

## “Interrogar os mortos para cuidar dos vivos”: autópsias, dissecações e aprendizado médico no contexto da escravidão (1808-1850)



### RESUMO

Este artigo analisa o uso de cadáveres no contexto do ensino médico na produção acadêmica publicada em tratados e periódicos da primeira metade do século XIX, na Corte imperial. O corpo morto cumpria um papel pedagógico fundamental na formação profissional dos médicos para o seu treinamento e nas observações sobre as doenças, na busca de tratamentos mais eficazes. Entretanto, as rotinas de aquisição e uso de cadáveres para fins pedagógicos foram um desafio com diferentes soluções na Europa e Estados Unidos. Esta pesquisa mostra como os médicos da capital do Império lidaram com esta questão. Os corpos utilizados para os estudos sobre o impacto das doenças na fisiologia humana e seu tratamento, bem como os disponibilizados para o ensino e treinamento médico eram, em sua maioria, de pessoas negras e escravizadas.

**Palavras-chave:** Escravidão; Autópsia; Dissecação; Medicina; Corpo.

\* Doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz, ligada à Fundação Oswaldo Cruz (COC-FIOCRUZ). Professor Adjunto na Universidade Federal Fluminense e Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino da Universidade Federal Fluminense (PPGEN-UFF). CV: <https://lattes.cnpq.br/6615962296256883>



## “Interrogating the dead to care for the living”: autopsies, dissections, and medical learning in the slavery (1808-1850)

### ABSTRACT

This article analyzes the use of cadavers in the context of medical education in the academic production published in treatises and journals in the first half of the 19th century in the Imperial Court. The dead body played a fundamental pedagogical role in the professional training of physicians and observations on diseases in the search for more effective treatments. However, the routines of acquiring and using cadavers for pedagogical purposes were a challenge with different solutions in Europe and the United States. This research shows how physicians in the capital of the Empire dealt with this issue. The bodies used for studies on the impact of diseases on human physiology and their treatment, as well as those made available for medical teaching and training, were mostly black and enslaved people.

**Palabras clave:** Slavery; Autopsy; Dissection; Medicine; Body.

## “Interrogar a los muertos para cuidar de los vivos”: autópsias, disecciones y aprendizaje mé- dico en el contexto de la esclavitud (1808-1850)

### RESUMEN

Este artículo analiza el uso de cadáveres en el contexto de la enseñanza médica en la producción académica publicada en tratados y publicaciones periódicas de la primera mitad del siglo XIX en la Corte Imperial. El cadáver cumplió un papel pedagógico fundamental en la formación profesional de los médicos para su capacitación y en sus observaciones de las enfermedades, en la búsqueda de tratamientos más eficaces. Sin embargo, las rutinas de adquisición y uso de cadáveres con fines pedagógicos fueron un desafío con diferentes soluciones en Europa y Estados Unidos. Esta investigación muestra cómo los médicos de la capital del Imperio abordaron este tema. Los cuerpos utilizados para los estudios sobre el impacto de las enfermedades en la fisiología humana y su tratamiento, así como los puestos a disposición para la enseñanza y la formación médica, eran en su mayoría de personas negras y esclavizadas.

**Palabras clave:** Esclavitud; Autopsia; Disección; Medicina; Cuerpo.



No fim do século XVIII, a medicina passou por uma série de mudanças que culminaram em novas formas de entender as doenças e, associadas a isso, novas formas de estabelecimento de diagnóstico e de tratamento dos pacientes. Estas inovações foram acompanhadas por mudanças significativas no ensino da medicina, que se tornava cada vez mais dependente do contato direto com o corpo dos pacientes enquanto estavam vivos, mas, principalmente depois de mortos, para o reconhecimento interno do corpo, seu funcionamento e a dinâmica das doenças (Foucault, 1977; Faure, 2008; Porter, 1999). O cadáver cumpria um papel pedagógico fundamental na formação profissional dos médicos para o seu treinamento e nas observações sobre as doenças, na busca de tratamentos mais eficazes. Desta forma, autópsias cadavéricas e dissecações se tornavam imprescindíveis para o estudo da medicina e cirurgia.

Entretanto, as novas necessidades da medicina entraram em choque com costumes socioculturais e religiosos. Se por um lado, era necessário abrir corpos para os estudos anatômicos e fisiológicos, por outro lado, as pessoas desejavam um tratamento digno para seus corpos após a morte, com os ritos fúnebres apropriados de acordo com seus costumes e práticas religiosas. Assim, as rotinas de aquisição e uso de cadáveres para fins pedagógicos foi um desafio que teve soluções diferentes na Europa, Estados Unidos e Brasil. Os estudantes e seus professores estavam sujeitos aos costumes e leis próprias de cada país, e em muitos casos, apelaram à ilegalidade: roubo de cadáveres, violações de túmulos e encomendas feitas à assassinos (Richardson, 2000; Breeden, 1975; Savitt, 2007).

No Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, estas transformações na prática e pensamento médico-cirúrgico acontecem no contexto de uma cidade repleta de escravos, ex-escravos, pretos e mulatos livres, onde os médicos aprendem, ensinam, treinam e são treinados na profissão de Hipócrates. Discutem a existência de doenças características dos trópicos, singularidades nosológicas do Brasil e da África, no mesmo momento onde as questões acerca da legalidade e legitimidade da escravidão começam a ser debatidos, que médicos declaram que a vulnerabilidade dos negros é fruto de uma má alimentação e condições de trabalho (Karasch, 2000; Viana, 2020; Lima, 2020a).

Desta forma, perguntamos como era, no advento da institucionalização da medicina no Império brasileiro, o acesso aos corpos para o estudo anatômico e fisiológico? Que corpos estavam disponíveis para o estudo e observações médicas?

Para responder estas questões, utilizaremos como principais fontes os textos médicos publicados em periódicos especializados, bem como tratados de medicina. Entendendo que estes textos foram produzidos mobilizando uma série de conhecimentos específicos da profissão, identificáveis por seus pares em diversas partes do mundo, com regras e sistemas de aferição próprios. Porém, se o conhecimento médico tem suas próprias características, ainda assim, é uma produção humana mediada por valores sociais e culturais de seu próprio tempo e território. A medicina, como prática científica, é produto das interações humanas que ocorreram em uma época e lugar específicos (Mendelsohn, 1977).

Entendendo o fazer - ciência como “um dispositivo que inventa uma ordem e não um dispositivo que desvela a ordem escondida” (Pestre, 1996), pensamos a produção do conhecimento científico a partir das ideias concebidas por Ludwick Fleck, principalmente em



sua obra *Gênese e desenvolvimento de um fato científico* (2010), percebendo a ciência como uma atividade coletiva complexa, cujo desenvolvimento ocorre por intermédio de um coletivo construído pelas concepções dos cientistas, que interpretam dados empíricos e moldam sua realidade de acordo com sua visão de mundo, afim de explicá-la. Assim, percebemos a medicina como prática social, influenciada pelas questões de seu tempo, mas também obedecendo a regras construídas em conjunto em seus coletivos de pensamento em âmbito nacional e internacional.

Desta forma, entendemos que os médicos, cujas práticas estamos analisando, acreditavam profundamente na ciência que produziam. Porém, esta criação estava impregnada com as questões de sua época, como a escravidão, o fim do tráfico de escravos e a construção da identidade nacional. Desta forma, é possível acreditar que o discurso médico foi moldado a partir do diálogo com a sociedade, e neste contexto específico, as concepções sobre a saúde, as pesquisas e o ensino foram construídos a partir das complexas – e por vezes conflitantes – relações entre médicos, senhores de escravos, autoridades imperiais e os próprios cativos. O pensamento médico foi formado e informado por este contexto a partir do convívio diário destes com escravos africanos e crioulos em todos os âmbitos de suas vidas públicas e privadas. Os médicos encontravam os escravos nas enfermarias da Santa Casa, nas mesas de dissecação, em seus consultórios particulares, nos discursos de seus pares na Academia Imperial de Medicina, nas ruas e, muito provavelmente, em suas próprias casas (Lima, 2011).

Para responder nossas perguntas iniciais, voltemos nossos olhares para o processo de construção de conhecimento médico a partir do exame minucioso do corpo humano nas mesas de dissecação.

## Empirismo e laicização do corpo

O processo de valorização da experiência empírica como elemento crucial para a construção do conhecimento foi de grande importância nas transformações do saber e das práticas médicas a partir do Renascimento (Porter & Vigarello, 2008). Entretanto, estas mudanças não acontecem *a priori* no plano filosófico, das ideias, elas são reforçadas a partir da constituição de uma nova forma de estudo da medicina, baseada no aprendizado de fisiologia e anatomia, cujo modelo foi a investigação dos anatomistas acadêmicos das escolas italianas. Com a valorização da fundamentação das ideias através da experiência concreta e da observação dos fenômenos, as distinções entre medicina e cirurgia começaram a ser questionadas. A obra de André Vesálio (1514-1564) e William Harvey (1578-1657) simbolizam esse movimento de aproximação dos saberes teóricos e práticos (Gelfand, 2001). Em 1543 Vesálio publicou *De humani corporis fabrica*<sup>1</sup>. A diferença dessa obra em relação aos estudos coevos foi a contestação, através da dissecação de corpos humanos, do ensino de anatomia até então oferecido nas universidades, cujo fundamento era a autoridade dos clássicos (French, 2001).

<sup>1</sup> Tradução: Da construção do corpo humano. Vesalius, A. (2003 [1543]). *De humani corporis fabrica/ Epitome/ Tabula Sex*. Campinas: Ateliê Editorial, Imprensa Oficial do Estado, Editora Unicamp.



A marca deixada por Vesálio e outros anatomistas do século XVI foi a valorização do uso dos sentidos, sobretudo nas dissecações de cadáveres para a produção de conhecimento sobre o corpo (Mandressi, 2008). Desta forma, mãos habilidosas e olhos bem treinados, qualidades de um bom cirurgião, passaram a ser desejáveis para a formação de um bom médico. Sua obra tornou-se referencial na exploração do corpo humano e na compreensão de sua estrutura (Porter, 1999). A partir de seu trabalho, e de outros médicos e anatomistas de seu período, foi possível estabelecer uma nova forma de construção do conhecimento médico baseado na observação (Porter & Vigarello, 2008). Entretanto, para a medicina, não bastava a verificação empírica ou a leitura dos sinais disponíveis nos corpos, era necessário sobretudo a interpretação destes signos. Assim, o conhecimento do corpo através da verificação material, pela dissecação dos cadáveres, não produzia o conhecimento em si mesmo. A observação empírica deveria ser acompanhada da reflexão do médico. Nos casos relacionados à medicina legal, a observação empírica de um corpo sem a devida interpretação dos sinais feita pelo médico, dotado do saber teórico, o *expert*, tornava-se inconclusa ou, em alguns casos, levava a conclusões equivocadas (Renzi, 2007).

O que nos interessa aqui é o “sentimento moderno” de que o testemunho da natureza tem uma importância maior do que a “autoridade” do que foi escrito séculos antes. Nesse sentido, abrir um cadáver tem mais importância do que consultar o *corpus hipocraticum* ou a obra galênica. Foi a partir deste contexto de valorização da observação direta que o estudo da anatomia ganhou espaço e grande importância na constituição das bases do conhecimento médico moderno. Harvey declarou que sendo o livro da natureza especialmente fácil de consultar, seria ultrajante que “recebessem instruções dos comentários de outrem sem examinar o próprio objeto” (Shapin, 1999, p. 84). De certa forma, é possível dizer que a grande mudança empreendida por esta geração era antes do desejo de destruição do conhecimento clássico, a desconfiança do testemunho dos antigos. Estar atento aos fenômenos naturais passava a ter um valor de convencimento maior do que o cânone cristalizado, estabelecido pelos clássicos. A raiz do empirismo moderno estava na ideia de que “o verdadeiro conhecimento” procedia e deve proceder “da experiência direta dos sentidos” (Shapin, 1999, p. 85).

Para além do posicionamento dos pensadores do século XVII sobre seu conhecimento e suas influências da tradição médica clássica de Galeno e Hipócrates, a ascensão do método empírico estabeleceu a indissociabilidade entre a produção e reprodução do conhecimento médico cirúrgico e a observação prática sobre o corpo humano, vivo ou morto. A busca pelo entendimento sobre a origem e manutenção da vida, bem como de sua extinção, levou os médicos a cada vez mais esquadriñar o corpo. O interesse em localizar a ação da vida se estendeu também na pesquisa sobre as doenças. A patologia, cada vez mais, se tornava estreitamente ligada a partes específicas da anatomia humana. A grande questão a ser “desvendada” era que tipo de relação existia entre o organismo e as doenças.

A ideia da doença “localizada” em um órgão específico do corpo foi muito difundida entre os vitalistas franceses. Esta associação entre lesão nos tecidos orgânicos e as patologias era aspecto fundamental nos estudos de François Xavier Bichat, um dos principais desenvolvedores da anatomoclínica. Para chegar a suas conclusões sobre a patologia em suas pesquisas e em



sua prática médica, a experiência empírica e a observação eram fundamentais. Assim, era necessário coletar um número expressivo de evidências para associar as doenças às lesões específicas no corpo. O autor declarou que "quanto mais se observar doenças e cadáveres abertos, mais convencido se estará da necessidade de considerar as doenças locais não sob o aspecto dos órgãos complexos, mas sob o aspecto dos tecidos individuais" (Porter & Vigarello, 2008. p. 486).

De fato, Bichat realizou um número significativo de experimentos e observações médicas. Examinou mais de 600 *post mortem*, e a partir de suas pesquisas descreveu 21 tipos de tecidos componentes de órgãos denominados por ele de "membranas", entre os quais o tecido nervoso, o tecido muscular e o tecido conjuntivo (Porter & Vigarello, 2008, p. 486). Bichat trouxe à doutrina vitalista uma explicação fisiológica amplamente fundamentada em observações médicas e pesquisas em corpos humanos e em animais vivos. A partir desta nova visão a vida e a morte, os médicos construíram um conjunto de práticas e saberes baseado no conhecimento do corpo humano, estreitando laços com o conhecimento cirúrgico através do estudo da anatomia e fisiologia, a partir da dissecação de cadáveres para o conhecimento do corpo e de seu funcionamento. Junto com estas novas práticas foi possível desenvolver novas teorias sobre a vida, a saúde e a doença, ou ainda, dar novas interpretações para antigas concepções. Teorias e práticas médicas se reestruturaram e se reconfiguraram a partir da emergência da importância do acúmulo de evidências com o intuito de produzir conhecimento.

### Dissecações e autópsias na formação do ensino médico cirúrgico no Brasil

Com a transmigração da Corte para o Brasil, delinea-se um contexto sociocultural favorável à formação de profissionais de saúde para dar assistência à nova capital do império luso. Ainda em 1808 foram criadas as escolas de cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro. As disciplinas iniciadas com a fundação dos cursos nos sugerem certa urgência na formação de profissionais voltados para o exercício de cura, de uma forma pragmática: "*Cirurgia especulativa e prática*" e "*Anatomia e operações cirúrgicas*" na escola da Bahia e as cadeiras de "*Anatomia*" em abril de 1808 e posteriormente "*Medicina operatória e arte obstetrícia*" ambas no Rio de Janeiro, no Hospital Real Militar. Os cursos ministrados nas recém-fundadas escolas de cirurgia parecem ter o mesmo direcionamento dos oferecidos anteriormente no período colonial, o que é perceptível pela similitude temática entre as disciplinas ministradas. A diferença essencial é que se antes os cursos de cirurgia eram iniciativas isoladas de cada província, tentando resolver suas demandas locais, a criação das escolas sob os auspícios do príncipe regente fazia parte de uma política de Estado. Existem poucas informações sobre como estas aulas eram ministradas e que tipo de rotina tinham os estudantes e mestres nestes hospitais e fora deles.

Estes cursos de cirurgia implementados na América portuguesa tiveram como modelo os cursos de cirurgia portugueses. Muitos dos cirurgiões que exerceram seu ofício em diversas províncias do Brasil foram treinados no Hospital de Todos os Santos e após 1755, no Hospital



Real de São José<sup>2</sup>. Neste hospital, os alunos passavam por um período de aprendizado prático. Segundo Lycurgo Santos Filho:

*Nos séculos XVII e XVIII os aprendizes iniciavam-se na alta cirurgia da época, constante de trepanação, operação da hérnia, cauterização de tumores, lancetamento de abcessos e tumorações, extração de cálculos vesicais e operação de catarata. Findo o estágio, submetiam-se os alunos a exame perante os mestres e, se bem sucedidos, recebiam a carta de “cirurgião aprovado”, passada pelo cirurgião mor do reino ou – em fins do século XVIII – pelo presidente da Junta do Protomedicato (Santos Filho, 1977, p. 294).*

Possivelmente, este era o modelo idealizado para o ensino cirúrgico implantado pelo Cirurgião Mor José Correa Picanço (1745-1823) em 1808, ele mesmo, formado cirurgião neste Hospital Real (Ribeiro, 2005). Os cursos foram ministrados inicialmente nos nosocômios militares não apenas com o intuito de fazer os alunos acompanharem os cirurgiões nas enfermarias, sua presença no hospital era importante para que estes pudessem perceber os meandros do ofício médico: verem a atuação da doença no corpo do paciente, verificarem a ação de novos remédios, testemunharem métodos de cura bem-sucedidos e, ainda, serem espectadores de malfadados tratamentos, onde assistiam impotentes muitos enfermos sucumbirem à morte.

O processo de transformação do ensino com o intuito de formar “práticos” em cirurgia ao ensino médico acadêmico demorou algumas décadas. Isto é perceptível através dos cursos que passam a ser ministrados com a reforma que estabelece as escolas de medicina. Paulatinamente, disciplinas foram incorporadas e as escolas de cirurgia passam a academias médico-cirúrgicas, que na década de 1830 são transformadas em faculdades de medicina. Esta remodelagem do curso médico, porém, não excluiu a observação dos pacientes: com a ampliação dos cursos surgiu a necessidade de encontrar um espaço onde a observação do enfermo e da doença pudessem se aliar ao ensino teórico.

## O ensino da medicina e o Hospital

As aulas no Hospital Real Militar criavam uma série de possibilidades de treinamento. Os alunos tinham a oportunidade de aprender os meandros da profissão através da observação de pacientes em tratamento, ao testemunhar os procedimentos realizados pelos cirurgiões militares quando cuidavam de seus pacientes e, ainda, nas aulas ministradas pelos seus professores. Este modelo de ensino, que transformava o hospital em lugar de construção e reprodução do saber, foi utilizado na Europa e nos Estados Unidos onde enfermos eram ao mesmo tempo pacientes e objetos de estudo (Faure, 2008; Foucault, 1977; Porter & Vigarello, 2008; Richardson, 2000; Savitt, 2007). Assim, a mudança da Escola de cirurgia do Rio de Janeiro para o Hospital da Santa Casa teria a função de ampliar o contato com os doentes. No texto da Carta Régia que criava a Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, podemos verificar a estratégia

<sup>2</sup> Após o terremoto que destruiu o hospital (e boa parte da cidade) em 1755, o Hospital foi transferido para outro prédio sob ordens do Marquês de Pombal, e mudou seu nome para Hospital Real de São José.



de mudar a escola para a Santa Casa como uma forma de garantir a facilidade de aquisição de “material clínico”:

*Sendo - me presente o quão são limitados os princípios de cirurgia que se adquirem pelas lições das matérias próprias das duas cadeiras estabelecidas nessa cidade [Baía], para que deles se possam esperar hábeis e consumados professores, que pelos seus conhecimentos teóricos e práticos mereçam conceito público, e se empreguem utilmente no restabelecimento da saúde do povo, que não pode deixar de fazer um dos principais objetos do meu Real e paternal desvelo, para promover a cultura e progresso de tão importantes estudos: **Hei por bem criar um curso completo de cirurgia nessa cidade, à semelhança do que se acha estabelecido por decreto de 1º de Abril de 1813 nesta capital [Rio de Janeiro] segundo o plano que mandei formar por Manuel Luís Álvares de Carvalho, do meu conselho e médico da minha Real Câmara, físico - mor, honorário, diretor dos estudos de medicina e cirurgia nesta Corte e reino do Brasil, para servir inteiramente de estatutos do referido curso, enquanto não se publicam outros mais amplos, cujas lições se darão no hospital da Santa Casa de Misericórdia por concorrerem aí para as experiências e operações enfermos e cadáveres de ambos os sexos e de todas as idades, transferindo - se para aí as aulas que estiverem no Hospital Militar.**<sup>3</sup>*

A instalação das aulas de cirurgia em um local onde se tinha acesso aos enfermos e facilidade para obterem-se cadáveres para estudos, preconizado na Carta Régia (provavelmente por recomendação do Físico–Mor), foi feita a exemplo de sua congênere na Corte, a Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro. Esta relação perdurou por todo o período em que o hospital abrigou o ensino médico, da escola de cirurgia à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Já no período imperial e segundo a historiadora Tânia Salgado Pimenta, anualmente, o governo requisitava doentes, escolhidos pelos professores para serem estudados e tratados pelo lente e seus discípulos (Pimenta, 2003).

De fato, a mudança dos cursos de formação médica para a Santa Casa possibilitou uma sinergia entre a prática de cura e o treinamento médico, onde ao mesmo tempo pretendia-se curar os enfermos e estudá-los. Nas enfermarias da Santa Casa, além dos esculápios que lá trabalhavam, passavam a frequentar professores de Clínica, cirurgia e anatomia, seus alunos, e ainda médicos e estudantes de medicina voluntários. Não era apenas o exercício de caridade e a filantropia que moviam doutores e estudantes em direção aos leitos dos enfermos da Misericórdia. Medicar na Santa Casa era uma atividade prestigiosa não apenas pelo nome da instituição, mas também por conta do grande número de doentes que um médico poderia ter sob seus cuidados e, com isso, ter a reputação de uma carreira com vasta experiência. Se para os médicos, trabalhar na Santa Casa era um sinal de status que atraía para si uma boa clientela, as internações no hospital não gozavam da mesma estima pelos doentes que precisavam se internar sob seus cuidados. Tanto por conta da má reputação dos hospitais neste período, e de acordo com os costumes e ritos relacionados à morte, os senhores abastados preferiam

<sup>3</sup> Carta régia de 29 de dezembro de 1815, como citado em Santos Filho (1991, p. 73).





ser tratados em suas casas, cercados pelo conforto e apoio familiar e assistidos por médicos de sua profunda confiança, do que serem tratados por estranhos em um hospital. Existiam bons motivos para a desconfiança e o medo de se tratar em hospitais (Karasch, 2000). O confinamento em um hospital era a última opção para o doente, sobretudo no Hospital da Santa Casa.

Segundo o relatório de José Clemente Pereira, um de seus mais prestigiados provedores, que administrou a Entidade entre 1838 e 1854, as acomodações do hospital foram construídas contra todos os preceitos de higiene da época. As enfermarias, além de insuficientes devido ao grande número de internações para o tamanho do hospital, eram úmidas e com a ventilação deficiente. A falta de canos de despejo de dejetos, segundo o provedor, era o maior incômodo da Santa Casa. Nas horas de maior movimento, o odor insuportável produzido pelo acúmulo de dejetos tornava o prédio praticamente inabitável. A limpeza não era realizada com a frequência recomendada, pois o sistema de transporte de água era muito dispendioso. O abastecimento era feito em carroças e ainda era necessário o auxílio dos serventes, que eram incumbidos de levar a água pelo prédio até os locais onde deveria ser usada. Assim, devido às dificuldades de abastecimento e transporte, não só a limpeza do prédio ficava comprometida, mas também a higiene dos doentes, que frequentemente ficavam sem banhos, o que era uma reclamação recorrente dos médicos. Sendo a água um produto tão disputado na Misericórdia, não só a falta de limpeza do hospital e o péssimo asseio pessoal dos doentes concorriam para tornar o hospital insalubre: a precária lavagem de roupas do hospital era “nociva à saúde dos enfermos pelo perigo de contágios e à duração das mesmas roupas”. Para Luiz Vicente De Simoni, não só a lavagem malfeita de lençóis, cobertas e roupas poderia prejudicar mais ainda a saúde dos pacientes, mas a mistura indiscriminada delas contribuía para a disseminação de moléstias contagiosas, principalmente de sarna e outras doenças de pele, comuns naquele nosocômio. Lembrou ainda que os facultativos do hospital perceberam a necessidade de lavar as roupas separadamente a partir de um surto de febre tifoide no hospital, que teria sido ocasionado pela presença de colonos das ilhas Canárias, em 1835, acometidos desta doença.<sup>4</sup>

Clemente Pereira narra em seu relatório que destinou uma enfermaria antes reservada aos irmãos da Misericórdia para o tratamento de doentes acometido por “bexigas”. Seu objetivo era evitar o contágio por outros pacientes que se achavam espalhados pelo hospital. Posteriormente, destinou a mesma enfermaria à “africanos libertos, que não podem ser conservados sem grave inconveniente entre outros doentes, por desenvolver-se neles frequentemente a bexiga e perigosas disenterias, além da sarnagem que todos trazem”.<sup>5</sup>

O atendimento a doentes escravizados e pretos livres nas enfermarias da Misericórdia é anterior a criação da faculdade de medicina (Lima, 2020b.). E serão estes doentes os pacientes mais utilizados para o aprendizado e treinamento médico.

## Escravizados no Hospital da Santa Casa

<sup>4</sup> Extrato do relatório do provedor da Santa Casa de Misericórdia, José Clemente Pereira, com algumas notas de De-Simoni, L. V. (1839). *Revista Médica Fluminense*, 5 (6), 262-271, p. 266.

<sup>5</sup> Idem



O hospital da misericórdia se tornou um importante espaço para o ensino e aprendizado médico, devido a disponibilidade de doentes em condições de vulnerabilidade social. Assim como em outros países, pessoas pobres procuravam o hospital como uma medida de desespero, gerado por doenças ou ferimentos graves. Para muitos, a entrada naquele lugar era sinônimo de morte (Richardson, 2000). É importante procurar entender quem eram as pessoas consideradas pobres e atendidas pela Santa Casa. De acordo com o artigo 16 do seu regimento, seriam admitidos como pobres naquela instituição: “aqueles que apresentarem atestação do seu respectivo Pároco; em que ateste pobreza”; “que fizerem constar sua pobreza por informação bocal, ou por escrita de pessoa reconhecida”; “marinheiros, apresentando no ato de sua entrada, bilhete assinado pelo Proprietário, Capitão, ou Contramestre da Embarcação a que pertencem” e “Os escravos daqueles senhores, que mostrarem não possuir mais do que dois escravos”. Portanto, estão inseridos neste grupo os recém imigrados, libertos, africanos livres, escravos, marinheiros, pessoas de várias partes do império que chegavam atraídas pelo crescimento da cidade e toda uma gama de indivíduos sem relações sociais que viviam e circulavam pela cidade (Pimenta, 2003, p. 148).

Percebemos através do regimento de 1827 e de outros documentos como os periódicos médicos, tratados e teses, que uma parte significativa dos doentes atendidos naquele nosocômio era de pessoas escravizadas e de pretos libertos. “Não raro, os cativos eram internados na misericórdia por iniciativa de seus senhores, e aqueles que não tinham direito à gratuidade pagavam pelas consultas” (Lima, 2019). Sendo assim, a Misericórdia recebeu cativos de muitos membros da elite imperial, que pagavam pelos tratamentos (Soares, 1958). A procura de cuidados médicos para aquelas pessoas naquele hospital era prática cotidiana na Corte (Lima, 2019). O próprio governo imperial enviava seus escravizados para ficarem sob os cuidados médicos da Santa Casa (Pimenta, 2003).

Apesar da preocupação de diversos proprietários pela cura de seus cativos, nem todos os senhores pagavam pelo seu tratamento. Era comum que estes se utilizassem de muitos subterfúgios para escapar de suas obrigações. Constantemente a mesa diretora se queixava sobre os proprietários inadimplentes. Alguns faziam propostas de formas alternativas de pagamento da dívida, geralmente a prestação de serviços temporários até a doação do escravo para a Santa Casa (Soares, 1958). Frequentemente, os donos entregavam à Misericórdia aqueles que perdiam a utilidade para os serviços: idosos ou doentes incuráveis, como alienados, com elefantíase, leprosos e outros males que pudessem incapacitá-los para o trabalho. A doação, longe de ser uma atitude altruísta, era uma das artimanhas utilizadas para se livrar de um “peso morto”.

A doação de escravizados doentes era uma das estratégias utilizadas para escapar das obrigações e era uma prática tão comum quanto a alforria para os cativos sem condições de trabalho (Karasch, 2000). Usado até a mais completa exaustão, o escravizado muitas vezes era descartado, jogado porta afora ou ainda entregue à caridade e muitas vezes não eram aceitos nem por esta instituição. Além dos “altruístas negligentes” existiam ainda os senhores imbuídos pelo espírito da mais “benevolente filantropia” que doavam seus cativos à Misericórdia em



testamento ou ainda como seu último desejo impunham o trabalho compulsório por muitos anos como condição para suas alforrias<sup>6</sup>.

É perceptível que os escravizados eram uma parte importante da estrutura de funcionamento do hospital (Lima, 2019). A presença dos cativos influenciava profundamente a produção e reprodução de conhecimento médico nas enfermarias e sala de anatomia. Desta forma, no hospital, médicos cuidavam da saúde da população preta e pobre e utilizava esta experiência de cuidados médicos para produzir conhecimento a partir de seus corpos, vivos ou mortos.

## Autópsias e dissecações no Rio de Janeiro

Os escritos médicos do século XIX são repletos de descrições de autópsias e dissecações cadavéricas, demonstrando que desde o início do processo de institucionalização da medicina era comum o uso dos cadáveres, tanto para o ensino médico quanto para completar as observações e estudos de casos. Em tratados médicos, Teses da faculdade de Medicina e nos periódicos médicos do período, os relatos de observações médicas, quando o paciente não resiste a doença, era comum a descrição da autópsia cadavérica. Um caso publicado na Revista Médica Fluminense por José Pereira Rego no início de sua carreira é um bom exemplo (Lima, 2011, p. 150).

Pereira Rego descreveu detalhadamente o tratamento de um “preto africano” de cerca 50 anos, cozinheiro, que gozava de boa saúde até adoecer dois meses antes. Após quase um mês em tratamento, o doente sucumbiu e 13 horas após a morte, procedeu à autópsia cadavérica. Após uma narrativa minuciosa sobre o estado dos órgãos internos do corpo do paciente, concluiu que “a autópsia confirmara o diagnóstico que se havia feito”, justificando todas as decisões tomadas na tentativa de salvar o cozinheiro, alegando que “com o emprego destes meios, algum alívio pareceu experimentar o doente”.<sup>7</sup> No relato, o médico explicou suas ações, numa tentativa de demonstrar a correção de seu diagnóstico a partir das evidências colhidas no exame do corpo. É relevante lembrar que esse texto foi produzido por um aspirante a médico, o que reforça sua intenção por demonstrar suas habilidades.

Autópsias e dissecações também eram realizadas para avaliar a eficácia de novos tratamentos ou novos medicamentos. João Maurício Faivre, produziu dois relatórios sobre a morfeia, que foram analisadas pela Academia Imperial de Medicina. Seu parecerista, Luiz Vicente De Simoni, ressaltou a importância das autópsias cadavéricas realizadas por Faivre. Elas “constituem a parte mais importante do trabalho do Sr. Faivre, porque parecem levantar

<sup>6</sup> Sobre as diversas formas de alforria e as motivações dos senhores para libertar seus escravos na primeira metade do século XIX, ver: Karasch (2000, p. 460-474). Especificamente sobre a prestação de serviços na Misericórdia, ver o estudo de Soares (1958).

<sup>7</sup> Rego, José Pereira. (1840). Pericarditis chronica, hypertrophica do ventrículo esquerdo com estado cartilaginoso de huma das válvulas ventrículo aortic. Observação colhida na Clínica do Sr. Dr. Valladão no Hospital da Misericórdia. *Revista Médica Fluminense*, 6 (7), outubro de 1840.



uma ponta do véu que cobre a origem desta moléstia”<sup>8</sup> Os exames dos cadáveres dos doentes eram imprescindíveis para a análise patológica neste caso. De Simoni ressaltou a dedicação de Faivre a sua pesquisa devido ao número de enfermos analisados e das condições dos corpos investigados, por conta do “aspecto asqueroso e repugnante, mesmo em vida, inda pior se torna depois da morte”.<sup>9</sup>

A autópsia nos corpos dos pacientes mortos no hospital da Misericórdia era parte importante do processo de ensino-aprendizagem, entretanto ocorriam casos onde não era possível o uso dos corpos. O Joaquim Cândido Soares de Meirelles após longo tratamento de um paciente com suspeita de um raro caso de volvo intestinal se mostrou desapontado ao não poder proceder a autópsia:

*Os leitores seriam curiosos de ler a narração que se fizesse da autópsia cadavérica, mas uma mal entendida ternura da parte da família, ligada ao fanatismo e superstição, que é inseparável da gente vulgar, embaraçou-nos de fazer uma autópsia talvez das mais interessantes.*<sup>10</sup>

Apesar das reclamações de Meirelles sobre o “fanatismo e superstição” da “gente vulgar”, era justamente a população em condições de maior vulnerabilidade que procuravam o hospital da Santa Casa e cujos corpos estavam disponíveis aos médicos após a morte. Por outro lado, pessoas de classe social elevadas negavam a disponibilização seus corpos, sem os mesmos protestos dos médicos. Durante uma grave epidemia de escarlatina na Corte entre 1842 e 1843, podemos perceber a relação entre classe, hospital e disponibilidade de corpos.

Em 1843, uma comissão da Academia Imperial de Medicina foi nomeada para emitir um parecer sobre a epidemia que preocupava a Corte. Seu relator, o Dr. Julio Xavier, propôs uma série de medidas de Higiene Pública, tal como transporte de sepulturas para fora dos recintos das igrejas, limpeza das ruas e inspeção sanitária dos alimentos e bebidas.<sup>11</sup> No relatório apresentado à Academia, os médicos apontaram que a doença acometia preferencialmente “a classe mais abastada”. As pessoas pobres, “sobretudo os pretos, e escravos tem sido quase todos preservados”. O relator explicou que aquela situação chegara “a tal ponto que o Sr. Dr. De-Simoni nos assevera não ter tido no hospital da Misericórdia um só doente de escarlatina atualmente”.<sup>12</sup>

O relatório nos mostra a consciência dos médicos do período da condição de pobreza dos pacientes da Santa Casa. Além disso, a relação entre esta pobreza e cor da pele, associando diretamente a internação no hospital aos “pretos e escravos”. Tal relação volta a aparecer

<sup>8</sup> De Simoni, Luiz Vicente. (1845). Relatório sobre duas memórias do Sr. João Maurício Faivre sobre as águas thermaes de caldas novas na província de Goyaz, e outra sobre a Morphea; lido na sessão geral da academia imperial de medicina em 10 de abril de 1845. *Annaes de Medicina Brasiliense*, 1 (1), 11-33, p. 19. <http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital>

<sup>9</sup> Idem, p. 12.

<sup>10</sup> Meirelles, Joaquim Candido Soares de. (1835). Observação sobre o volvo curado pela introdução de uma sonda pelo ânus, feita pelo Dr. Meirelles em 1834. *Revista Médica Fluminense*, 1, p. 18.

<sup>11</sup> Sigaud, J.F.X. (2009[1844]). *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império*. Editora Fiocruz. Rego, José Pereira. (1872). *Esboço histórico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1830 a 1870*. Typographia Nacional.

<sup>12</sup> Relatório sobre a escarlatina. (1843). *Revista Médica Brasileira*, 3(1), 3-37, p. 5. <http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital>



no relatório no tópico “autópsias”, onde se lamenta a falta de cadáveres de doentes para a dissecação:

*Muito sentimos não podermos dar as lesões cadavéricas de indivíduos que aqui tem sucumbido. Tendo a escarlatina atacado, como dissemos, as pessoas abastadas, e que não se oferecem para as autopsias esta foi a causa de se não terem aberto; pois que estas aberturas teriam sido feitas se houvessem escarlatinosos na misericórdia.<sup>13</sup>*

A ausência de corpos “escarlatinosos” para a dissecação nos mostra como a disponibilidade dos cadáveres para estudo estava diretamente associada ao hospital e a classe social dos doentes. Tal relação também estava presente na Inglaterra (Richardson, 2000) e Sul dos Estados Unidos (Savitt, 2007). Apesar de não ter sido possível quantificar os corpos disponíveis para o estudo, a pesquisa qualitativa a partir dos periódicos e textos analisados nos mostram que pessoas pretas, “mulatos”, “pardos”, libertos e escravizados, em situação de vulnerabilidade social e com redes de apoio frágeis, era o perfil da maioria daqueles que, quando morriam em tratamento, tornavam-se corpos pedagógicos nas autópsias que completavam as observações médicas publicadas nos periódicos especializados, teses, tratados e também, os corpos na mesa de dissecação.

A abertura de cadáveres tinha tripla importância para a medicina no século XIX, o treinamento, o aprendizado médico e a prática de experimentações. O Doutor Bento José Martins ao dissertar sobre o estrabismo na Revista Médica Brasileira, declarou que os cirurgiões ilustres como Mr. Roux e Mr. Velpeau fizeram, antes de a praticarem sobre pacientes vivos, “muitas experiências sobre o cadáver”.<sup>14</sup> Para que as práticas de dissecação obtivessem sucesso, entretanto, era necessário estabelecer condições adequadas de armazenamento e conservação dos corpos, um grande desafio no período. Durante a apresentação de parecer na Academia Imperial de Medicina sobre a criação de um gabinete de anatomia patológica no hospital da Santa Casa de Misericórdia, Cândido Borges Monteiro demonstrava a importância do uso dos cadáveres dos pacientes para a construção do conhecimento médico. O médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro afirmava “que era necessário interrogar o homem morto para bem cuidar-se da existência e conservação do homem vivo”.<sup>15</sup> De acordo com o projeto de criação do gabinete de Anatomia, todos os corpos dos doentes falecidos no hospital deveriam passar por autópsia, e os cadáveres viriam “acompanhados de uma papeleta, na qual assinando-se o facultativo da respectiva enfermaria, designará nela o n.º do leito do enfermo, nome, moléstia de que faleceu, e tratamento empregado”.<sup>16</sup> A discussão sobre a criação de um gabinete anatômico do Hospital da Santa Casa, demonstrava o interesse e preocupação

<sup>13</sup> Idem, p. 36-37.

<sup>14</sup> Martins, José Bento. (1842). O estrabismo. *Revista Médica Brasileira*, (8), 343-356, p. 355. <http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital>

<sup>15</sup> Monteiro, Cândido Borges. (1845). Parecer do Sr. Dr. C. Borges Monteiro sobre o projecto do sr. dr. Vilardebo, seguido de outro projecto para o mesmo fim. *Annaes de Medicina Brasiliense*. 1(3), p. 93. <http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital>

<sup>16</sup> Vilardebo, Theodoro Miguel. (1845). Projeto acerca da criação de um gabinete de anatomia patológica oferecido a administração da Santa Casa. *Annaes de Medicina Brasiliense*, 1(3), p. 91. <http://bndigital.bn.br/hemeroteca-digital>



da elite médica do Império sobre a manutenção dos corpos para estudo posterior, o que se tornava um grande problema numa cidade quente e úmida como o Rio de Janeiro.

O professor da cadeira de Anatomia da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, José Maurício Nunes Garcia, afirmara em seu livro *Curso elementar de anatomia humana* (1854) que a anatomia era uma “ciência que se não pode estudar e menos ensinar bem senão sobre o cadáver”. Entretanto, ninguém teria ainda estabelecido meios para superar as dificuldades para este estudo e ensino nos “diversos pontos do globo em que a temperatura é sempre elevada”.<sup>17</sup> O Lente de Anatomia reclamava que era quase impossível um “aturado exame cadavérico” no Rio de Janeiro, “por serem sobremaneira raros os cadáveres que se podem obter para dissecar que não estejam em um avançado estado de putrefação”. Desta forma, seria necessário compensar o curto tempo de exame em um corpo, com a repetição das dissecações para chegar-se a “demonstração perfeita dos órgãos ou objetos dados” o que segundo o médico era impossível, devido ao limitado tempo do curso.<sup>18</sup> Nunes Garcia nos apresenta outro problema: a origem dos corpos utilizados nas aulas práticas e as condições de vida a que se sujeitavam.

*Todo o mundo sabe que é da classe mais indigente da sociedade ou da dos escravos, que saem os corpos trazidos para as demonstrações deste curso; e que esta circunstância ligada à pernicioso influencia do nosso clima – à natureza das moléstias com que tais indivíduos sucumbem – às consequências dos tratamentos, que as vezes nem podem ter, do mesmo modo que ao uso dos maus alimentos a que foram forçados, modificando o estado de suas organizações durante a vida, como influindo na dissolução mais ou menos pronta dos seus cadáveres, é não só uma verdadeira trave anteposta aos necessários exames cadavéricos que o estudo da anatomia exige; como também uma real dificuldade anexa ao ensino dela neste curso.*<sup>19</sup>

Os corpos disponíveis na mesa de dissecação, eram daqueles cujas condições de vida e laços de sociabilidade eram mais vulneráveis. Eles se tornavam corpos pedagógicos sobre o qual estudantes e médicos praticavam, experimentavam, produziam conhecimento e notoriedade para depois oferecer seus serviços profissionais as classes mais abastadas. Aprendiam e treinavam sobre os corpos de pobres e indigentes que em sua vasta maioria eram pretos, “pardos” e “mulatos”, livres e escravizados para depois salvar vidas de pessoas brancas e das classes abastadas.

## Considerações Finais

A emergência de uma medicina baseada na investigação empírica do corpo humano demandou novas práticas de ensino e aprendizagem. Os estudos sobre saúde e doenças ganharam configurações onde a observação prática da fisiologia humana tornou-se imprescindível. Desta

<sup>17</sup> Garcia, José Maurício Nunes. (1855). *Curso elementar de anatomia humana ou Lições de Anthropotomia*. Typographia Imparcial de Silva Junior, p. 3.

<sup>18</sup> Idem, p. 5.

<sup>19</sup> Idem, p. 6.



forma, a investigação direta sobre o cadáver na mesa de dissecação era fundamental para o conhecimento anatômico pleno, bem como a autópsia dos enfermos que sucumbiram era crucial para o aprendizado e construção de novas teorias sobre a vida e a morte.

A busca por corpos que seriam utilizados como materiais pedagógicos para o estudo e classificação das doenças, tornou cada vez mais o hospital um lugar associado as faculdades como um lugar de construção do conhecimento médico-cirúrgico. No Brasil, as relações entre hospital e aprendizado médico ocorreu durante o processo de institucionalização da medicina no país. A Santa Casa tornou-se o lugar onde estudantes e professores aprendiam e ensinavam sobre o cadáver aberto nas autópsias, desvendando os caminhos das moléstias pelo corpo do doente morto ou aprendendo técnicas cirúrgicas e anatomia dos órgãos internos nas disseções nas aulas de anatomia.

Aqueles corpos, pertenciam hegemonicamente aos pobres e indigentes, cuja maioria era gente negra e escravizada. Corpos que eram parte da construção do conhecimento médico-cirúrgico e que serviram para treinamento acadêmico, para angariar experiência e distinção e posteriormente obter ganhos financeiros, cuidando com mais segurança e precisão dos corpos brancos das elites imperiais.

## Referências bibliográficas

Breeden, J. O. (1975). Body Snatchers and Anatomy Professors: Medical Education in Nineteenth Century Virginia. *The Virginia Magazine of History and Biography*, 83 (3), 321-345.

Faure, O. (2008). O olhar dos médicos. In A. Corbin, J. J. Courtine & G. Vigarello (Org.). *História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Petrópolis: Vozes.

Fleck, L. O. (2010). Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Tradução G. Otte & M. C. de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum.

Foucault, M. (1977). *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

French, R. (2001). The anatomical tradition. In W. F. Bynum & R. Porter (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine* (vol 1). Routledge.

Gelfand, T. (2001). The History of the medical profession. In W. F. Bynum & R. Porter. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the history of medicine* (vol 2). Routledge.

Karasch, M. (2000). *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808 – 1850)*. São Paulo: Companhia das Letras.

Lima, S. C. S. (2011). *O Corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850)*. [Tese de Doutorado, Fiocruz].

Lima, S. C. S. (2019, maio - ago). Cruz Jobim e as doenças da classe pobre: o corpo escravo e a produção do conhecimento médico na primeira metade do século XIX. *Almanack*, (22), 250-278. <https://doi.org/10.1590/2236-463320192207>

Lima, S. C. S. (2020a). Olhares Médicos sobre o corpo dos escravizados no Império do Brasil. In *Escravidão e luta pela liberdade no Rio de Janeiro. Histórias, Arquivos e Patrimônio* (pp.



99-113). Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro/Arquivo Geral. [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204430/4304914/MEL\\_revista\\_201203.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204430/4304914/MEL_revista_201203.pdf)

Lima, S. C. S. (2020b, ago.). Joaquim Candido Soares de Meirelles: um médico negro na Corte Imperial (1797-1868). *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 12 (n. Especial), 320-343. <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/968>

Mandressi, R. Dissecações e anatomia. (2008). In A. Corbin, J. J. Courtine & G. Vigarello (Org.). *História do Corpo: Da Renascença às Luzes* (pp. 411-440, vol. 1). Petrópolis: Vozes.

Mendelsohn, E. (1977). The social construction of scientific knowledge. In E. Mendelsohn, P. Weingart & R. Whitley (Eds.). *The social production of scientific Knowledge* (pp. 3-26). Dordrecht: D. Rei del Publ. Co.

Pestre, D. (1996). Por uma Nova História Social e Cultural das Ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens. *Cadernos IG, Campinas*, 06, 3- 56.

Pimenta, T. S. (2003). *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828–1855)*. [Tese de Doutorado, UNICAMP].

Porter, R. (1999) *The Greatest Benefit to Mankind: a medical history of humanity*. Norton paperback.

Porter, R., & Vigarello, G. (2008). Corpo Saúde e Doenças. In A. Corbin, J. J. Courtine & G. Vigarello (Org.). *História do Corpo: Da Renascença às Luzes* (vol. I). Petrópolis: Vozes.

Renzi, S. (2007). Medical Expertise, Bodies, and the Law in Early Modern Courts. *Isis*, 98, 315-322.

Ribeiro, M. M. (2005, novembro). Nem nobre, nem mecânico: A trajetória social de um cirurgião na América portuguesa do século XVIII. *Almanack Brasiliense*, (02).

Richardson, R. (2000). *Death, Dissection, and the Destitute*. University of Chicago Press.

Santos Filho, L. (1977). *História Geral da medicina brasileira* (vol. 1). São Paulo: EDUSP.

Santos Filho, L. (1991). *História Geral da medicina brasileira* (vol. 2). São Paulo: EDUSP.

Savitt, T. L. (2007). Medical experimentation and demonstration on blacks in the Old South. In T. L. Savitt. *Race and Medicine in Nineteenth – and Early – Twentieth – Century America*. Kent State University Press.

Shapin, S. (1999). *A Revolução científica*. Lisboa: Difel.

Soares, U. (1958). *A escravatura na Misericórdia: subsídios*. Rio de Janeiro: Fundação Romão de Matos Duarte.

Viana, I., Gomes, F., & Pimenta, T. S. (2020). Doenças do trabalho: africanos, enfermidades e médicos nas plantations, sudeste escravista (aproximações). *Revista Mundos do Trabalho*, 12, 1-16. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/75202>

*Submetido em: 10 de agosto de 2023*

*Aprovado em: 18 de novembro de 2023*

