



DOENÇA OU ESTIGMA SOCIAL? ENFERMOS VENÉREOS EM HOSPITAIS DE PORTO ALEGRE NO FINAL DO SÉCULO XIX

Daniel Oliveira¹

Resumo

Esta pesquisa buscou identificar, social e historicamente, o perfil dos enfermos acometidos por doenças venéreas que receberam assistência médica na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e no Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, da mesma cidade, durante os anos de 1881 a 1892. A pesquisa foi realizada por meio de análise quantitativa sobre informações transcritas de livros de entradas nas enfermarias dos já referidos hospitais. Desta forma, por meio da contextualização das informações obtidas, foi analisado como as doenças venéreas e os seus enfermos se inseriam na sociedade porto-alegrense daquele período, considerando assim, diversos aspectos daquela sociedade, tais como: o pensamento social/científico em voga na época (Degeneração); as transformações sociais que se desenvolviam naquele local e período (fim da escravidão, industrialização, aumento populacional, urbanização x cortiços em Porto Alegre), entre outros. A metodologia e o referencial teórico utilizados neste estudo estão ligados à História Social e Cultural (BURKE, 2005; PESAVENTO, 2005), com uma abordagem quantitativa (BECKER, 1993; CLEGG 1995), nos domínios da História da Saúde (ARMUS, 2005; WEBER, 1999) e Urbana (PESAVENTO, 1995).

Palavras-chaves: Degeneração social; doenças venéreas; História da saúde e das doenças.

1 Introdução

Traremos aqui, alguns dos principais resultados obtidos em uma pesquisa que buscou identificar, social e historicamente, o perfil dos enfermos acometidos por doenças venéreas que receberam assistência médica na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e no Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa, da mesma cidade, nos anos entre 1881 e 1892. Este artigo tem como base a monografia de final de curso, deste autor, intitulada: *Porto dos degenerados – Os enfermos acometidos por doenças venéreas internados nos hospitais Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa de Porto Alegre entre os anos de 1881 e 1892*, desenvolvida entre o início do ano de 2008 e agosto de 2009. A pesquisa foi realizada por meio de um levantamento de informações dos enfermos, coletadas dos *livros de entradas de pacientes nas enfermarias* daqueles hospitais. Naqueles livros, encontram-se registrados todos os enfermos que entraram nos

¹ Graduado em História pela UNISINOS. Endereço eletrônico: doliveira@unisinós.br. Artigo elaborado tendo como base a monografia de final de curso, deste autor, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Roberto Staudt Moreira (UNISINOS).

hospitais para tratamento, constando assim, em cada registro de entrada, diversas informações referentes à complexa rede social de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Brasil.

As informações que constam no registro de entrada de cada paciente são as seguintes: “número” (número de entrada), “entradas” (data de entrada), “nomes”, “idade”, “naturalidade”, “cores”, “filiações”, “profissões”, “estado” (estado civil), “enfermidades”, “classes” (de internação), “saídas” (data de saída) e “observações” (onde está registrado o estado de saúde do paciente no momento de saída do hospital, entre outras diversas informações). Importante ressaltar que as informações referentes à cor, profissão e classe constam, apenas, nos livros da Santa Casa de Misericórdia.

Ao total, foram transcritos e analisados 1.218 registros de entradas de pacientes venéreos (número total de enfermos descritos como venéreos, naqueles livros, entre os anos de 1881 e 1892 naqueles hospitais). Por meio da análise destes dados, obtivemos diversas informações que, como veremos mais detalhadamente, podem fornecer respostas (e muitas perguntas) para entendermos um pouco mais as tramas do passado e do presente de nossa sociedade.

A pesquisa foi desenvolvida seguindo metodologia e referencial teórico ligados à História Social e Cultural (BURKE, 2005; CHARTIER, 1999; PESAVENTO, 2005), com abordagem quantitativa, utilizando uma análise estatística descritiva (BECKER, 1993; CLEGG 1995), nos domínios da História da Saúde (WITTER, 2007; ARMUS, 2005; WEBER, 1999; FOUCAULT, 1979) e Urbana (PESAVENTO, 1995).

Os anos que compõem o recorte temporal utilizados neste estudo podem ser considerados como alguns dos mais importantes para a história do Brasil, visto que o final do século XIX, em diversas esferas da sociedade brasileira (cultural, política e econômica), foi marcado por vários acontecimentos decisivos para a história do país, ocorrendo naqueles anos o fim do Brasil Império e o início da República, a derrocada final da escravidão, o processo de imigração européia para o Brasil em pleno vapor, o início da industrialização, e por fim, o aumento populacional nas grandes cidades. Cabe-se dizer que este último fator foi, em grande parte, fruto das demais mudanças descritas. E na capital gaúcha, a situação não foi muito diferente do que ocorria nas principais cidades do Brasil, isto devido ao fato de Porto Alegre ser (já naqueles anos) uma cidade de comércio ativo (em razão de ser uma cidade portuária), um grande centro de concentração de ex-escravos, e também, de imigrantes europeus que não tiveram sucesso em atividades rurais e que ali procuravam melhores formas de sobrevivência (a população da cidade de Porto Alegre praticamente duplicou entre os anos de 1880 e 1900).

Tudo isto em um contexto que tinha como pensamento principal (nos referimos ao pensamento social em voga no período) a ideia de degeneração da sociedade. Desta forma, os acontecimentos daquele período se davam, conforme Dain Borges (2005, p.48), em:

[...] um momento radical nas idéias e políticas brasileiras quando o zelo do romantismo idealista estava sendo combinado com arrogância científica, fervor abolicionista, fanatismo republicano, a rebelião de uma geração jovem e um novo rancor anticlerical. O legado do passado não era uma era dourada, mas uma maldição ou um embaraço. Os reformistas acreditavam que a mudança requeria uma nova identidade nacional. Conseqüentemente, a retórica da degeneração foi associada à crítica social e se manteve assim até durante os anos noventa e a primeira década do século XX quando a degeneração se tornou a ideologia central, quase-oficial, da República oligárquica conservadora (1889-1930) (BORGES, 2005, p. 48).

Logo, cabe-nos atentar para os princípios básicos das ideias sobre degeneração. Conforme Dain Borges (2005, p. 44), este termo carrega consigo três significados, sendo que em todos havia um sentimento de que o passado era melhor e que o presente se apresentava como decadente. Como primeiro significado, através de um ponto de vista retirado das ideias de biólogos do século XVIII, *degeneração* referia-se a queda do homem, ou de outro tipo de vida, de um tipo original perfeito. Já no século XIX, através de pensadores franceses, foram feitos dois novos usos do termo. O segundo significado é encontrado no livro *Sobre a desigualdade inata das raças* (1853), de Arthur de Gobineau, onde, conforme descreve Lizete Oliveira Kummer (2002, p. 59): “[...] a queda das civilizações é atribuída à degenerescência da raça, causada pela mistura de sangue. Seu autor acreditava ter incluído a história na categoria das ciências naturais, já que havia uma única razão, de origem biológica, a reger a ascensão e queda das sociedades”.

Retirado da ciência médica e psiquiátrica, através das ideias de Benedict-Augustin Morel, encontra-se o terceiro significado de degeneração. Seu pensamento está baseado em dois pressupostos básicos: o primeiro reconhecendo o ser humano como uma entidade simultaneamente **física e moral**; o segundo acreditando na **hereditariedade mórbida**, o que implica em pensar que uma anomalia hereditária causaria no descendente uma anomalia ainda mais grave ou ainda diferente. Articulando estes dois pressupostos, concluiu-se que caracteres morais e físicos poderiam ser transmitidos de forma hereditária, incluindo-se aí perturbações como a loucura ou a tendência ao crime. Desta forma, o comportamento imoral de um indivíduo poderia comprometer a saúde de toda a sua estirpe (CARRARA, 1996, p. 55).

Ora, se conforme Gobineau o declínio das raças ocorria devido à mistura de sangue e à miscigenação, por conseqüência o Brasil não seria o local mais adequado para a aceitação pura e simples destas ideias. Logo, dentro daquele contexto, incorporando a

teoria de degeneração, a classe dominante brasileira teria uma solução bastante original e criativa para os seus problemas:

Inverteu o pressuposto básico dos supremacistas brancos. Aceitou a doutrina da superioridade branca inata, mas argumentou que, no Brasil, o branco prevalecia através da miscigenação. Ao invés de “mongolizar” a raça, a mistura racial estava “embranquecendo” o Brasil. Longe de ser uma ameaça, a miscigenação era a salvação do Brasil (SKIDMORE,1994, p.155).

Consequentemente é perceptível que as ideias de degeneração, por meio de seus pensadores e das adaptações realizadas, carregavam consigo todo um discurso de discriminação não só de ordem racial, mas também que incorporam diversos grupos sociais, demonstrando assim uma fusão dos significados que tinham como base muito mais as ideias de Morel, mas sem excluir as de Gobineau. Fusão esta que, no Brasil, foi muito bem aceita em grande parte de seus significados.

Assim, baseados principalmente no pensamento de Benedict Morel, os cientistas/intelectuais brasileiros observavam a sociedade como um corpo doente, que precisava ser curado. E apoiando-se em estudos que identificavam as doenças da sociedade, apontavam-se então para os tipos perigosos, os desviantes sociais. Desta forma, estas conclusões eram estendidas a determinados grupos sociais, que passavam a ser identificados como classes perigosas para a sociedade. Fazendo assim, por consequência, com que os locais de vivência e de moradia daquelas classes tidas como perigosas também fossem estigmatizados. A concepção discriminatória destes espaços não estava somente relacionada às condições de higiene, mas também associada à cor de pele, situação econômica, condutas morais, entre várias outras de seus habitantes. Através disto, fica explícita a relação gerada dentro deste pensamento, entre “classes pobres” e “classes perigosas”.

Neste ponto da análise devemos lembrar do crescente número de pessoas que migraram para Porto Alegre na busca de oportunidades, que procuravam, dentro de suas possibilidades, residirem próximas aos seus locais de trabalho. Desta forma, já no início da década de 1890, porões e construções de habitações irregulares exemplificavam bem as condições de moradia dos habitantes pobres da capital gaúcha, e estas habitações, torna-se necessário mencionar, se localizavam no coração da urbe, muito próxima às finas residências das famílias mais abastadas de Porto Alegre. Mas estas construções tinham um nome, eram os cortiços, que por sua vez se localizavam, geralmente, dentro de becos. As denominações “cortiço” e “beco” estavam associadas a uma série de concepções pejorativas de ordem moral e discriminatória (atribuídas às classes mais pobres): representavam locais de desordem, pobreza, falta de higiene, crimes, algazaras, e ainda

pior, de *degeneração social*. Estes espaços, que para a elite constituíam a cidade indesejada (os becos, seus cortiços, tabernas e prostíbulos), eram considerados, como apontavam os jornais da época, “zonas perigosas” para o bom cidadão de Porto Alegre (MAUCH, 1994, p. 9-10).

As ideias sobre degeneração foram, ainda, associadas a algumas doenças, principalmente às moléstias infecciosas, e é claro, aos seus enfermos. Estes poderiam, por sua vez, terem ligações com as classes perigosas, com os locais inadequados de sobrevivência, com as condutas morais duvidosas, e mais, estarem ligadas ao desregramento sexual e ao excesso. Assim, as doenças venéreas, infecto-contagiosas e hereditárias transmitiriam aos seus enfermos não só o enfraquecimento físico, mas também o estigma desmoralizante.

Conforme identificou Sérgio Carrara (1996, p. 61), nos finais do século XIX associou-se a problemática da sífilis às discussões relativas à degeneração, sendo considerado Alfred Fournier como o principal articulador desta associação, ao levantar uma série teorias sobre o contágio hereditário (principalmente do pai para o filho[a]), da doença:

Para Fournier, a hereditariedade paterna produzia, antes de mais nada, uma “inaptidão à vida”. Tal inaptidão poderia ser radical, implicando a morte dos filhos no útero ou nos primeiros dias de vida. Ou relativa, em caso de sobrevivência, pois a descendência exibiria uma constituição orgânica “enfraquecida”, “empobrecida”, “delicada”, “inferior à média normal”, uma “degeneração nata”, marcada por “vícios constitucionais, predisposições mórbidas (principalmente para perturbações nervosas), decadência, má-formação congênita e paradas de desenvolvimento” (CARRARA, 1996, p. 62).

Como é perceptível, a sífilis e outras doenças de caráter hereditário, passaram a conter boa parte das características atribuídas à degeneração. Logo, é possível observar que aquelas doenças traziam consigo toda uma atmosfera de discussões carregadas de significados morais, que por sua vez estavam intimamente ligadas às teorias de degeneração. Desta forma, os acometidos por estas doenças enfrentariam mais um problema (além dos problemas físicos causados pela moléstia): a exposição da enfermidade tornava-se um grande fator de vergonha social, o que poderia impedir, por muitas vezes, que o enfermo procurasse auxílio médico. Ligado a isto, observamos também que no final do século XIX se deu a transformação do objeto principal da medicina, onde o papel do médico passa a ser redefinido a partir do novo contexto social, em que “o discurso médico irá propor o controle da periculosidade sanitária das cidades, saneamento dos espaços públicos e ordenação da vida familiar” (VIEIRA, 2002, p. 28), implicando em:

[...] um deslocamento do foco na doença para a saúde, nascendo assim o controle das virtualidades, a periculosidade e a prevenção. A doença passa a ser vista como causa da desorganização e de mau funcionamento social.

O fundamento positivista que relaciona determinações biológicas e determinações sociais está em vigor no século XIX, e a biologia passa a ser considerada portadora de leis que deverão reger a sociedade. (VIEIRA, 2002, p. 22).

Nesta atmosfera de pensamento médico/social, o corpo feminino, que do ponto de vista biológico estava intimamente ligado às suas relações específicas com a **reprodução**, passa a estar, conseqüentemente, profundamente articulado com a nova prática médica consolidada naquele período, agora focada na necessidade de controle da periculosidade sanitária e moral da cidade (e de sua população), observando-o assim como figura central na tentativa de *melhorar* suas populações (poderíamos ler como *melhoria da raça*) por meio da reprodução e da ordenação da vida familiar (ROHDEN, 2008; p. 144; VIEIRA, 2002, p. 23).

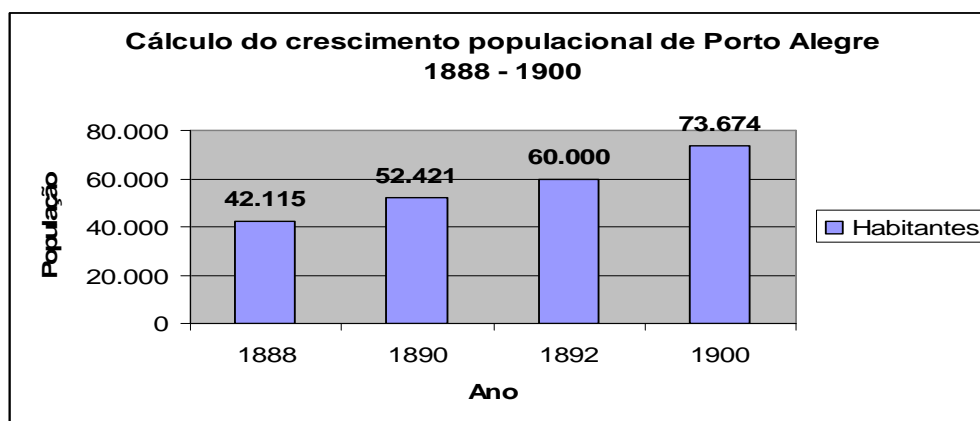
Em conseqüência disto, o corpo feminino passa a ser controlado por parte das normas sociais vigentes (baseadas em torno do pensamento de degeneração social) e do modelo médico utilizado no período, pois neste contexto, a mulher (e seu corpo) deveria ser exemplo de conduta moral, visto que, conforme Vieira (2002, p.26): “as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem sexualmente ligadas em matrimônio com a finalidade reprodutiva. Relações sexuais extraconjugais eram associadas a distúrbios, assim como a masturbação e a prostituição, que, sobretudo, significavam doenças”. Se a doença passa a ter um significado de degeneração física e moral, a mulher neste contexto, caso não esteja incluída no modelo pré-determinando idealizado de mãe e esposa, será observada como um grande perigo para a sociedade.

Por conseguinte, diante do pensamento incorporado pela sociedade relacionado às doenças venéreas, é possível observar que estas moléstias traziam consigo toda uma atmosfera de discussões carregadas de significados morais, que por sua vez estavam intimamente ligadas às teorias de degeneração. Desta forma, os acometidos por estas doenças enfrentariam mais um problema (além dos problemas físicos causados pela moléstia): a exposição da enfermidade tornava-se um grande fator de vergonha social, o que poderia impedir, por muitas vezes, que o enfermo procurasse auxílio médico.

Após esta breve descrição do período e do lócus trabalhados neste estudo, apresentaremos agora algumas das informações coletadas (e analisadas) dos livros de entradas de enfermos, nos concentrando nas que melhores espelham os aspectos da vida social da Porto Alegre de fins do século XIX.

2 Resultados

Antes de analisar as informações coletadas dos livros de entradas de enfermos, é necessário termos em conta alguns dados relativos aos índices populacionais da cidade de Porto Alegre naquele período:



Gráfico² 1: Cálculo do crescimento populacional de Porto Alegre (1888/1900)³

Por meio destes números é possível observar o grande crescimento populacional da capital gaúcha de fins do século XIX, indicando assim que o número de habitantes praticamente duplicou em menos de 15 anos. Visto isto, passamos agora a visualizar o número/porcentual de entradas de doentes venéreos e o número total de internações (contabilizando assim, outros tipos de doenças), em cada hospital, separadamente:

Ano	Doenças Gerais	%	Doenças venéreas	%
1881	145	73,1	39	26,9
1882	163	87,73	20	12,27
1883	157	90,34	15	9,66
1884	160	83,13	27	16,87
1885	192	86,45	26	13,55
1886	216	88,42	25	11,58
1887	242	85,12	36	14,88
1888	218	85,77	31	14,23
1889	228	88,15	27	11,85
1890	297	90,57	28	9,43
1891	274	93,06	19	6,94
1892	300	92,66	22	7,34
Total	2592	87,84	315	12,16

Quadro 1⁴: Comparativo - Doenças gerais x doenças venéreas (Hospital Beneficência Portuguesa)

² Os gráficos apresentados nesta pesquisa foram elaborados pelo autor.

³ Dados retirados de FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul* – Sensos do RS 1803-1950. Porto Alegre, 1981.

⁴ Os quadros apresentados nesta pesquisa foram elaborados pelo autor.

Comparativo: doenças gerais x doenças venéreas Santa Casa de Misericórdia				
Ano	Doenças gerais	%	Doenças venéreas	%
1883	1122	93,67	71	6,33
1884	1194	94,3	68	5,7
1885	1192	93,79	74	6,21
1886	1135	96,91	35	3,09
1887	943	95,44	43	4,56
1888	1105	93,57	71	6,43
1889	1207	92,37	92	7,63
1890	1650	90,96	149	9,04
1891	1965	94,65	105	5,35
1892	1894	89,7	195	10,3
Total	13407	93,26	903	6,74

Quadro 2: Comparativo - Doenças gerais x doenças venéreas (Santa Casa de Misericórdia)

Contabilizando os números de entradas nos hospitais contidos nos dois quadros acima, teremos o total de 15.999 internações. Relacionando estes números com os da população de Porto Alegre, é possível observar que no ano de 1888, o número de internações representa o total de 3,14% da população, e em 1890, 3,71%. Já em 1892, este total foi de 3,65%. Através destes números, nota-se que o número de internações nos hospitais acompanhou de maneira proporcional (e com inexpressiva variação) o crescimento populacional da cidade.

Partindo para uma análise pormenorizada dos dados, é possível observar que o número de pacientes internados na Beneficência Portuguesa aumentou gradativamente no decorrer dos anos. Porém, o número de entradas de doentes venéreos manteve-se dentro de uma mesma margem no período, com uma média de pouco mais de 12%. Observando os dados da Santa Casa de Misericórdia, referente às entradas de pacientes venéreos, nota-se que aqueles números acompanharam a média de incidências de entradas dos enfermos acometidos pelos outros tipos de doença, ou seja, mantiveram-se dentro de uma mesma média durante os anos de 1883 a 1889, subindo repentinamente de 1890 em diante.

Através destes dados é muito interessante também analisar e comparar, entre os hospitais, as diferenças nos totais anuais de internados com doenças venéreas em relação às entradas de enfermos com outras doenças. Observando os números do Hospital Beneficência Portuguesa (um hospital direcionado para pessoas mais bem providas economicamente), verifica-se, o que salta aos olhos, o índice total de 12,16% de enfermos acometidos por doenças venéreas, enquanto que, na Santa Casa de Misericórdia (hospital destinado às pessoas carentes), este índice não chegava a 7% do total de internações.

2.1 O sexo do enfermos

Analisando o sexo dos enfermos venéreos, uma questão aparentemente sem resposta se dá em relação às parceiras sexuais daqueles homens entrados nos hospitais, visto que nos anos pesquisados, dentro de um universo de 1.218 internações (Beneficência Portuguesa e Santa Casa de Misericórdia), apenas 128 destas representam o total de internações femininas (visto que o Hospital Beneficência Portuguesa não recebia, ainda naqueles anos, enfermos do sexo feminino⁵). Abaixo, estes números podem ser observados mais detalhadamente:

Comparativo do número de entradas de doentes venéreos, por sexo, nas enfermarias Santa Casa e Beneficência Portuguesa														
Anos	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	Total dos anos	Total sem os anos de 1881 e 1882
Total sexo masculino	39	20	78	87	96	56	72	91	98	154	101	198	1090	1031
%	100	100	89,7	90,8	95,8	92,9	90,3	87,9	78,6	85,1	77,2	90,4	88,25	87,58
Total sexo feminino	-	-	8	8	4	4	7	11	21	23	23	19	128	128
%	0	0	10,3	9,2	4,17	7,15	9,73	12,1	21,4	14,9	22,8	9,6	11,75	12,42

Quadro 3: Enfermos venéreos – Sexo

Nota-se novamente que os anos de 1881 e 1882 referem-se somente às entradas de enfermos no Hospital da Sociedade de Beneficência Portuguesa⁶, e que devido a isto, foi incluída uma nova e última coluna no quadro acima, informando os dados totais sem contabilizar aqueles anos. Desta forma, a média porcentual de internações femininas em relação ao total de entradas chegou ao máximo de pouco mais de 12%, ou seja, uma estimativa extremamente baixa comparada às internações relativas ao sexo masculino. E se os percentuais forem analisados anualmente, é possível observar que o índice máximo de entradas femininas chegou somente a 23%, em 1891. Através da observação destes dados, torna-se possível pensar em algumas questões em torno desta discussão: a cidade de Porto Alegre seria composta demograficamente por muitos mais homens do que mulheres? Será que isto explicaria esta enorme diferença no número de internações masculinas e femininas entre os enfermos venéreos?

Na tentativa de respostas, torna-se então necessário voltar a analisar os índices demográficos daquele período na cidade de Porto Alegre, principalmente, os referentes ao sexo da população: observando o Censo do Rio Grande do Sul de 1890, é possível verificar que no ano de 1890 (ano que será tomado como base nesta análise), dos 52.421 habitantes

⁵ Seria somente na segunda década do século XX que o Hospital Beneficência Portuguesa contaria com uma enfermaria para mulheres.

⁶ Importante mencionar que nos anos de 1881 e 1882, na Santa Casa de Misericórdia, não foi possível realizar o levantamento dos dados, devido ao estado decrépito da fonte primária (livro de entrada de enfermos).

da cidade de Porto Alegre, 26.012 eram do sexo feminino, ou seja, constituía-se como uma população quase que perfeitamente equilibrada numericamente entre homens e mulheres. Logo, deve ser retirada de cogitação qualquer resposta que tente se utilizar de diferenças quantitativas entre a população masculina e feminina para explicar a grande diferença expressa no número de internações entre os sexos dos enfermos daqueles hospitais. Ainda observando o quadro N.º 3, é perceptível que apesar do grande aumento de internações no ano de 1892, o mesmo não ocorreu em relação ao número de entradas femininas. Mas se for observada separadamente a média de internações femininas entre os anos de 1889 e 1892, esta representará mais que o triplo da média dos seis primeiros anos (1883–1888), enquanto que a média de internações masculinas não chegou a duplicar nos quatro últimos anos.

E se, conforme visto, o acentuado aumento nas internações de pacientes venéreos se deu devido ao crescimento populacional da cidade, e agora, levando também em consideração que o crescimento do número de entradas femininas nos hospitais ocorreu de forma proporcionalmente maior que as masculinas, e que o número de internações de homens continuou sendo extremamente maior do que o de mulheres, estes dados podem também representar que as mulheres, em sua grande parte, procuravam formas diferenciadas de cura em relação aos homens, fazendo assim com que muitas mulheres não procurassem os hospitais para tratamento. Mas antes de se pensar nas possibilidades de veracidade desta hipótese, é necessário observarmos os números totais de internações femininas (não somente os casos de doenças venéreas). Para isto, serão analisados os seguintes dados, retirados dos relatórios da Santa Casa:

Internações (não-venéreas) na Santa Casa de Misericórdia - Sexo				
Ano	N.º de internações sexo feminino	%	N.º de internações sexo masculino	%
1889	289	31,49	918	68,51
1890	365	28,4	1285	71,6
1891	395	25,15	1570	74,85
1892	383	24,58	1558	75,42

Quadro 4: Enfermos acometidos por doenças não-venéreas - Sexo

Desta forma, com um percentual máximo de 31,49% das internações em 1889, torna-se realmente perceptível que realmente havia fatores que afastavam as mulheres dos hospitais, demonstrando assim fortes indicativos que apontam para uma **cultura de saúde e cura diferenciada para o corpo feminino** em relação ao sexo masculino. Mas o que chama mais a atenção é que as médias de internações femininas, comparada às masculinas, despencam ainda mais quando se tratam de enfermidades venéreas.

Mas se em contrapartida, com base na afirmação da queda da média de internações femininas (enfermas venéreas) em relação às acometidas por outras doenças fosse pensado que a maioria das mulheres habitantes de Porto Alegre estaria livre das doenças venéreas, seria também necessário considerar a possibilidade dos homens internados nos hospitais terem adquirido as doenças através da relação sexual com um mesmo grupo de mulheres portadoras das moléstias (ou seja, considerando que apenas um grupo de mulheres estivesse contaminado), entre eles próprios, ou até mesmo em outras regiões. Porém, há de se considerar também que estes teriam contagiado outras mulheres (companheiras, esposas, amantes etc.).

É interessante apontar ainda que somente no Hospital da Beneficência Portuguesa foram registradas 315 internações de enfermos venéreos, todas do sexo masculino. Desta forma, o total de registros obtidos de internações femininas não chega nem a metade dos casos de pacientes venéreos masculinos daquele hospital. Assim, pensando então na real possibilidade de muitas mulheres acometidas por doenças venéreas não terem procurado auxílio médico nos hospitais (ao contrário do faziam vários homens), é necessário pensar em outros motivos que afastavam estas mulheres dos hospitais, além dos já descritos. Será que os aspectos morais discriminatórios relacionados às doenças venéreas têm a sua parcela de causa nesta questão? Parece-nos que sim, pois, se estas doenças estavam vinculadas a toda uma carga de preconceitos conforme o pensamento da época, e também, aos locais de degeneração social, uma mulher acometida por uma enfermidade deste tipo poderia sofrer as mais humilhantes situações, mesmo dentro de um hospital.

Dentro desta esfera de análise, vale lembrar as expressões “sífilis imerecida”, “sífilis inocente” e “sífilis merecida” abordadas por Sérgio Carrara, onde através da primeira expressão os médicos tentavam amenizar o caráter vergonhoso da doença adquirida sexualmente. Ou seja, a “sífilis imerecida” se dava quando a esposa, dentro do relacionamento conjugal, era infectada pelo marido infiel (CARRARA, p. 146, 1996). Mesmo assim, se o objetivo era retirar a carga moral e vergonhosa da doença, isto não seria muito eficaz, pois a esposa ainda estaria expondo, através de sua doença, a traição de seu companheiro. Em vista do que foi descrito até então, ficam no pensamento algumas questões à espera de respostas.

2.2 A profissão dos enfermos

O estudo destes dados possibilita a busca de informações sobre a identidade social dos enfermos, complexificando ainda mais a análise realizada até então. Voltando a atenção para os internados da Santa Casa de Misericórdia (visto que no *Livro dos entrados para a enfermaria do hospital, 1880 – 1893*, do Hospital Beneficência Portuguesa, não são

mencionadas as profissões dos enfermos), é necessário de antemão ter em mente o que poderia ser considerado como uma profissão, um ofício, ou não, naqueles anos. Isto visto que as profissões indicadas nos livros da Santa Casa de Misericórdia são, são em sua grande maioria, ofícios reconhecidos como tais pela sociedade da época. Seguimos então com a análise do quadro abaixo:

Santa Casa de Misericórdia Profissões Sexo feminino	
Profissão	Total
Cozinheira	2
Criada	12
Lavadeira	1
Serviço domiciliar	1
Sem dados	7
Sem ofício	105
Total	128

Quadro 5: Santa Casa de Misericórdia – Profissões: sexo feminino

Conforme pode ser observado, as profissões das mulheres internadas na Santa Casa de Misericórdia se constituem, em seu total, em atividades de cunho doméstico. Interessante notar que não foi citada nenhuma prostituta ou meretriz, não merecendo assim este ofício o rótulo de profissão naquele período.

Relativo ao sexo masculino, as profissões que compõem o maior número de enfermos venéreos são as exercidas por homens que tiravam seu sustento através de atividades marítimas. Ofícios estes que, por conseqüência, possibilitavam grandes chances de mobilidade geográfica para aqueles trabalhadores. Visto ainda que muitos daqueles homens fossem naturais das mais diversas regiões do Brasil ou do mundo. Ou seja, isto quer dizer que o porto da capital gaúcha era de fato, uma grande porta de entrada, e saída, de enfermidades venéreas.

Abaixo, seguem os dados referentes ao número e ao porcentual de internações de enfermos venéreos com indicação de profissão e dos declarados como sem ofício:

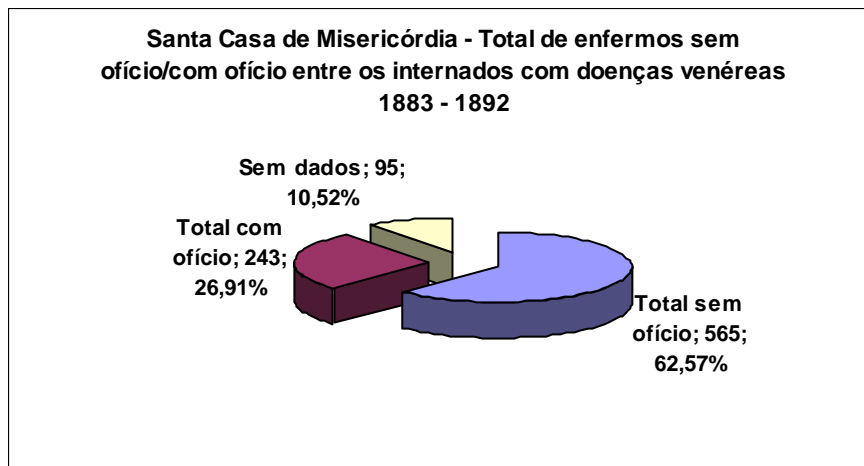


Gráfico 2: Santa Casa de Misericórdia - Enfermos sem ofício/com ofício

Como bem pode ser verificado, uma ampla maioria do total de internações é composta por pessoas sem uma ocupação, ao menos formal, no mercado de trabalho da Porto Alegre de fins do século XIX. Mas uma informação importante que aqui deve ser mencionada é que, para os escravos, conforme pôde ser visto nos *Livros de matrícula geral dos enfermos* (já que o escravo tinha descrito após o seu nome, o nome a quem ele pertencia), o registro no campo de profissão constava apenas como “não tem”, ou seja, a escravidão, obviamente, não era vista como uma profissão.

2.3 A denominação de cor atribuída aos enfermos

Antes de iniciar esta etapa da análise, é importante reafirmar que a denominação de cor, principalmente no Brasil, não se tratava de uma simples identificação da coloração da epiderme humana, e sim, de uma identidade atribuída aos indivíduos componentes daquela sociedade (MOREIRA, 2009, p.41). Esta ideia pode ser também observada através das palavras de Skidmore (1994, p.102):

Em primeiro lugar, no século XIX o Brasil já possuía um padrão de classificação racial bastante desenvolvido, pluralístico ou multirracial. Características físicas como a cor da pele, a textura do cabelo e traços faciais eram muito importantes para indicar em que categoria racial uma pessoa seria colocada. A percepção dessas características podia variar segundo a região, a época ou o observador. No entanto, a soma dessas características (ou “fenótipo”) sempre foi de grande importância. A riqueza ou *status* aparente do indivíduo (identificado por suas roupas ou seu círculo social imediato) também influenciaram a reação do observador, como indica o ditado brasileiro “o dinheiro embranquece”. Mas estes eram casos excepcionais, mais freqüentes entre mulatos claros.

Desta forma, temos a noção do quanto é complexo o sistema de denominação/atribuição de cor no Brasil naquele período, visto que envolvia entre seus fatores determinativos, inclusive, a roupa dos indivíduos. Assim, é possível ter em mente

parte das determinantes envolvidas na definição de cor dos enfermos venéreos entrados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porém, uma pergunta ainda ficará aguardando resposta: as doenças venéreas também poderiam se constituir como mais um fator a ser considerado na determinação da cor de pele?

Após estas considerações relativas à determinação/atribuição da cor aos indivíduos no Brasil, observamos a relação completa das cores atribuídas aos pacientes venéreos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre:

Santa Casa de Misericórdia	
Denominações da cor dos enfermos	
Cor	N.º de enfermos
Branca	377
Cabra	1
China	3
Fula	2
Índia	66
Morena	29
Parda	232
Preta	182
Sem dados e "ignorasse"	11

Quadro 6: Santa Casa de Misericórdia - Denominações de cores dos enfermos

Saltam aos olhos, primeiramente, a quantidade de denominações de cores. A fim de possibilitar uma melhor análise, estes dados estão divididos por sexo, conforme segue abaixo:

Santa Casa de Misericórdia - Denominação de cor dos enfermos por sexo			
Cor	Mulheres	Homens	Total (cada cor)
Branca	46	331	377
Cabra	1	-	1
China	3	-	3
Fula	-	2	2
Índia	3	63	66
Morena	3	26	29
Parda	36	196	232
Preta	36	146	182
Sem dados e "ignorasse"	-	11	11
Total	128	775	903

Quadro 7: Santa Casa de Misericórdia - Denominação de cores dos enfermos por sexo

Desta forma, algumas das informações que constam no quadro tornam-se mais abertas para análise: primeiramente, observa-se que a denominação "china" aparece somente para mulheres. Na linguagem do Rio Grande do Sul, "china" pode ter uma dupla indicação: referir-se a uma cor similar à asiática (ou indígena), ou, no linguajar chulo,

identificar as mulheres (através da denominação de cor) que tinham comportamento sexual desregrado dentro da sociedade, ou ainda, as que exerciam a profissão de meretrizes⁷.

Por conseguinte, torna-se interessante mencionar que as mulheres identificadas como de cor “china” nos livros da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre são naturais da Província/Estado do Rio Grande do Sul, solteiras, pobres, sem profissão e não carregavam em seus nomes nenhum indicativo de que fossem descendentes de asiáticos: Maria da Conceição (dezesseis anos), Vicentina Ferreira da Silva (dezessete anos) e Rosalina Valmaceda (vinte e seis anos)⁸.

2.4 Idade dos Enfermos

Passamos agora a analisar a idade dos enfermos. Para isto, segue, abaixo, um gráfico comparativo, por sexo:

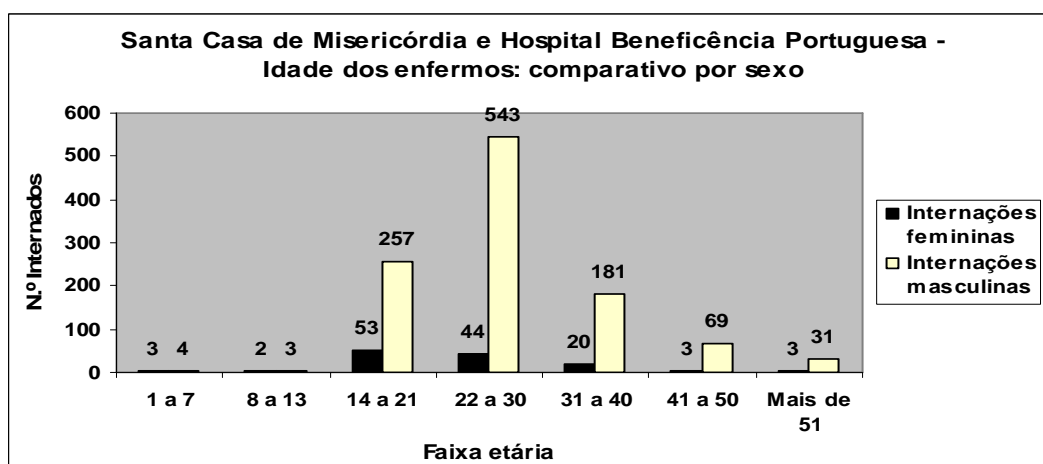


Gráfico 3: Idade dos enfermos - Comparativo de sexo

Uma importante informação que consta no gráfico acima se encontra no fato de que para o sexo feminino a faixa etária de maior incidência de casos de doenças venéreas

⁷ Segundo MOREIRA (1993) “Junto aos quartéis, principalmente no Beco do Oitavo, encontravam-se várias casas ocupadas por mulheres quase sempre trabalhando em serviços domésticos (cozinheiras, lavadeiras, criadas em geral), as quais mantinham relações de vários tipos com os efetivos do Exército. Eram classificadas nos processos criminais como meretrizes, chinas ou paraguaias, adjetivação esta que não era necessariamente dirigida àquelas nascidas no país vizinho, mas tinha conotações ocupacionais - meretriz -, misturadas com questões de cor - china ou indiática [...] No processo 1372 (APERS - Maço 51), a ré Angela Maria de Oliveira era acusada de ter ferido em 2 de janeiro de 1879 seu ex-amásio, o pardo Victor (escravo). Enquanto uma das testemunhas a chamava de *paraguaia* e outra a indicava como ‘mulher indiática’, o ofendido a descreve como de ‘*cor china*’. Ângela, em seu depoimento, declarava ter 31 anos, filha legítima de Manoel e Maria, solteira, doméstica e ter nascido em Porto Alegre. Antes de qualquer deliberação, Ângela faleceu na enfermaria, vítima de varíola, descrita como: cor indiática, cabelos corredios, olhos pardos, nariz rombo, rosto redondo e reforçada de corpo”. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. 1993. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [1993].

⁸ “As relações entre as meretrizes e os marítimos tinham recíprocas facilidades materiais (sem com isso, é lógico, desconsiderar a paixão como cimento destes amasiamentos). O maquinista do vapor Henrique Dias, Joaquim Gonçalves da Cunha (39 anos, de Portugal), que dizia ser casado, declarou que, após ter desembarcado no dia 27 de junho de 1880, fez a barba, foi a uma venda e jantou no Hotel La Minuta, indo após à Rua Bela na casa da *paraguaia* Rosaura, onde dormiu. Em seu depoimento, **Rosalina Valmaceda** (16 anos, solteira, serviço doméstico, analfabeta) disse que: “conhece o maquinista de nome Joaquim, que lhe paga o aluguel da casa e com o qual entretém relações enquanto o vapor em que é empregado estiver estacionado no porto desta cidade”. MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. 1993. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [1993].

ocorreu entre os 14 e 21 anos de idade, representando assim mais de 41% do total de registros obtidos. Na faixa dos 22 aos 30 anos se encontram 34% dos casos totais de internações femininas.

Analisando o número de internações de doentes venéreos nas mesmas faixas etárias para o sexo masculino, se observará que a maior incidência daquelas doenças ocorreu na faixa dos 22 aos 30 anos, correspondendo assim à quase 50% das internações. Dos 14 aos 21 anos são identificados 23% do total de entradas de homens nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Beneficência Portuguesa. Desta forma, as informações até então arroladas podem demonstrar que as enfermas internadas na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, não raro, tinham sua iniciação sexual na companhia de um parceiro já infectado, ou, pensando em uma hipótese que não pode ser descartada, molestadas por um indivíduo portador de doença venérea. Conforme descreveu Sandra Pesavento sobre um dos vários casos de violência sexual contra crianças, ocorridos na cidade de Porto Alegre, nos finais do século XIX: “Havia ainda os casos de menores órfãs que se encontravam sob a guarda de tutores. Ursulina, menor de 14 anos, fora deflorada pelo cunhado, seu tutor, que com ele morava, inoculando-a de sífilis. O tutor tomou a providência de internar a menor na Santa Casa de Misericórdia...” (PESAVENTO, 2001, p. 283).

Este caso ocorreu em 1895. Quanto à incidência de internações de venéreos adolescentes ou jovens do sexo masculino, sabe-se bem da cultura brasileira, daquele período, de incitar a iniciação sexual com prostitutas, o que contribuiria, não raro, para que contraíssem moléstias venéreas (FREYRE, 1963, p. 445 - 446).

2.5 Doenças venéreas

As doenças venéreas identificadas nos livros de entradas de enfermos dos hospitais Beneficência Portuguesa e Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, sem mencionar os seus desdobramentos ocasionados devido à fase de evolução da enfermidade no corpo humano, foram as seguintes: sífilis, blenorragia, bubão e cancro mole. Dentre os desdobramentos destas doenças, são encontrados vários tipos de manifestações das mesmas moléstias⁹, tais como: sífilis secundária, sífilis terciária, sífilis cerebral, cancro duro (cancro sífilítico), vários tipos de bubões e de blenorragia, entre outras.

É interessante também mencionar que muitos dos enfermos deram entrada nas enfermarias com mais de uma moléstia venérea, tal como o espanhol Mariano Pery, de 26

⁹ Para maior entendimento sobre as diversas formas de manifestações das doenças venéreas e a evolução das mesmas no corpo humano, consultar STEDMAN, Thomas L. *Stedman Dicionário Médico*, AVELLEIRA, João C. R.; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais brasileiros de dermatologia*.

anos de idade, internado em 14 de setembro de 1892 na Santa Casa acometido por blenorragia e cancros, ou como no caso do também espanhol Manoel Gonçalves Reguero, de 35 anos, entrado na enfermaria cirúrgica do Hospital Beneficência Portuguesa aos 12 de setembro de 1890, portador de úlceras sífilíticas e blenorragia, saindo curado em 12 de outubro do mesmo ano.

No gráfico que será apresentado, em seguida, optou-se por simplificar as informações, objetivando assim obter uma noção mais clara de quais foram as doenças venéreas de maior incidência. Desta forma, por exemplo, todos os registros de “cancro duro” foram contabilizados como casos de sífilis (justamente por se tratar uma manifestação da sífilis). Como “blenorragia”, foram considerados todos os casos descritos como “blenorreia”, “blenorreha”, “gonorréia” ou outras manifestações desta doença. E ainda, em “cancros venéreos” foram contabilizados todos os casos observados com esta identificação, e também, os descritos como “cancro mole”.

É importante mencionar que através da denominação “cancros venéreos”, muito comum nos registros encontrados, não é possível saber se esta foi somente atribuída ao cancro mole, aos cancros sífilíticos ou por vezes, aos cancros duros, visto que todas estas denominações são encontradas nos livros pesquisados. Porém, no *Livro dos entrados para a enfermaria do hospital da Beneficência Portuguesa*, não foi encontrado nenhum registro da denominação “cancro mole” ou “cancro duro”. Portanto, a denominação “cancro venéreo” utilizada no gráfico, abaixo, pode englobar tanto casos de sífilis como casos de cancros moles.

Mas agora, chega-se a um ponto na análise que merece algumas considerações: um dos grandes problemas para qualquer pesquisa que trabalhe com índices de doenças venéreas dentro de um dado grupo de enfermos se encontra no fato de que (devido às diversas formas de manifestações destas doenças, que muitas vezes não parecem indicar qualquer sinal de terem sido causadas por moléstias venéreas, tal como a cegueira [muito comum em recém nascidos, filhos de enfermos portadores de blenorragia]) torna-se impossível identificar (principalmente quando se trata de uma pesquisa sobre o passado, quando somente se encontra a denominação da doença, como no caso deste estudo) se determinada enfermidade que foi diagnosticada, se tratava de uma doença venérea ou não.

Por conseguinte, nesta pesquisa, optamos por não especular casos de doenças venéreas, ou seja, não foram tomadas como doenças venéreas as enfermidades que assim não estivessem descritas nos livros pesquisados (ao contrário do que foi observado em alguns dos trabalhos pesquisados sobre o assunto). O que pensamos ser válido nesta esfera de análise é deixar claro que, devido a isto, muito provavelmente os números aqui

demonstrados de enfermos venéreos entrados nos hospitais no período aqui pesquisado poderiam ser ainda mais expressivos. Na consulta e transcrição dos livros de entradas de pacientes, por muitas vezes, foram identificados casos de cegueira, paralisia, retardo mental, surdez, diversas formas de lesões no corpo, anemia, que poderiam muito bem ser manifestações de gonorréia ou sífilis, porém, foram recolhidos apenas os dados que realmente indicavam o antecedente venéreo da doença, por exemplo, o caso de conjuntivite sífilítica registrado em 25 de outubro de 1892, identificado na enferma Maria Alves de Oliveira, de 22 anos de idade.

Mas pode ainda ter acontecido o contrário: muitos dos diagnósticos realizados, onde a enfermidade foi apontada como venérea, podem ter ocorrido de forma equivocada, considerando que estamos tratando de um período em que não havia tecnologia e técnicas para diagnósticos eficazes sobre estes tipos de doenças. Visto ainda que, no século XIX, eram atribuídos à sífilis diversos males do corpo humano (CARRARA, 1996, p.39).

Realizadas estas considerações, salientamos que, de acordo com os objetivos desta pesquisa em realizar uma análise histórico-social de como estavam inseridos e de como eram observados os enfermos acometidos por doenças venéreas (ou tidos como portadores de doenças venéreas) na sociedade porto-alegrense de fins do século XIX, o que de fato importou, para efeito de análise, foi que os enfermos registrados nos livros de entrada nas enfermarias foram, naquele dado momento, diagnosticados como portadores de doenças venéreas.

Abaixo, seguem os índices de incidência de cada doença:

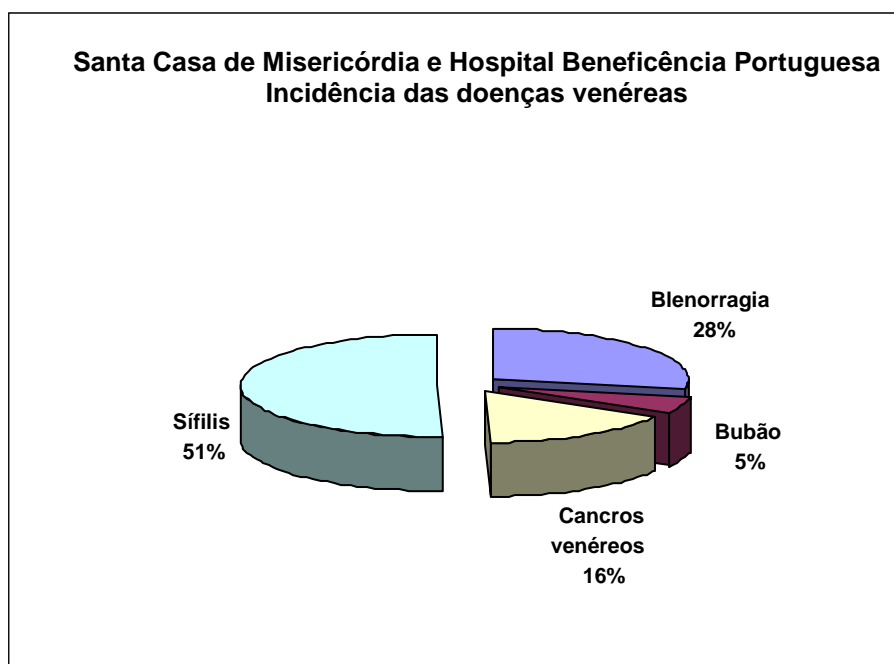


Gráfico 4: Incidência de doenças venéreas

Como é possível observar, a sífilis foi identificada como a moléstia responsável pela maior parte das internações (51% do total) de enfermos venéreos nos dois hospitais pesquisados em Porto Alegre, sendo seguida pela blenorragia com o significativo índice de 28% do total das internações. No Hospital Beneficência Portuguesa foi observado um percentual mais elevado de casos de sífilis em relação às enfermidades venéreas identificadas na Santa Casa de Misericórdia. Realizando uma outra comparação entre os dois hospitais, foi identificado que o número de casos de enfermos acometidos por cancros venéreos no Hospital Beneficência Portuguesa foi menor do que a metade dos identificados na Santa Casa de Misericórdia.

3 Para finalizar

Após esta breve apresentação de alguns dos principais resultados da pesquisa realizada, fica a sensação de que foi possível por meio das informações encontradas nos livros de entradas de enfermos (analisadas como representações do passado daquela sociedade e daquele período), e também, por meio da contextualização e investigação destas com as transformações de ordem social, pensamento social e científico do período, imaginário da população etc., conhecer um pouco mais sobre como estes enfermos se inseriam (e eram inseridos) na sociedade porto-alegrense de fins do século XIX. Análise esta que se mostrou por muitas vezes surpreendente, na medida em que as perguntas, hipóteses e respostas surgiam e se desfaziam, transformando este estudo em um grande e constante processo de (des)construção do conhecimento histórico, demonstrando assim que o estudo da saúde e das doenças possibilita um terreno extremamente fértil para conhecermos e pensarmos de maneira mais complexa o nosso passado e presente.

Por conseguinte, somente analisando o passado de forma complexa é que será possível obter uma compreensão mais inteligível sobre os reflexos de outrora que hoje se fazem presentes em nossa sociedade, o que certamente poderá auxiliar na busca pela identificação e assimilação das causas dos intensos problemas de desigualdade social que geram preconceitos das mais diversas formas, miséria, violência, educação e saúde precárias, além de tantos outros males à nossa sociedade. Problemas estes que de forma acentuada, infelizmente, fazem parte da rotina, diária e atual, de nosso país. E, como personagens (ativos) neste triste cenário, cabe a nós, como pessoas humanas, a busca por soluções.

FONTES

LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5, 1883 – 1885. CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 6, 1885 – 1893. CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

LIVRO DOS ENTRADOS PARA A ENFERMARIA DO HOSPITAL, 1880 – 1893. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

RECEITA E DESPEZA DA SOCIEDADE PORTUGUEZA DE BENEFICÊNCIA DE PORTO ALEGRE, 1888-1894. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1880 – 1885; 1889 - 1894. CEDOP/SCMPA. Centro de documentação e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

RELATÓRIOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA, 1885, 1886, 1888, 1890, 1893 E 1900. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

RESUMO HISTÓRICO DA SOCIEDADE PORTUGUEZA DE BENEFICÊNCIA DE PORTO ALEGRE, 1854 – 1904. Acervo Beneficência Portuguesa de Porto Alegre. Arquivo do Museu de História da Medicina de Porto Alegre.

SIE 3001 – RELATÓRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DO INTERIOR E EXTERIOR (1893–1894). Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMUS, Diego. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna. In: Armus, Diego. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005. p.13-40.

AVELLEIRA, João C. R.; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2006; 81(2):111-26.

BARRETO, Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808 – 1851)*. 2005. 257 f. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, [2005].

BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

BORGES, Dain. “Inchado, Feio, Preguiçoso e Inerte”: A degeneração no pensamento social brasileiro, 1880-1940. *Teoria e Pesquisa*. N.47, jul. - dez. 2005.

BURKE, Peter. *O que é história cultural?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

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.

CERTEAU, Michel de. *A escrita da história*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CHARTIER, Roger. Entrevista. *Pós-História*. Assis, v.7, p.11-30. São Paulo, 1999.

_____. O mundo como representação. *Estudos Avançados*, vol.5, n.11, Jan./Abr. São Paulo, 1991.

CLEGG, Frances, *Estatística Para Todos: um Manual Para Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1995.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREYRE, Gilberto. *Casa-grande e senzala*. 13.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1963.

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

HOBBSAWM, Eric. J. *A era dos impérios 1875-1914*. 10.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na primeira república*. 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2002].

MAUCH, Cláudia et. al. *Porto Alegre na virada do século 19 – Cultura e Sociedade*. Porto Alegre/ Canoas/ São Leopoldo: Ed. Universidade/UFRGS / Ed. ULBRA / Ed. UNISINOS, 1994.

MONOGRAFIAS Médicas Squibb N.º 4. *Tratamento das doenças venéreas*. [s.l.]: Departamento médico de Squibb & Sons, [195-].

MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. *Entre o Deboche e a Rapina: os cenários sociais da criminalidade popular em Porto Alegre*. 1993. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [1993].

_____. Moléstias dos Pretos Corpos: Doença, saúde e Morte entre a População Escrava de Porto Alegre no Século XIX (1820/1858). In: SIMERS/MUHM. *História da Medicina, Instituições e Práticas de Saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: SIMERS/MUHM, 2009, p. 30-48.

OLIVEIRA, Daniel. *Porto dos degenerados – Os enfermos acometidos por doenças venéreas internados nos hospitais Santa Casa de Misericórdia e Beneficência Portuguesa de Porto Alegre entre os anos de 1881 e 1892*. 2009. 160f. Monografia (Graduação em História) – Área de Ciências Humanas, UNISINOS, [2009].

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *História & história cultural*. Belo Horizonte/São Paulo: Autêntica Editora, 2005.

_____. *Uma outra cidade: o mundo dos excluídos no final do século XIX*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2001.

_____. Lugares malditos: a cidade do “outro” no Sul brasileiro (Porto Alegre, passagem do século XIX ao século XX). *Revista Brasileira de História*. São Paulo, vol. 19, n.37, set. 1999.

_____. Muito Além do Espaço: Por Uma História Cultural do Urbano. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol.8, n16, 1995. P.279-290.

_____. *Os pobres da cidade*. Porto Alegre: UFRGS, 1994.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, p. 133 – 152, jun. 2008.

RODRIGUES, Nina. *As colectividades anormaes*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939. V.19.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução de Ângela Loureiro. Rio de Janeiro: edições Graal, 1979.

SILVEIRA, Eder. *A Cura da Raça: Eugenia e Higienismo no discurso médico Sul-Rio-Grandense nas primeiras décadas do século XX*. Passo Fundo: Editora Universitária de Passo Fundo; 2005.

SKIDMORE, Thomas E. *O Brasil visto de fora*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. *Preto no Branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Paz e Terra, 1976.

STEDMAN, Thomas L. *Stedman Dicionário Médico*. Tradução de Cláudia L. C. Araújo et. al. Supervisão de J. Israel Lemos. 25.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

VIEIRA, Elisabeth Meloni Vieira. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

WADI, Yonissa Marmitt. *Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Santa Maria: UFSM, 1999.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, [2007].