sífilis; o mesmo ocorreu com outras 70 pessoas que, vítimas do tráfico transatlântico, vieram da Costa Africana ou de Cabo Verde, então colônia portuguesa.

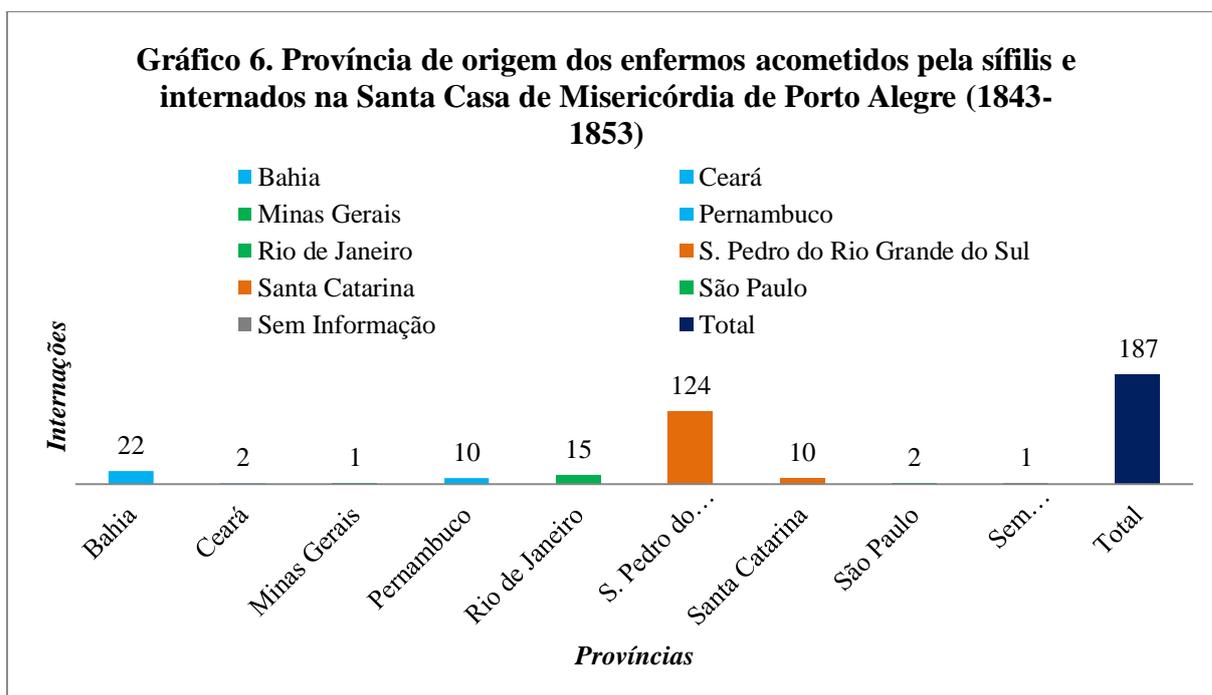


Fonte: Anexo I – Tabela 9. Local de origem ou procedência dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853), p. 91.

De um total de 337 enfermos, aproximadamente 44,5% eram estrangeiros, imigrantes europeus ou escravizados trazidos do continente africano. Desse montante, parcela significativa deve ter chegado à cidade já infectada pela doença; outra parcela, há mais tempo no Império, deve ter contraído o mal venéreo na província ou em outra localidade do Brasil; e ambas, possivelmente, podem ter disseminado a sífilis entre outros grupos populacionais. Dentre o contingente europeu, destaca-se o número de portugueses: vindos, principalmente, de Lisboa, de Braga e do Porto eles somavam 65% dos “enfermos sífilíticos” provenientes da

Europa. Acrescidos aos lusitanos, apareciam nos registros os germânicos (17,5% dos enfermos europeus, 9,33% dos enfermos estrangeiros e 4,15% dos enfermos registrados como “sifilíticos”); os espanhóis (10 % dos enfermos europeus, 5,33% dos enfermos estrangeiros e 2,37% dos enfermos registrados como “sifilíticos”); as pessoas vindas da Península Itálica (2,5 % dos enfermos europeus, 1,33% dos enfermos estrangeiros e 0,6% dos enfermos registrados como “sifilíticos”); os ingleses (2,5 % dos enfermos europeus, 1,33% dos enfermos estrangeiros e 0,6% dos enfermos registrados como “sifilíticos”); o francês (1,25% dos enfermos europeus; 0,67% dos enfermos estrangeiros e 0,3% dos enfermos registrados como “sifilíticos”); e o dinamarquês (1,25% dos enfermos europeus; 0,67% dos enfermos estrangeiros e 0,3% dos enfermos registrados como “sifilíticos”).

Os brasileiros foram responsáveis pelas demais 187 internações. Aos cuidados da Santa Casa, recorreram, tal como o fizeram os habitantes da cidade e de outras municipalidades de São Pedro do Rio Grande do Sul, enfermos de outras sete regiões do Império.



Fonte: Anexo K – Tabela 11. Província de origem dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853), p. 93.

Conforme consta nos registros de entradas, Bahia, Rio de Janeiro, Pernambuco e Santa Catarina foram as regiões do Império de onde procedeu o maior número de enfermos acometidos pela sífilis. De Salvador e da capital imperial, foram internadas 30 pessoas com os

sintomas da moléstia venérea, algo em torno de 16% do total de enfermos brasileiros e de 9% dos enfermos em geral. Parte importante desses doentes dizia respeito a escravizados, cuja incidência nos registros acentuou-se a partir do final do ano de 1850: durante a década, doze mulheres e homens escravizados, vindos da Bahia, do Rio de Janeiro, do Ceará e de Santa Catarina foram levados à Santa Casa por conta da sífilis.

A maior parte dos enfermos, no entanto, eram mulheres e homens nascidos na própria Província. De São Pedro do Rio Grande do Sul, deram entrada nas enfermarias do hospital 124 pessoas, que representavam 66,32% dos enfermos brasileiros e 36,8% de todos os doentes diagnosticados com sífilis. Eram 41 mulheres e 83 homens, que, entre 1843 e 1853, recorreram aos cuidados da medicina institucional.

4.5 As observações e os sujeitos: das senzalas às casas-grandes, do Arsenal às celas, dos navios às ruas, das ruas aos lares...

Quaisquer informações mais detalhadas a respeito dos doentes venéreos registrados no primeiro Livro de Matrícula Geral dos Enfermos são muito difíceis de serem obtidas. Tendo em mãos esse documento da Santa Casa de Porto Alegre, no entanto, ver-se-á que na última coluna à direita há um espaço destinado às observações. Nesse canto, eram escritas informações relativas ao caráter do ingresso do enfermo na instituição (particular ou não) e, muito ocasionalmente, a sua condição na sociedade imperial. Por meio desses breves e fortuitos registros, pode-se especular sobre a situação e as profissões de alguns grupos de enfermos acometidos pela sífilis.

Se, a respeito das mulheres quase nada se pode especular, sobre aqueles 251 homens enfermos, sabe-se que 23 eram presos civis ou públicos; 17 eram marinheiros (13 deles provenientes das cidades de Porto e de Lisboa); 14 eram pensionistas do arsenal ou do trem (em sua maioria, crianças e jovens expostos); e 13 faziam parte do corpo de polícia. Contrariando o que muitos pensavam na época, a doença atingia indiscriminadamente a população da província, independente da idade, do sexo, da cor, da origem ou da classe social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O século XIX foi, realmente, “a era de ouro” da medicina: durante esse período ocorreu não somente a instauração de uma nova mentalidade e de um novo saber e fazer médicos, como se logrou revolucionar os conhecimentos sobre o mundo das doenças e da cura. Desse processo, não escaparam as doenças venéreas. Graças à atuação, e às disputas pelos lugares de fala e de autoridade, dos médicos venereologistas e sifilógrafos, a sífilis passou a ser percebida como algo mais que um conjunto de sintomas e a ser encarada como um sério problema coletivo. Durante, especialmente, as décadas de 1840 e 1860, as descobertas desses profissionais, principalmente as de Ricord, contribuíram para a singularização e a definição desse mal venéreo.

No transcurso do século XIX, três importantes modos de se pensar o fazer médico impactaram tanto a maneira como a medicina era pensada como os meios pelos quais se conhecia e compreendia as doenças. A esse processo, que se chamou de revolução conceitual, uma moléstia há muito conhecida pelos seres humanos transformou-se no objeto de análises mais rigorosas, o tema de debates, o foco de polêmicas e celeumas entre os membros da comunidade médico-científica e o cerne de políticas sanitárias que movimentaram a disposição e o empenho coletivos de autoridades políticas, segmentos sociais e agentes de saúde. A sífilis, durante o período, foi alçada ao posto de grave problema sanitário. Atingindo de maneira indiscriminada diversos setores das sociedades rurais e urbanas ocidentais, a moléstia revelou-se, até as décadas finais do Oitocentos, como um sério problema que demandava a atuação de um grupo, cada vez mais influente e respeitado, de especialistas.

A partir de uma abordagem empírico-terapêutica, a sífilis passou a ser compreendida como um conjunto amplo e diversificado de sintomas que cediam mediante a ação de compostos à base de mercúrio. Ainda que reduzisse a moléstia a uma soma de sintomas e características gerais, esse entendimento a respeito do mal venéreo enquanto uma doença passível de ser tratada e, até que fossem levantadas críticas à metaloterapia, curada por meio de uma ação medicamentosa particular colaborou para transformar a sífilis em uma questão e em um objeto de análise, eminentemente, médicas. Por este princípio, a doença passou a ser explorada de maneira mais racional e com os aportes oferecidos pela ciência moderna.

A partir da década de 1830, a moléstia começaria a ser compreendida como algo além desse conjunto de sintomas generalizantes. Em 1837, o médico Philippe Ricord, descreditando a teoria unicista, demonstrou que a sífilis e a gonorreia eram moléstias

distintas e que a primeira, muito peculiarmente, desenvolvia-se em três estágios intercalados por períodos de latência e diferentes em termos de manifestação sintomática. Um dos nomes mais importantes da chamada venereologia, Ricord, que migrara dos Estados Unidos para a França em 1820, conseguiu, como ninguém tinha feito até então, desvendar as principais manifestações clínicas da doença, explicar o caráter polissintomático e multifásico da moléstia, estipular um diagnóstico diferenciado e indicar uma intervenção medicamentosa específica. Ao fazê-lo, lançando mão daquilo que Fleck denominou de “um princípio patológico-experimental” de análise, o médico deu início ao processo de revolução por qual passou o conceito da sífilis ao longo do século. Assim, ao mesmo tempo em que se tornava evidente o fato de que a sífilis era uma doença grave (e não, meramente, um castigo à falta de pudor como poderia se acreditar), operava-se uma importante transformação na própria compreensão vigente sobre o contágio e a transmissão da moléstia, impactando decisivamente: as maneiras como a população, em geral, e a intelectualidade médico-científica da época, em especial, percebiam a doença e lidavam com o enfermo acometido por ela; e os meios e modos como foram pensadas, articuladas e implementadas as várias medidas relativas ao combate da doença, sobretudo a partir da virada do século.

Algo, porém, permaneceria oculto aos olhos e ao entendimento dos médicos oitocentistas: o *Treponema pallidum pallidum*, o agente biológico causador da sífilis. A maior parte da intelectualidade médico-científica do período sustentava a existência e a manifestação de um “vírus sífilítico”; algo que, apesar de ter sua natureza desconhecida, tinha o poder de corromper e perturbar o sangue e todos os líquidos do corpo enfermo, alastrando-se e contaminando todo o organismo da pessoa infectada. A ideia de que o sangue possuía um caráter corruptível e outro corruptor dizia respeito a uma percepção patogênica da doença e determinou, em larga medida, a surgimento e a consolidação de uma área médica destinada a investigar as manifestações clínicas da doença e a estudar medidas profiláticas e terapêuticas contra o mal venéreo, a sifilografia.

A partir das descobertas de Ricord, no final dos anos 1830, as doenças venéreas passaram por um processo duplo de singularização e de renovação conceitual que impactou profundamente a forma como a medicina científica pensava esses males. Esses saberes, de uma forma ou de outra, também se fizeram disseminar entre as parcelas urbanas e rurais das sociedades ocidentais. No vasto Império do Brasil, onde predominavam diferentes concepções de doença e de cura, esses conhecimentos foram amplamente difundidos por meio dos chamados “manuais de medicina popular”, escritos por médicos ou por influentes autoridades científicas. Como não poderia ser diferente, a maioria dos manuais de medicina popular,

escritos a partir de meados do século XIX, acompanharam e contemplaram os avanços da medicina acadêmica, traduzindo (e/ou rechaçando) o saber médico em linguagem acessível aos seus leitores leigos. À sífilis, doença venérea que mais acometia a população livre e escravizada do Império, Chernoviz e Raspail dispensavam páginas e mais páginas explicando os sintomas, prescrevendo medidas preventivas, descrevendo a evolução do mal e sugerindo os possíveis tratamentos, medicamentosos ou não, aplicáveis à doença. Enquanto o famoso Doutor Chernoviz, médico polonês que fizera nome e sucesso no Brasil, oferecia uma definição da doença, mais ou menos, bem alinhada com o discurso médico vigente; o polêmico químico francês, François Vincent Raspail, admoestava aos seus leitores, junto a recorrentes digressões e longas lições de moral, a recusa aos tratamentos mercuriais e à terapêutica tradicional. Essas produções, alvos de críticas por parte da medicina institucionalizada, ao mesmo tempo em que auxiliavam os sujeitos no cuidado com a saúde, eram o fruto do pensamento, dos vícios e dos preconceitos da época: eram uma ponte entre os saberes médicos e populares.

Com um manual em mãos, bem se sabe, a pessoa poderia abster-se de procurar os auxílios da medicina acadêmica ou científica, pouco digna de confiança à época. No entanto, não foram poucos os sujeitos que, no sul do Império Brasileiro, em uma importante cidade portuária, recorreram aos cuidados de uma das mais importantes instituições do período, a Santa Casa de Misericórdia. Entre 1843 e 1853, centenas de pessoas foram internadas nas enfermarias do hospital, vítimas de alguma moléstia venérea. Dos 461 indivíduos registrados como enfermos venéreos, 337 tinham sido infectados pelo *Treponema pallidum pallidum*,

Os dados reunidos nos gráficos e apresentados no último capítulo permitem que se pense acerca de quatro pontos importantes: o sexo e o estatuto dos enfermos; a sua faixa etária; a correlação entre a idade e o sexo do internado; e a relação numérica entre os pacientes dos sexos masculino e feminino. Entre 1843 e 1853, o hospital acolheu 251 pacientes homens e 86 mulheres enfermas que apresentaram os sintomas da sífilis em algum dos seus estágios. A idade de parte considerável desses pacientes, cerca de 45% do total de enfermos, era algo em torno dos 22 aos 30 anos. Não parecem ser menos relevantes, porém, (1) a quantidade de crianças e adolescentes e (2) o número de homens e mulheres mais velhas que à instituição foram levados ou pediram auxílio. Durante essa década, foi registrada, no livro de matrícula dos enfermos, a entrada de dez meninos, e de um pouco mais de cinquenta moças e moços bastante jovens. Talvez, no entanto, o que mais salte aos olhos do leitor seja o desequilíbrio entre o número de enfermos homens e mulheres que o hospital atendeu durante

o período ⁹⁸. Pensando o final do século, pode-se sugerir duas explicações plausíveis para esse fenômeno: por um lado, era possível que os aspectos morais discriminatórios relacionados a esses males afastassem as mulheres desses espaços institucionais; por outro, quase que por consequência do primeiro motivo, haveria a possibilidade de parte significativa das mulheres procurarem formas distintas de cura ⁹⁹. Apesar do distanciamento temporal, essas razões poderiam ser o motivo dessa desproporção entre os pacientes do sexo masculino e feminino verificada entre os anos de 1843 e 1853.

Como se pôde notar, durante o período investigado, a sífilis atingia, predominantemente, para o constrangimento de uma sociedade escravagista, a população livre e pobre ¹⁰⁰ da província. Mais de 74% dos “enfermos sífilíticos” que deram entrada nas enfermarias da Santa Casa eram livres. Para o espanto dos “bons senhores” e das “vigilantes senhoras”, fica claro que a sífilis não preferia aqueles que eles julgavam ser “degenerados”: comparativamente, ainda que fosse considerável a quantidade de presos (civis e públicos) acometidos pelo mal venéreo, também o era o montante de marinheiros e de homens da polícia. Essas proporções desequilibradas tenderam a se manter até o fim do Oitocentos: nas últimas décadas do século, enquanto 609 pessoas brancas foram diagnosticadas com a sífilis, somente 182 indivíduos negros acometidos pela mesma doença ingressaram na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ¹⁰¹.

Ainda que muito reste a ser investigado e que muitas perguntas escapem à análise proposta neste texto, essas breves reflexões ajudam a compreender quem eram os sujeitos que, no sul do Império, viam-se acometidos pela sífilis, doença tão mal vista e tão vista. Ajudam, também, a descortinar os preconceitos e o caráter, por vezes, contraditório de uma sociedade escravista.

⁹⁸ Esse desequilíbrio, vale lembrar, não poderia ser explicado em termos demográficos, visto que população era quase perfeitamente equilibrada, em termos numéricos, entre homens e mulheres.

⁹⁹ OLIVEIRA, Daniel. Op. cit., p. 67.

¹⁰⁰ Cabe recordar que, dada a sua natureza assistencial, as Santas Casas atendiam gratuitamente toda a população que não podia arcar com os custos da internação e do tratamento. Além disso, a categoria social “pobre”, no contexto imperial, era muito ampla e flutuante, abarcando um leque de diferentes profissionais urbanos e rurais.

¹⁰¹ OLIVEIRA, Daniel. Op. cit., p. 70.

FONTES IMPRESSAS

●Biblioteca Irmão José Otão (Pontifícia Universidade Católica, PUC-RS)

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular : em que se descrevem, em linguagem accommodada à intelegencia das pessoas estranhas à arte de curar : os signaes, as causas e o tratamento das molestias; os socorros que se devem prestar nos accidentes graves e subitos ...* 2. ed. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert, 1851.

_____. *Dicionário de medicina popular: em que se descrevem, em linguagem accommodada à intelegencia das pessoas estranhas à arte de curar : os signaes, as causas e o tratamento das molestias; os socorros que se devem prestar nos accidentes graves e súbitos.* 3. ed. Paris: Typ. de Julio Claye, 1862.

● Centro de Documentação e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 1, 1843 – 1855. CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

● Reserva Técnica do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul

RASPAIL, François Vincent. *Manual de Saude ou Medicina e Pharmacia Domesticas.* 4ª ed. Lisboa: Typographia de M. da Madre de Deus, 1860.

FONTES DISPONÍVEIS EM MEIO ELETRÔNICO

BRASIL. *Lei de 03 de Outubro de 1832.* Dá nova organização ás actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-norma-pl.html>. Acesso em: 12 set. 2016.

Relatório do Presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Marechal de Campo Conde de Caxias, na abertura da primeira sessão da segunda legislatura à Assembleia em

1846. Disponível em: <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_grande_do_sul>. Acesso em: 01 out. 2016.

Relatório do Presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, Manoel Antonio Galvão, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 05 de outubro de 1847. Disponível em: <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_grande_do_sul>. Acesso em: 01 out. 2016.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria José Saenz Surita Pires de. *Dos prazeres venéreos à Diabólica moléstia: O general José Vieira Couto de Magalhães diante da sífilis no final do século XIX*. 2016. 139 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós Graduação em História, Departamento de Pós-graduação em História, FFLCH-USP, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-16082016-152002/en.php>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

AVELLEIRA, João Carlos; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 2, p.111-116, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2016.

BASILE, Marcello. O laboratório da nação: a era regencial (1831-1840). In: GRINBERG, Keila e SALLES, Ricardo. *O Brasil Imperial*, volume II: 1831-1870. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, p. 53-119.

BELDA, Walter Júnior; SHIRATSU, Ricardo; PINTO, Valdir. Abordagens nas doenças sexualmente transmissíveis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 151-159, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. *Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso*. 2 ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

COELHO, Nivaldo. No Sul, 40% da população não usou preservativo com parceiros casuais. *Agência Saúde*, Brasil, 10 fev. 2015. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) – MS, Brasil. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16533-no-sul-40-da-populacao-nao-usou-preservativo-com-parceiros-casuais>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

DIAS, Maria Odila da Silva. *A interiorização da metrópole e outros estudos*. São Paulo: Alameda, 2005.

EDLER, Flavio Coelho. A Medicina Brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Madrid, v. 2, p. 170, 1998. Disponível em: <asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/download/341/339>. Acesso em: 25 mai. 2016.

_____. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. 1992. 275 f. Tese (Mestrado) - Curso de História, Departamento de Pós-graduação em História, FFLCH-USP, São Paulo, 1992. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=192718&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 maio 2016.

FARIAS, Rosilene Gomes. Pai Manoel, o curandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, p.215-231, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500012>. Acesso em: 23 mai. 2016.

FERREIRA, Luiz Otávio. João Vicente Torres Homem: descrição da carreira médica no século XIX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, 1994, p. 57-78.

_____. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, p.331-351, 1999.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000300006>. Acesso em: 05 maio 2016.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A Arte de Curar*. Cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

_____. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. *Educar em Revista*, Curitiba, v. 25, p. 59-74, 2005.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS 1803-1950, Porto Alegre, 1981

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 501-514, 2005.

_____. *Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império*. 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História das Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em História das Ciências da Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6128/2/41.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

_____. Os Manuais de Medicina Popular de Chernoviz na Sociedade Imperial. *Revista Cantareira*, Niterói, v. 1, n. 5, p. 1-20, 2004. Disponível em: <<http://www.historia.uff.br/cantareira/v3/wp-content/uploads/2013/05/e05a04.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.

HOBBSAWM, Eric John. *A Era das Revoluções: 1789-1848*. 35. ed. São Paulo : Paz e Terra, 2015.

_____. *A Era dos Impérios: 1875-1914*. 9. ed. rev. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2005.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. In.: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010, vol.18, n.3, p. 459-466. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010411692010000300023>>. Acesso em: 15 jul.2016

LE GOFF, Jacques. *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985.

LONER, Beatriz Ana et al. Enfermidade e morte: os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, p. 133-152, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500008>. Acesso em: 23 mai. 2016.

MATTOS, Hebe. História Social. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo.(Orgs.). *Domínios da História: Ensaios de Teoria e Metodologia*. Rio de Janeiro: CAMPUS, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Relume Dumará, 1998.

MIRANDA, Cybelle Salvador et al. Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, p. 1-15, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/hcsm>. Acesso em: 10 abr. 2016.

MOREL, Marco. *O período das Regências (1831 - 1840)*. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

OLIVEIRA, Daniel. Doença ou estigma social? Enfermos venéreos em hospitais de Porto Alegre no final do século XIX. *Revista Historiador*, v. 2, n. 2, p. 57-78, 2009.

PANCRÁRIO, Paulo Jorge Moura Pires. *História da Medicina Internacional no século XIX*. Porto: Universidade do Porto, 2012, 33f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2012.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *A Revolução Farroupilha*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

PETIZ, Silmei de Sant'Ana. Parentesco e Famílias Escravas, Rio Grande de São Pedro, 1750-1835. In: *Vestígios do Passado, a história e suas fontes: anais do IX Encontro Estadual de História ANPUH-RS*, 2008, Porto Alegre. IX Encontro Estadual de História - ANPUH-RS, 2008, p. 1-14. Disponível em: <http://eeh2008.anpuh-rs.org.br/resources/content/anais/1212197761_ARQUIVO_textoANPUH2008.pdf>. Acesso em: 03 out. 2016.

PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855)*. 2003. 256 f. Tese (Doutorado) - Curso de História, Departamento de Pós-graduação em História, IFCH-UNICAMP, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000300841>>. Acesso em: 01 maio 2016.

POMBO, Dulce. O Livro D'Ouro do Povo: O Sistema Médico de Raspail em Portugal no Século XIX. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p.32-44, 2011.

PORTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, p.1019-1027, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000400013. Acesso em: 23 mai. 2016.

QUÉTEL, Claude. *Le mal de Naples: histoire de la syphilis*. Paris: Seghers, 1986.

SONTAG, Susan. *Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro : Graal, 1984.

XAVIER, Regina Célia Lima. *Religiosidade e Escravidão, século XIX: Mestre Tito*. 1. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na república Rio-Grandense - 1889/1928*. 1997. 345 f. Tese (Doutorado) - Curso de História,

Programa de Pós-graduação em História, Ifch-unicamp, Campinas, 1997. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000115316&fd=y>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

WEISSHEIMER, Marco. Porto Alegre teve 1300 casos de sífilis em 2014. *Jornal Sul 21*, Porto Alegre, 6 jul. 2014. Disponível em: < <http://www.sul21.com.br/jornal/porto-alegre-teve-1-300-casos-de-sifilis-em-2014/> >. Acesso em: 9 jun. 2016.

ANEXO A – Tabela 1

Tabela 1 – Registro das entradas de enfermos por doenças venéreas na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853)

Doença/ Ano	1843	1844	1845	1846	1847	1848	1849	1850	1851	1852	1853	Total (doença)
Bobão Venéreo	-	2	-	2	1	4	6	9	9	10	7	50*
Câncer sobre o Pênis	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Cancros Venéreos	-	-	1	1	-	1	5	1	2	4	8	23
Erisipela no escroto	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
Gonorréia/ Blenorragia	-	2	3	-	4	3	3	4	6	10	7	42
Inflamações nas Gônadas	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Reumatismo Sifilítico	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	4
Sífilis	15	74	60	74	17	14	7	9	31	31	21	353*
Úlceras Venéreas	-	-	-	-	1	2	3	-	-	-	-	6
Total (ano)	16	79	64	78	24	24	24	26	49	55	43	482*

* No cômputo, considerou-se o total das entradas de enfermos anualmente, não excluindo os casos de doentes que foram internados mais de uma vez ao longo do período. Eliminando esses casos, o número de enfermos acometidos por certas doenças venéreas e a quantidade total de doentes internados entre 1843 e 1853 seriam os seguintes: bobão venéreo, 45; sífilis, 337; total, 461.

ANEXO B – Tabela 2

Tabela 2 – Denominações de sexo atribuídas aos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).

Sexo	Mulheres		Homens	
	Escravizadas	Livres	Escravizados	Livres
Totais Parciais	42	58	64	297
% Parciais	42 %	58 %	17,73 %	82,27 %
Subtotal	100		361	
%	21,70 %		78,30 %	
Total	461			

ANEXO C – Tabela 3

Tabela 3 – Denominações de sexo atribuídas aos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).

Sexo	Mulheres		Homens	
	Escravizadas	Livres	Escravizados	Livres
Totais Parciais	36	50	51	200
% Parciais	41,86%	58,14%	20,3%	79,7%
Subtotal	86		251	
%	25,52%		74,48%	
Total	337			

ANEXO D – Tabela 4

Tabela 4 - Faixa etária dos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).

Faixa Etária (anos)	Mulheres		Homens		Total por faixa etária e parciais (%)
	Escravizadas	Livres	Escravizados	Livres	
07 - 13	-	-	-	10	10 (2,17%)
14 - 21	4	15	10	55	84 (18,22%)
22 - 30	28	26	33	111	198 (42,95%)
31 - 40	7	6	12	61	86 (18,65%)
41 - 50	1	6	3	34	44 (9,55%)
51 - 60	1	4	3	15	23 (4,99%)
61+	-	-	-	4	4 (0,87%)
Sem Informação	1	1	3	7	12 (2,60%)
Subtotal	42	58	64	297	461 (100%)
Total	461				

ANEXO E – Tabela 5

Tabela 5 – Faixa etária dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).

Faixa Etária (anos)	Mulheres		Homens		Total por faixa etária e parciais (%)
	Escravizadas	Livres	Escravizados	Livres	
07 - 13	-	-	-	10	10 (2,96%)
14 - 21	3	12	9	31	55 (16,33%)
22 - 30	23	23	27	80	153 (45,40%)
31 - 40	7	6	10	39	62 (18,40%)
41 - 50	1	6	3	24	34 (10,09%)
51 - 60	1	3	2	11	17 (5,04%)
61+	-	-	-	4	4 (1,18%)
Sem Informação	1	-	-	1	2 (0,6%)
Subtotal	36	50	51	200	337 (100%)
Total	337				

ANEXO F – Tabela 6

Tabela 6– Situação dos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre quanto ao matrimônio (1843-1853).

Estado	Mulheres		Homens		Totais e parciais (%)
	Escravizadas	Livres	Escravizados	Livres	
Casados	-	5	-	29	34 (7,37%)
Solteiros	42	39	64	262	407 (88,29%)
Viúvos	-	14	-	6	20 (4,34%)
Subtotal	42	58	64	297	461(100%)
Total	461				

ANEXO G – Tabela 7

Tabela 7 – Situação dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre quanto ao matrimônio (1843-1853).

Estado	Mulheres		Homens		Totais e parciais (%)
	Escravizadas	Livres	Escravizados	Livres	
Casados	-	5	-	24	29 (8,60%)
Solteiros	36	35	51	171	293 (86,95%)
Viúvos	-	10	-	5	15 (4,45%)
Subtotal	36	50	51	200	337 (100%)
Total	337				

ANEXO H – Tabela 8

Tabela 8 – Local de origem ou procedência dos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).

Regiões Globais	América do Sul*		África				Europa* ²				
	Império do Brasil	Conf. Arg.	Costa Africana	Cabo Verde	Por.	Ale.	Esp.	Ita.	Ing.	Fra.	Din.
Registro	254	4	89	1	75	21	9	3	3	1	1
% Parciais	98,45%	1,55%	98,90%	1,10%	66,39%	18,59%	7,96%	2,65%	2,65%	0,88%	0,88%
Subtotal	258		90				113				
%	56%		19,50%				24,50%				
Total					461						

* Leia-se “Confederação Argentina”.

*² Leia-se, da esquerda para a direita, “Reino de Portugal”, “Confederação Germânica”, “Reino da Espanha”, “territórios da Península Itálica”, “Inglaterra”, “França” e “Reino da Dinamarca”.

ANEXO I – Tabela 9

Tabela 9 – Local de origem ou procedência dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).

Regiões Globais	América do Sul	África			Europa*					
	Império do Brasil	Costa Africana	Cabo Verde	Por.	Ale.	Esp.	Ita.	Ing.	Fra.	Din.
Registro	187	69	1	52	14	8	2	2	1	1
% Parciais	100,00%	98,57%	1,43%	65,00%	17,50%	10,00%	2,50%	2,50%	1,25%	1,25%
Subtotal	187	70			80					
%	55,50%	20,77%			23,73%					
Total	337									

*Leia-se, da esquerda para a direita, “Reino de Portugal”, “Confederação Germânica”, “Reino da Espanha”, “territórios da Península Itálica”, “Inglaterra”, “França” e “Reino da Dinamarca”.

ANEXO J – Tabela 10

Tabela 10 – Província ou Comarca de origem dos enfermos venéreos internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).

Províncias e Comarcas	Mulheres		Homens		Subtotal e Parciais (%)
	Escravizadas	Livres	Escravizados	Livres	
Bahia	1	1	10	16	28 (11,03%)
Ceará	-	-	1	2	3 (1,18%)
Comarca de Paranaguá	-	-	-	1	1 (0,39%)
Minas Gerais	-	-	-	2	2 (0,78%)
Pernambuco	-	1	-	10	11 (4,33%)
Rio de Janeiro	1	2	2	13	18 (7,09%)
Rio Grande de São Pedro	4	43	7	114	168 (66,15%)
Santa Catarina	-	3	1	12	16 (6,30%)
São Paulo	-	1	-	5	6 (2,36%)
Sem Informação	-	1	-	-	1 (0,39%)
Subtotal	6	52	21	175	254 (100%)
Total			254		

ANEXO K – Tabela 11

Tabela 11 – Província de origem dos enfermos acometidos pela sífilis e internados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1843-1853).

Províncias	Mulheres		Homens		Subtotal e Parciais (%)
	Escravizadas	Livres	Escravizados	Livres	
Bahia	1	1	9	11	22 (11,77%)
Ceará	-	-	1	1	2 (1,07%)
Minas Gerais	-	-	-	1	1 (0,53%)
Pernambuco	-	1	-	9	10 (5,34%)
Rio de Janeiro	1	2	2	10	15 (8,03%)
Rio Grande de São Pedro	3	38	5	78	124 (66,32%)
Santa Catarina	-	2	1	7	10 (5,34%)
São Paulo	-	-	-	2	2 (1,07%)
Sem Informação	-	1	-	-	1 (0,53%)
Subtotal	5	45	18	119	187 (100%)
Total			187		