

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
NÍVEL MESTRADO

CAROLINA WENDLING RODRIGUES

MIGRAR E ADOECER

Os italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1875-1890)

São Leopoldo

2023

CAROLINA WENDLING RODRIGUES

MIGRAR E ADOECER

Os italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1875-1890)

Dissertação apresentado(a) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em História, pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientadora: Prof.^a Dra. Maíra Ines Vendrame

São Leopoldo

2023

R696i Rodrigues, Carolina Wendling
Migrar e adoecer : os italianos na Santa Casa de
Misericórdia de Porto Alegre (1875-1890). / Carolina
Wendling Rodrigues. – 2023.
289 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em História, 2023.
“Orientadora: Profa. Dra. Maíra Ines Vendrame.”

1. Imigrantes italianos. 2. Rio Grande do Sul – Séc. XIX.
3. Santa Casa de Misericórdia. 4. Saúde e assistência. I.
Título.

CDU 93/98

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Silvana Dornelles Studzinski – CRB 10/2524)

CAROLINA WENDLING RODRIGUES

MIGRAR E ADOECER

Os italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1875-1890)

Dissertação apresentado(a) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em História, pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Aprovado em 14 de Junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Maíra Ines Vendrame – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Daiane Silveira Rossi – Universidade Franciscana (UFN)/Fundação Oswaldo Cruz
(FIOCRUZ)

Maria Izilda Santos de Matos – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Ana Paula Korndörfer – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

AGRADECIMENTOS

Após dois anos de pesquisa, coleta de dados nas fontes e muitas leituras, chegou o momento de agradecer a todos que se fizeram presentes na minha trajetória enquanto mestranda e acadêmica.

Agraço primeiramente ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), uma vez que a presente pesquisa foi possível devido à bolsa integral concedida. Também agradeço ao Programa de Pós-Graduação em História da Unisinos que aprovou meu projeto de mestrado. Para mim, foi extremamente gratificante ter ingressado na mesma universidade que fiz parte enquanto graduanda na Iniciação Científica. Dar continuidade à pesquisa foi um privilégio, uma oportunidade de seguir a carreira de investigadora.

Agradeço à minha orientadora Máira Ines Vendrame, por estar junto comigo desde a orientação do TCC até o mestrado, pois sem ela nada disso seria possível. É difícil encontrar palavras para descrever a minha gratidão. Ao longo da trajetória enquanto graduanda e mestranda, a professora Máira, além de ser uma inspiração enquanto historiadora, pesquisadora e docente, foi um porto-seguro para mim, sempre me ouvindo, encorajando e incentivando todas as minhas ideias. Agradeço também ao professor Alexandre Karsburg, pelas dicas e sugestões que contribuíram para a escrita da dissertação.

Às professoras Ana Paula Korndörfer e Daiane Rossi, por todas as contribuições que deram à pesquisa na banca de qualificação e por estarem presentes na defesa final. Aos professores do PPGH da Unisinos pelos ensinamentos proporcionados durante o mestrado. À professora Véra Barroso, historiadora do CHC Santa Casa, por ter me auxiliado durante o estágio que realizei no arquivo, onde tive a oportunidade de conhecer o Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, e também por ter feito a gentileza de me auxiliar na coleta dos dados para a realização da pesquisa de mestrado. Agradeço igualmente aos demais colaboradores do arquivo que me auxiliariam nas pesquisas, bem como aos funcionários do Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

Agradeço às minhas amigas e colegas do PPGH Unisinos, Eduarda Troian e Micaela Colombo. Estamos juntas desde a graduação, e, por conta da nossa amizade e parceria, a trajetória do mestrado se tornou mais leve. Quero continuar cultivando essa amizade.

Por fim, termino esses agradecimentos mencionando as pessoas mais importantes de minha vida: a minha família. A minha mãe, Raquel, por ser quem ela é, minha melhor amiga e

companheira para todas as horas. Ao meu pai Evandro e meu irmão Gabriel. Às minhas gatinhas de estimação, Amélia e Beatriz, que também são da família, e que foram um grande alicerce emocional durante o mestrado. E, finalmente, ao meu companheiro Luiz Fernando, que sempre está ao meu lado, apoiando, incentivando e entendendo minhas angústias e ausências devido às noites em claro escrevendo a dissertação.

RESUMO

O objetivo principal desta dissertação é analisar o uso que os imigrantes italianos faziam da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, as condições em que buscavam atendimento, as doenças que apresentavam e como se dava o acesso a essa instituição entre 1875 e 1890. A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, fundada em 1803, testemunhou diversas fases históricas do Rio Grande do Sul, incluindo o crescimento da cidade de Porto Alegre. Em meio a esse processo, destacamos a chegada dos imigrantes italianos no final do século XIX. Os registros dos enfermos da Santa Casa na década de 1870 revelam a presença de italianos recém-chegados à província em busca dessa instituição de caridade. Nas décadas seguintes, os italianos continuaram a recorrer a ela. Nossa hipótese sustenta que o perfil desses imigrantes e as doenças dos recém-chegados mudaram ao longo dos anos. Para responder a essas questões, utilizamos o Livro de Matrícula Geral dos Enfermos da Santa Casa como fonte, a fim de compreender os trajetos percorridos por esses imigrantes e como o governo lidava com as questões de saúde e assistência a eles. Além disso, recorreremos a fontes como relatórios do presidente da província, ofícios e correspondências emitidos por diversos órgãos, como a Inspetoria Geral de Terras e Colonização. A partir do levantamento das fontes, com inspiração na micro-história italiana, utilizamos o método quantitativo e qualitativo. Observamos que, com o aumento dos fluxos migratórios, o Império Brasileiro intensificou a inspeção sanitária em todo o país, providenciando locais para receber e isolar os imigrantes, como hospedarias, hospitais marítimos e lazaretos. Na província do Rio Grande do Sul, alguns desses locais funcionavam de forma temporária. Como resultado, a Santa Casa recebia pagamentos do governo provincial para tratar as doenças dos imigrantes e também para abrigá-los. Nesse sentido, constatamos que a instituição era utilizada por imigrantes tanto doentes quanto não doentes, revelando diferentes propósitos daqueles que não tinham recursos para custear tratamentos ou hospedagem.

Palavras-chave: Imigrantes Italianos, Santa Casa de Misericórdia, Saúde e Assistência, Rio Grande do Sul, Século XIX.

ABSTRACT

The main objective of this dissertation is to analyze the use that Italian immigrants made of the Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, the conditions under which they sought medical care, the diseases they presented, and how access to this institution was granted between 1875 and 1890. The Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, founded in 1803, witnessed various historical phases of Rio Grande do Sul, including the growth of the city of Porto Alegre. In the midst of this process, we highlight the arrival of Italian immigrants in the late 19th century. The records of patients at the Santa Casa in the 1870s reveal the presence of newly arrived Italians in the province seeking this charitable institution. In the following decades, Italians continued to turn to it. Our hypothesis asserts that the profile of these immigrants and the diseases of the newly arrived individuals changed over the years. To address these questions, we used the General Enrollment Book of Patients at the Santa Casa as a source to understand the paths taken by these immigrants and how the government dealt with health and assistance issues for them. Additionally, we consulted sources such as reports from the president of the province, official letters, and correspondence issued by various agencies, such as the General Inspectorate of Lands and Colonization. Based on the survey of these sources, drawing inspiration from Italian microhistory, we employed both quantitative and qualitative methods. We observed that with the increase in migratory flows, the Brazilian Empire intensified sanitary inspection throughout the country, providing places to receive and isolate immigrants, such as hostels, maritime hospitals, and lazarettos. In the province of Rio Grande do Sul, some of these locations operated temporarily. As a result, the Santa Casa received payments from the provincial government to treat the immigrants' illnesses and provide accommodation for them. In this sense, we found that the institution was used by both sick and non-sick immigrants, revealing different purposes for those who lacked resources to cover treatment or lodging expenses.

Keywords: Italian Immigrants, Santa Casa de Misericórdia, Health and Assistance, Rio Grande do Sul, 19th Century.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Vista da Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores em 1888.....	82
Figura 2 - Esquema de serviços da Hospedaria de Imigrantes, c.1920	85
Figura 3 – Mapa da ocupação do território do Rio Grande do Sul.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Contagem de internações por naturalidade estrangeira (27/01/1873 a 31/08/1880)	114
Gráfico 2 - Contagem de internações por naturalidade estrangeira (01/01/1883 a 30/06/1888)	115
Gráfico 3 - Contagem de internações por naturalidade estrangeira (07/07/1888 a 06/06/1893)	116
Gráfico 4 - Internações de homens e mulheres de todas as nacionalidades na Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre (1880 e 1895).....	117
Gráfico 5 - Porcentagem do estado civil dos italianos de ambos os sexos na SCMPA (27/01/1873 a 06/06/1893)	119
Gráfico 6 - Classe social dos imigrantes italianos internados na SCMPA (1873-1893).....	121
Gráfico 7 - Profissões dos italianos internados na SCMPA (27/01/1873 a 31/08/1880)	122
Gráfico 8 - Classificação das doenças dos italianos (05/11/1873 a 31/08/1880)	131
Gráfico 9 - Classificação das doenças dos italianos (01/01/1883 a 30/06/1888)	132
Gráfico 10 - Classificação das doenças dos italianos (07/07/1888 a 06/06/1893)	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação das doenças dos italianos internados na SCMPA entre os anos 1875-1890	23
Tabela 2 - Número de enfermos existentes na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre entre 1 de julho de 1874 a 30 de junho de 1875	64
Tabela 3 - Número de enfermos existentes na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre entre 1 de julho de 1880 a 30 de junho de 1881	66
Tabela 4 - Número de internações dos imigrantes de etnia italiana por Livro	113
Tabela 5 - Estado civil das mulheres de etnia italiana (1873-1893).....	118
Tabela 6 - Relação de nomes de imigrantes chegados em Porto Alegre em 1886 com àqueles que foram internados na SCMPA.....	123
Tabela 7 - Classificação das doenças dos italianos (07/07/1888 a 06/06/1893)	138

LISTA DE SIGLAS

AHRS	Arquivo Histórico do Estado do Rio Grande do Sul
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CHC	Centro Histórico Cultural Santa Casa
LMGE	Livro de matrícula geral dos enfermos
RS	Rio Grande do Sul
SCM	Santa Casa de Misericórdia
SCMPA	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 IMIGRAÇÃO E ASSISTÊNCIA: ABORDAGENS POSSÍVEIS.....	34
2.1 Movimentos migratórios na segunda metade do século XIX	34
2.2 História das Misericórdias e assistência à pobreza	45
2.2.1 Os hospitais e as Misericórdias na América Portuguesa: formas de poder e controle da pobreza.....	48
2.3 Assistência no Rio Grande do Sul e a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	54
3 ACOLHER E CURAR: ASSISTÊNCIA AOS ITALIANOS NO RIO GRANDE DO SUL	69
3.1 Contextualizando: Imigração e Saúde Pública no Brasil do século XIX	69
3.1.1 As hospedarias de imigrantes no Brasil Imperial	77
3.2 Urbanidade, espaços e Saúde Pública na Porto Alegre do Século XIX	86
3.2.1 Saúde, higiene e os imigrantes na cidade	90
3.3 As hospedarias de imigrantes no Rio Grande do Sul: recepção e cuidados com a saúde	94
4 MIGRAR E ADOECER: OS ITALIANOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	104
4.1 A Santa Casa e o combate às epidemias no contexto das migrações	105
4.2 O perfil dos imigrantes italianos na SCMPA	112
4.3 As doenças dos imigrantes italianos na SCMPA	127
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
FONTES	148
REFERÊNCIAS	155
ANEXOS	167
ANEXO A – LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	168
ANEXO B – LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS: ABERTURA DO LIVRO	169

ANEXO C – LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS: ITALIANOS INGRESSANDO NA SANTA CASA NO MESMO DIA E EM SEQUÊNCIA.....	170
ANEXO D – LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS: REGISTRO DOS IMIGRANTES ITALIANOS COM FEBRE AMARELA.....	171
ANEXO E – CAPA DO RELATÓRIO DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE.....	172
ANEXO F- RELATÓRIO DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE– BIÊNIO DE 1888 E 1889. MENÇÃO AOS IMIGRANTES COM FEBRE AMARELA	173
ANEXO G - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS Nº 4 (27/01/1873 A 31/08/1880).....	174
ANEXO H - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS Nº 5 (01/01/1883 A 30/06/1888).....	177
ANEXO I – TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS Nº 6 (07/07/1888 A 06/06/1893).....	181

1 INTRODUÇÃO

Na Ata da Sessão Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, do dia 19 de maio de 1878, leram-se dois ofícios da Presidência da Província: um datado de 22 de março, e o outro, de 30 de abril. O primeiro ordenava o pagamento da quantia de 103:200 (cento e três mil e duzentos) réis para o tratamento dado a 9 “colonos”; e, no segundo, era perguntado se há lugar no estabelecimento para a imigrante Benedita Galli. Na ocasião, o Provedor declarou haver dado solução às demandas dos ofícios. A referida imigrante foi registrada no Livro de Matrícula Geral dos Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em 2 de outubro de 1877, constando as seguintes informações: 40 anos, branca; sofria de “alienação”; natural de Itália; filha de João Villa; classe social: colona geral; estado civil: casada; sem profissão, saiu do hospital em 12 de setembro de 1878.

Assim como Benedita, outros imigrantes italianos, ou “colonos”, ou então “pobres”, como aparecem registrados nos livros, passaram em grande número pela Santa Casa de Porto Alegre, principalmente a partir do final da década de 1870. Foram localizados registros de diversos grupos e perfis sociais, dentre eles: famílias, crianças, mulheres e homens. Os motivos dos internamentos eram diversos, enquanto muitos adentravam ao hospital doentes, outros não aparecem com moléstia alguma registrada.

Tomando a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (SCMPA) como local de estudo, a presente dissertação busca compreender em quais condições e por quais motivos os imigrantes italianos adentravam no hospital entre os anos de 1875 a 1890. Na segunda metade do século XIX, a província e depois estado do Rio Grande do Sul se tornou o destino de milhares de imigrantes italianos que saíram de sua terra natal a fim de dar um novo rumo a suas vidas. Os motivos que levavam essas pessoas a deixarem seu país de origem são muitos, desde situações políticas, econômicas, sociais, familiares e até mesmo estratégicas no sentido de fazer fortuna na América. Os esforços e dificuldades enfrentadas pelos imigrantes se destacam nas narrativas dos descendentes e também na historiografia “clássica”.¹ Porém, nestas análises, além dos problemas de adaptação com o ambiente, é destacado os sucessos alcançados pelo grupo imigrante e a importância deles para o desenvolvimento econômico das regiões de colonização no Estado do Rio Grande do Sul. Principalmente na historiografia, quando abordadas tais questões, muitas vezes, carece de aprofundamento de outros aspectos ligados aos movimentos

¹ Por historiografia clássica entendemos aquela produzida a partir dos festejos do Centenário da Imigração Italiana no Rio Grande do Sul, em 1975. Os principais historiadores da geração de 1975 são: Olívio Manfroi, Carlos Albino Zagonel, Luis Alberto de Boni, Rovílio Costa e Thales de Azevedo.

migratórios. Antes de dar início à nossa problematização, se faz necessário uma breve contextualização sobre a produção historiográfica sobre o tema da imigração italiana no Rio Grande do Sul.

Na década de 1970, foi comemorado o Centenário da Imigração Italiana para o Rio Grande do Sul. Naquela ocasião, foram produzidos inúmeros trabalhos que retratavam a vinda dos italianos para o Brasil. Essa historiografia “clássica” abordou o imigrante como ordeiro e trabalhador, portador de um *etos* superior às demais etnias – principalmente os “brasileiros” – que foi capaz de prosperar sem apoio do Estado. De acordo com Maíra Vendrame, recentemente “um maior número de variáveis passou a ser levado em conta nas análises dos processos de e/imigração e estabelecimento dos colonos italianos no sul do Brasil, reconstruindo esse passado com mais fontes históricas, produzidas em ambos os lados do Atlântico. Deu-se maior atenção aos deslocamentos e, especialmente, aos valores ligados ao “universo social e cultural” de origem dos imigrantes (VENDRAME, 2015, p. 201). A historiografia clássica explica que os movimentos migratórios se deram a partir de fenômenos de expulsão, ou seja, a Europa estava passando por problemas sociais e econômicos ligados ao desenvolvimento industrial, bem como ao excedente populacional(MANFROI, 1975).Estudos recentes, que utilizam a metodologia da micro-história, destacam que “nem todos que emigravam eram camponeses miseráveis, já que muitos eram pequenos proprietários que, antes de partir, venderam seus bens para adquirir terras ou investir em novas atividades econômicas nas regiões de colonização do sul do Brasil” (VENDRAME, 2016, p. 27). Além disso, eram múltiplas as motivações das saídas de famílias e grupos dos diferentes locais da península itálica para o Brasil, tendo os próprios imigrantes papel fundamental nas transferências e escolha dos locais de destino.

Com relação à condição social e financeira dos italianos que migravam para a América, como já fora exposto, nem todos que partiam eram famílias que não possuíam terras e recursos para garantir a sua sobrevivência. Ainda segundo Vendrame (2016, p. 71), a partida fazia parte das estratégias familiares para melhorar a condição social, queriam se tornarem proprietárias e ampliar as oportunidades de trabalho, estando ligada a uma cultura da mobilidade que marcava algumas regiões da Itália. O movimento de migrar já era próprio das sociedades agrárias durante o Antigo Regime, até atingir grandes proporções no final do século XIX. Muitos imigrantes mantiveram contato com familiares e conhecidos que haviam ficado na Itália, conseguindo, assim, fazer com que o restante da família migrasse posteriormente, com sucesso. No entanto, alguns grupos tiveram dificuldades em colocar em prática os projetos de reagrupamento familiar.

É importante problematizar o destino que tiveram aqueles imigrantes que não puderam contar com as redes de apoio familiar no momento da chegada, bem como aqueles que viajavam sozinhos e deixavam suas famílias em sua terra natal. Recomeçar a vida no além-mar significava trilhar um caminho muitas vezes incerto. Deixar o local de origem poderia desencadear inúmeras incertezas e angústias, pois os projetos de vida poderiam ser interrompidos por diversos motivos, sendo um deles as doenças. De acordo com Hutter (1996, p. 36), os problemas com relação à saúde surgiam antes mesmo da saída do emigrante; ao embarcarem, muitos já traziam consigo os germes de doenças adquiridos na Europa. A doença poderia se manifestar em decorrência das condições precárias e insalubres dos navios. Nesse sentido, no momento de desembarque, os imigrantes encontravam-se muito doentes ou desnutridos pela falta de alimento e água potável. As doenças poderiam também ser contraídas nos locais de destino, dificultando, desta forma, a inserção do grupo nas novas terras. Os imigrantes doentes que desembarcavam no Brasil eram encaminhados aos Hospitais ou então se providenciavam locais nas hospedarias. À luz desta temática tem-se como palco a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

A Instituição de caridade de base portuguesa foi fundada em Porto Alegre a pedido e idealização do Irmão Joaquim Francisco do Livramento ao rei de Portugal D. João, tendo sua fundação por deferimento em 19 de outubro de 1803, e a sua construção iniciada no ano seguinte, em 1804. O Hospital de Caridade foi solenemente inaugurado junto as duas primeiras enfermarias, em 1826 (BARROSO, 2015, p. 184). A instituição prestava diversos socorros à população da Província de São Pedro: nas doenças, na velhice, na loucura, no abandono infantil, aos presos e no atendimento espiritual na vida e na morte, também atendendo os viajantes desamparados.

Considera-se importante trilhar brevemente o caminho que foi percorrido na elaboração do tema da presente dissertação. A ideia de trabalhar com os registros da SCMPA e com os imigrantes italianos surgiu por conta do estágio que realizei no Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, durante todo o ano de 2019 e 2020. Nesse período, trabalhei na transcrição do Livro de Matrícula Geral dos Enfermos², e, através do contato com essa fonte, fui percebendo diversas possibilidades de pesquisa. Uma das questões que chamou

² O trabalho de transcrição do Livro de Matrícula Geral dos Enfermos que realizei durante o período do estágio no decorrer de 2019 e 2020 faz parte de um projeto coordenado pela historiadora do Centro Histórico-cultural Véra Lucia Maciel Barroso. Ele tem como objetivo fazer um recorte de todos os estrangeiros, exceto africanos, que passaram pela Santa Casa de Porto Alegre.

atenção foi a ocorrência de algumas moléstias que acometiam os imigrantes: alcoolismo ou então “alcoolismo crônico”, alienação mental e ferimentos que levam a indícios de conflitos corporais³. Também foi observado que grande parte dos estrangeiros de etnia italiana se declaravam pobres e sem profissão⁴. Em relação às informações coletadas nas fontes, fizemos os questionamentos: quais as doenças que acometiam este grupo étnico? Que usos faziam da instituição e em que condições chegavam até ela? Sustentou-se a hipótese de que os imigrantes italianos que não puderam contar com uma rede de auxílio e enfrentaram problemas ligados à adaptação à nova realidade, ficaram mais suscetíveis a doenças psicológicas e emocionais, como problemas de alcoolismo e à criminalidade, tendo como destino a SCMPA. Na tentativa de confirmar a hipótese, a ideia inicial foi realizar um cruzamento de fontes, os dados extraídos dos Livro de Matrícula Geral dos Enfermos (LMGE) como outros extraídos dos processos-crime da comarca de Porto Alegre. Os nomes seriam utilizados como fios condutores para compreender aspectos mais específicos da realidade social destes agentes históricos no ambiente urbano. No entanto, com o andamento da pesquisa, houve a necessidade de adaptar o recorte temporal dos anos de 1875 a 1900⁵, bem como repensar a utilização de outras fontes, como os processos-crime. Dois anos de pesquisa de mestrado não seriam o suficiente para levantar 25 anos de registros, bem como efetivar o cruzamento de informações extraídas dos documentos criminais⁶. Neste sentido, decidimos mudar o direcionamento da pesquisa e o recorte temporal para os anos de 1875 a 1890.

A partir do redirecionamento da pesquisa, a hipótese foi redefinida: temos uma mudança no perfil dos imigrantes italianos que entraram na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ao decorrer dos anos, bem como a variação em relação aos tipos de doenças nos primeiros anos da chegada e algumas décadas após. Olhando com mais rigor para as fontes da década de 70 do século XIX – momento esse que marcou a chegada dos imigrantes italianos no Rio Grande do Sul –, observamos uma frequência maior de italianos entrando no Hospital, com doenças que indicavam uma travessia transoceânica marcada por enfermidades variadas, como: doenças de pele, anemia, diarreia, desidratação, etc. Sobre os registros das doenças psicológicas e

³ Supõe-se que os ferimentos eram resultantes de conflitos, pois a fonte indica no campo das moléstias em que os pacientes entravam informações de ferimentos com “objetos contundentes”, ou até mesmo com projétil.

⁴ É importante destacar que essa condição se observou com outras etnias também, como: alemães, poloneses, russos, franceses, espanhóis, portugueses, asiáticos, assim como os nacionais.

⁵ Pensamos no recorte do ano de 1875 a 1900 devido ao ano que marca o início da chegada de um grande contingente de imigrantes italianos, até a primeira década da República no Brasil.

⁶ A pesquisa no Banco de dados do Arquivo do Estado do Rio Grande do Sul estava se tornando falha, pois a maior parte dos nomes encontrados no LMGE não estava sendo localizada. Ou seja, haveria a necessidade de análises de maços inteiros de processos-crime, onde o foco principal da pesquisa não seria a análise dos processos, mas, sim, as doenças dos imigrantes italianos. Neste caso, os processos serviriam para reforçar a hipótese construída.

emocionais que marcaram os primeiros anos após a chegada dos imigrantes, notamos uma mudança no perfil dos italianos que davam entrada na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, bem como a variação em relação aos tipos de doenças que os assolavam após algumas décadas⁷. Essa diferença em relação às doenças se tornou relevante para pensar as enfermidades que migraram ou foram adquiridas na travessia e também aquelas que passaram a acometer os imigrantes nos locais de instalação, sejam nas colônias ou na zona urbana. Com efeito, as doenças emocionais e os impasses na vida dos imigrantes, como resultado de escolhas malsucedidas, poderiam ser identificadas de forma mais coesa em uma pesquisa longa. Sendo assim, o objetivo principal da presente dissertação é identificar quais os usos que os imigrantes italianos faziam da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e como se deu o acesso à instituição entre os anos de 1875 a 1890.

Para compreensão do contexto histórico, e a fim de sanar as questões levantadas anteriormente, configuram-se como objetivos específicos deste trabalho:

- Estabelecer uma relação da temática da assistência e imigração;
- Apontar a relação da Santa Casa de Misericórdia com a cidade de Porto Alegre e o seu crescimento urbano no final do século XIX, contemplando os movimentos migratórios no contexto histórico;
- Compreender o funcionamento dos órgãos responsáveis pela recepção dos imigrantes que chegavam ao Brasil no final do século XIX, principalmente no Rio Grande do Sul;
- Identificar as medidas tomadas pelo governo da Província/Estado frente às questões de saúde pública e a entrada de imigrantes;
- Analisar as doenças e as condições dos imigrantes italianos recém-chegados que deram entrada na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre;
- Fazer um levantamento geral dos imigrantes italianos que adentraram na Santa Casa no período de 1875 a 1890, para uma análise quantitativa e qualitativa do perfil destes e das doenças;
- Problematizar a compreensão de pobre conferida pelos internados;
- Identificar as mudanças dos motivos das internações no período estudado, atentando para os ligados às transferências Atlânticas e às dificuldades de inserção social do grupo italiano no Rio Grande do Sul.

⁷ Nos primeiros anos da Primeira República, ainda encontramos imigrantes italianos chegando ao estado e sendo internados na Santa Casa, porém, em menor quantidade se comparado ao final da década de 1870 e início de 1880.

Com relação às instituições de assistência, não há como recompor a história da cidade de Porto Alegre “sem passar pelo mais antigo Hospital em funcionamento no Estado”, a Santa Casa (BARROSO, 2015, p. 188). Porém, poucos são os estudos que utilizaram como principal fonte o Livro de Matrícula Geral de Enfermos da referida instituição⁸. Entendemos que a mencionada fonte documental possui grande potencial para analisar temas ligados ao grupo imigrante, tendo sido até o momento pouco explorada pelos historiadores que estudam diferentes questões ligadas à experiência social dos imigrantes italianos que chegaram ao Rio Grande do Sul a partir da década de 1870. Ressaltamos a importância de problematizar os dados presentes nos registros de ingresso dos pacientes enquanto caminho para pensar a relação entre as doenças, a chegada dos imigrantes, os impactos emocionais nos contextos migratórios, a exclusão, assistência, controle, conflitos e insucessos.

As fontes principais que estão sendo utilizadas na presente pesquisa correspondem à documentação da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que se encontra no arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Porto Alegre. O Livro de Matrícula Geral de Enfermos (LMGE) de número 4, que compreende o período de 1873 a 1880, passa a registrar a presença de italianos que davam entrada na Santa Casa. No total, foram levantados os dados de três livros: Livro nº 4 (1873-1880), livro nº 5 (1883-1888), livro nº 6 (1888-1893). De forma geral, os livros da matrícula da Santa Casa de Porto Alegre são numerados e classificados por ordem cronológica, e por volumes, totalizando 28. Eles iniciam no ano de 1843 e vão até 1929, oferecendo os seguintes campos de informação: nº de ordem (ingresso), data da entrada (dia, mês e ano), nome do paciente, idade, naturalidade, cor, filiação, profissão, estado (civil), classe, residência (a partir do volume 19), hora de entrada, por quem foi remetido, diagnóstico, alta (dia, mês e ano) e observações (se o paciente saiu curado, pediu para sair, insubordinação, recusa ao tratamento, foi transferido ou faleceu) (BARROSO, 2015, p. 194). As informações contidas na fonte são essenciais para compreender diversos fatores do processo migratório que serão abordados nessa dissertação.

Segundo Carlos Bacellar, “documentos isolados têm seu valor, mas não se pode arriscar a generalizar suas informações para o restante da sociedade” (BACELLAR, 2011, p. 62). Nesse sentido, consideramos importante analisar em conjunto com o LMGE outras fontes como as da Secção da Provedoria⁹. Os relatórios da Provedoria indicam as atividades exercidas pela Santa

⁸ Sobre os autores que utilizam o Livro de Matrícula Geral dos Enfermos da Santa Casa de Porto Alegre, destacamos: CONSTANTINO (1991); OLIVEIRA (2012); ALMALEH (2018); FLORES (2018).

⁹ Sobre o acervo da Santa Casa, segundo BARROSO (2013, p. 3), as fontes estão classificadas em quatro fundos, chamadas seções, quais sejam: S1 – Provedoria, S2 – Direção Médica, S3 – Direção Administrativa e S4 –

Casa, o que possibilita pensar todo o funcionamento do Hospital, quem eram os médicos que atuavam, quem fazia parte da direção, o funcionamento das enfermarias, bem como o número de pacientes internados. No registro de internação, no campo das observações, há a informação do status de alta do paciente, e, para os que falecem, em alguns casos específicos, optamos por consultar os Livros de sepultamento do cemitério da Santa Casa, a fim de traçar com mais detalhes a trajetória do paciente.

Para compreender a relação que a SCMPA possuía com o Governo Provincial foram consultados os Livros de Atas da Mesa Administrativa, pois trazem informações de valores pagos da Tesouraria da Fazenda do Estado referente à internação de imigrantes italianos. Esses dados são fundamentais para demonstrar que a província possuía relação direta com o Hospital, não somente através das subvenções concedidas à Roda dos Expostos, ao Arsenal de Guerra, aos alienados, mas também no atendimento dos estrangeiros que chegavam à capital Porto Alegre. Para pensar a assistência conferida aos imigrantes em relação à saúde, foram consultados os documentos da Inspetoria Especial de Terras e Colonização, localizados no Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul (AHRG), compostos por: requerimentos, ofícios recebidos e listas dos italianos chegados à província.

Como pretendemos analisar com quais doenças os imigrantes chegavam até a Santa Casa, cabe destacar que utilizamos o *Dicionário de Medicina Popular*¹⁰, escrito no século XIX pelo Dr. Chernoviz¹¹. O uso do dicionário na pesquisa permitiu a identificação da etiologia das doenças, bem como as possíveis formas de tratamento. Para compreender aspectos e contextos de um período histórico a partir da leitura de fontes específicas, fez-se necessário utilizar recursos teóricos e metodológicos. Sobre isso, Carlos Bacellar (2011, p. 63) destaca:

[...] algumas questões são importantes e devem ser, sempre, objeto de preocupação de quem consulta documentos do passado. Um dos pontos cruciais do uso de fontes reside na necessidade imperiosa de se entender o texto no contexto de sua época, e isso diz respeito, também, ao significado das palavras e das expressões. Sabemos que os significados mudam com o tempo, mas não temos, de início, obrigação de conhecer tais mudanças.

Cemitério. Então, todos os documentos estão agregados a esses fundos, seguindo o princípio da proveniência, ou seja, à sua origem conforme organograma de funcionamento da Instituição.

¹⁰ O Dicionário de medicina popular de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, foi um *best-seller*: teve seis edições entre 1842 e 1890, e atendia tanto ao público leigo, a quem se destinava, quanto a médicos, como manual de referência profissional, num momento em que o campo médico militava pela exclusividade do exercício da medicina.

¹¹ Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, nome adaptado de Piotr Ludwik Napoleon Czerniewicz, nasceu em Lukov, Polônia, em 1812. Estudante de medicina da Universidade de Varsóvia, foi obrigado a deixar seu país por ter tomado parte em um levante contra a dominação russa, em 1830. Refugiou-se na França, onde concluiu sua formação na Faculdade de Medicina de Montpellier, em 1837. Aportou no Rio de Janeiro em 1840 (MEDEIROS, 2018).

A leitura atenta das fontes inclui adquirir o conhecimento não somente dos significados das palavras escritas, mas também do contexto, bem como a finalidade pela qual o documento foi produzido. Uma questão importante ao se avaliar as possibilidades de uma fonte documental é buscar perceber a qualidade das informações que ela pode ou não fornecer (BACELLAR, 2011, p. 69). Nesse sentido, o cruzamento das fontes se torna necessário para compreender aspectos mais específicos das questões sociais, do cotidiano dos italianos em Porto Alegre e dos impasses enfrentados e estratégias utilizadas por estes no momento da chegada.

Serão utilizados os métodos quantitativo e qualitativo, uma vez que os dois se complementam no levantamento dos dados. As informações sobre os italianos internados na Santa Casa, entre os anos de 1875 a 1890, foram inseridos em um banco de dados no Excel. Nas tabelas foram transcritas as informações que constam nos Livros de Matrícula Geral dos Enfermos, com as seguintes informações: data de internação, nome, idade, nacionalidade, cor, profissão, estado civil, classe social, moléstia, endereço (quando houver), e observações.

De acordo com o historiador Daniel Oliveira (2012, p. 46), que trabalhou com o levantamento de dados do LMGE e os registros de óbito da Santa Casa de Porto Alegre, os dados nos livros não seguem um padrão específico de descrição, principalmente em relação às doenças. Nesse sentido, cabe ao pesquisador o estabelecimento de padronizações na transcrição das informações. Em relação à presente pesquisa, o principal desafio enfrentado foi no estabelecimento de um padrão no momento de realizar o levantamento das doenças que acometiam os imigrantes italianos.

A fim de classificar de forma padronizada as doenças, utilizamos os dicionários médicos, como, por exemplo, o *Dicionário de Medicina Popular* do Dr. Chernoviz. A pesquisa de Oliveira (2012)¹² nos auxilia metodologicamente para pensar a classificação das enfermidades de forma inteligível, com a única finalidade de organizar as inúmeras doenças que aparecem nos registros de internação da SCMPA¹³. Para a análise das condições de saúde

¹² Daniel Oliveira (2012), em sua dissertação de mestrado intitulada “Morte e vida feminina: mulheres pobres e condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1890)”, estuda as condições de saúde das mulheres pobres em Porto Alegre, e os usos que estas faziam da Santa Casa. O autor também analisou qual foi o papel da Santa Casa na saúde feminina, bem com as práticas médicas desenvolvidas sobre o corpo feminino. Fez um levantamento importante sobre quem fazia uso do hospital entre os anos de 1883 e 1892, apontando grande incidência de pobres, presas e imigrantes. O autor concluiu que as mulheres faziam pouco uso da Santa Casa, principalmente em casos de partos e gravidez.

¹³ Cabe ressaltar que o autor utilizou como método a pesquisa realizada pela historiadora Mary Karasch (2000), que pesquisou os livros de óbito e internação da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. A autora elaborou “metodologias de análise e formas de classificação dos dados encontrados que possibilitam extrair um grande potencial de informações direcionando para a apreensão da realidade social” dos escravizados no Rio de Janeiro entre 1808 a 1850. Uma das classificações tida como referencial são as doenças bem como a mortalidade, em que Karasch utilizou como referencial o Sistema de Classificação Internacional das Doenças e a Classificação das Causas de Morte, elaborado por Jacques Bertillon e adotadas a partir de 1893 (OLIVEIRA, 2012, p. 46-51).

das mulheres pobres em Porto Alegre e os usos que estas faziam da Santa Casa, o autor divide as causas de mortalidade e de internação da seguinte forma:

- 1- Doenças infecto-parasíticas
- 2- Sistema digestivo
- 3- Sistema respiratório
- 4- Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos
- 5- Primeira infância e malformações congênicas
- 6- Morte violenta e acidental
- 7- Sistema circulatório
- 8- Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
- 9- Gravidez, parto e puerpério
- 10- Sistema geniturinário
- 11- Causas conhecidas (variadas)
- 12- Causas de morte mal definidas
- 13- Incerto, ilegível ou não mencionada
- 14- SAM (sem assistência médica) (OLIVEIRA, p.53, 2012)

Como a presente pesquisa se trata de um recorte temporal semelhante, foi utilizado a mesma classificação, porém, com alguns acréscimos e modificações. Doenças que foram identificadas na nossa análise não se enquadravam na classificação elaborada por Oliveira (2012), motivo pelo qual acréscimos foram realizados. Adaptações também foram feitas nas nomenclaturas da classificação, visto que essa pesquisa diz respeito ao registro dos internamentos e doenças e não da causa mortis. Essas adaptações foram feitas com a finalidade de tornar viável o levantamento das nossas fontes.

Tabela 1 - Classificação das doenças dos italianos internados na SCMPA entre os anos 1875-1890

Doenças infecto-parasíticas
Sistema digestivo
Sistema respiratório
Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos
Primeira infância e malformações congênicas
Violência ou acidental
Sistema circulatório
Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Gravidez, parto e puerpério
Sistema geniturinário
Causas variadas (Contusões, Ferimentos, Dores, Cancros, Tumores, Úlceras, Febres)
Causas mal definidas

Incerto, ou não mencionada
SAM (sem assistência médica)
Sem doença
Doenças venéreas
Doenças na pele
Doenças oculares
Sistema linfático

A partir da tabela principal no Excel, foram elaboradas outras secundárias com recortes específicos. Buscando identificar as particularidades nas internações dos estrangeiros de etnia italiana, as “subtabelas” foram desenvolvidas na medida em que foi se percebendo as particularidades dos internamentos dos estrangeiros italianos com as demais etnias, como: a incidência de famílias de imigrantes adentrando juntas na Santa Casa; ou então grandes grupos de viajantes com doenças epidêmicas, como a febre amarela e a varíola. Também foram quantificadas as seguintes informações a fim de traçar um perfil dos italianos: classificação das doenças; classe social; estado civil e profissão. Para comparar com as demais etnias no Hospital também quantificamos a presença dessas para apontar qual predominava no período estudado.

Além de criar uma metodologia de levantamento dos dados dos internados na SCMPA, buscamos apoio no método da micro-história¹⁴, que propõem um estudo atento e aproximado das fontes. A ideia é buscar compreender os motivos pelos quais os imigrantes italianos recorriam à Santa Casa.

A perspectiva micro analítica, surgida na Itália nos anos 70, passou a dar destaque para as escolhas dos sujeitos comuns, suas formas de pensar e perceber o mundo. No período, vivia-se uma progressiva perda de fé na eficácia e suficiência dos paradigmas existentes e na ascensão de novas formas de interpretação da sociedade, da cultura e da história (ARÓSTEGUI, 2006, p. 176). Segundo Henrique Espada Lima (2012, p. 207-208), as origens do método estão ligadas a algumas transformações da historiografia na década de 1950, como, por exemplo, a internacionalização da pesquisa histórica no contexto italiano. Menciona a relação dos historiadores italianos, que serão os expoentes do debate em questão, com instituições francesas

¹⁴ Enquanto método, a micro-história propõem um olhar aproximado para o objeto de estudo, uma leitura atenta das fontes, sem desconsiderar os registros excepcionais e os indícios existentes. Sobre essa perspectiva metodológica, ver: VENDRAME; KARSBURG; MOREIRA (2016); VENDRAME; KARSBURG (2019; 2020); VENDRAME; CARNEIRO; KARSBURG (2022).

e inglesas, e suas colaborações em revistas acadêmicas, como a revista inglesa *Past and present* e os *Annales* franceses.

Assim, emerge uma reação a um tipo de história social ligada ao uso de métodos quantitativos, serial e análises estruturais. Essa reação, segundo Edoardo Grendi (1998), é derivada de uma insatisfação de modelos gerais que advinham de estudos estruturalistas, sem atribuir importância às variedades e especificidades de culturas locais. O desejo de romper com os modelos explicativos coincide com o desenvolvimento de uma nova proposta de história social na Itália (LIMA, 2012). As ideias dos historiadores italianos começaram a ser difundidas na revista *Quaderni Storici*, publicada na década de 1970. O diálogo interdisciplinar, especialmente com a antropologia, etnografia, economia e geografia, foi um dos aspectos que marcou os estudos que passaram a ser publicados (VENDRAME, 2018). A revista integrou uma gama de nomes que são atualmente referência quando se fala em micro-história, como: Edoardo Grendi, Giovanni Levi, Carlo Ginzburg e Carlo Poni. De acordo com Giovanni Levi, enquanto prática historiográfica, a microanálise “é essencialmente baseada na redução da escala da observação, em uma análise microscópica e em um estudo intensivo do material documental. [...] em outras palavras, o problema de descrever vastas estruturas sociais complexas, sem perder a visão da escala do espaço social de cada indivíduo” (LEVI, 1992, p. 136).

Para responder os questionamentos desta pesquisa, propusemos, a partir do desenvolvimento dos capítulos, analisar as experiências sociais dos imigrantes através do cruzamento de algumas fontes. Alguns nomes podem ser tomados como fio condutor do estudo, especialmente a partir da análise inicial dos registros de enfermos da Santa Casa. Neste sentido, nos aproximamos do paradigma indiciário de Carlo Ginzburg (1989), que também se insere na prática da micro-história. Ele auxilia a atentar para os indícios e detalhes existentes nas fontes.

Para compreender o uso que os imigrantes italianos faziam da Santa Casa a partir das suas próprias experiências faz-se necessário pensar na “história vista de baixo”. Essa, segundo Jim Sharpe (1992), deve “servir como um corretivo à história da elite”. Para o autor, a história vista de baixo “abre a possibilidade de uma síntese mais rica da compreensão histórica, de uma fusão da história da experiência do cotidiano das pessoas com a temática dos tipos mais tradicionais de história” (SHARPE, 1992, p. 39-63). Ela propunha uma abordagem mais próxima dos sujeitos e uma atenção para a ação social das pessoas mais simples. Se antes a história tradicional se preocupava em analisar documentos “oficiais”, especialmente os produzidos por autoridades governamentais, ou seja, pelo Estado, a atenção para outras fontes começou a ganhar importância.

A partir da história vista de baixo, pretende-se utilizar o conceito “sofredores” (*sufferers*), utilizado pelo historiador Roy Porter (1985). Para o autor, os sofredores não seriam somente os doentes, mas toda a sua rede, ou seja, os familiares, amigos e vizinhos patrões, agregados e todos aqueles que estavam ligados pela incerteza da enfermidade. Nesse sentido, consideramos que os doentes viviam a doença de uma forma relacional, ou seja, os eventos médicos eram “eventos sociais complexos envolvendo a família e a comunidade” (PORTER, 1985, p. 175). Recursos variados eram acionados pelas pessoas para se curarem dos seus males. Procurar um hospital após uma enfermidade não era a regra e nem a primeira escolha, uma vez que outros tratamentos eram acionados. Uma vez tendo se esgotado as possibilidades, aí o hospital era buscado. As percepções de doenças e as práticas de cura da sociedade do século XIX eram diversas, neste sentido, curandeiros, práticos, parteiras, benzedeadas e médicos eram acionados pela população.

Para a compreensão dos processos de adoecimento e cura pretende-se utilizar como referencial a tese de doutorado de Nikelen Witter (2006), que também utiliza o conceito de “sofredores” proposto por Porter (1985). Witter expõem o seu interesse nos estudos sobre as enfermidades, buscando perceber como estas eram vivenciadas pela população do Império Brasileiro no século XIX. Pensando nas experiências dos sujeitos, a autora vê a necessidade de compreender as práticas de cura disponíveis e os diferentes praticantes que existiam no período estudado. Utiliza como recorte a epidemia de cólera que assolou Porto Alegre em 1855, analisando uma ampla variedade de documentos para perceber os diferentes aspectos da vida social e cotidiana da cidade, a posição ocupada dos curadores e a sua relação com quem sofria as doenças. A autora igualmente destaca as medidas oficiais da província para controlar a epidemia e a maneira como as moléstias eram entendidas pelas autoridades. Essa análise feita pela autora ajuda a entender como, no século XIX, o governo provincial lidava com as questões da Saúde Pública.

Analisando as informações das fontes em que os italianos se declaram pobres, faz-se necessário pensar sobre essa questão sem cair no erro das generalizações. Na sociedade de chegada, os recursos relacionais dos imigrantes tinham grande importância (VENDRAME, 2016), sendo esse um aspecto que deve ser levado em conta ao buscar compreender a pobreza. Segundo Vendrame (2015, p. 217), “na maioria, os imigrantes eram carentes de bens materiais, por outro lado, podiam contar com uma riqueza imaterial: os laços parentais permitiam ampliar as chances de sucesso no Novo Mundo”. As redes de apoio e os vínculos apareciam como recursos muito importantes, sendo eles a “verdadeira” riqueza dos imigrantes. Problematizar o entendimento da palavra “pobre” a partir das próprias percepções dos atores sociais é algo

fundamental na presente pesquisa. As redes são fatores importantes para a assistência, inserção social e sucesso do imigrante no local de chegada, e é possível que muitos dos que procuraram a Santa Casa logo que chegaram o fizeram por não disporem do auxílio de familiares, parentes e conhecidos na sociedade de recepção.

Para pensar nas redes de solidariedade entre os imigrantes italianos e os usos da assistência, podemos traçar um paralelo com os estudos de Vendrame (2016) e a análise feita por Laurinda Abreu (2014), que estudou as Misericórdias em Portugal. A partir das pesquisas feitas sobre os hospitais do Espírito Santo de Setúbal e de Évora, a referida autora identifica que os números de internações são mais recorrentes nos casos em que havia a ausência de laços entre os trabalhadores que chegavam nas cidades para trabalhar. Neste sentido, ambas as autoras auxiliam a pensar as redes de solidariedade entre os indivíduos e a busca pela assistência, bem como a capacidade de estabelecimento de estratégias por parte dos agentes sociais nos momentos em que precisavam utilizar as instituições de caridade.

O conceito de Saúde Pública que vamos utilizar na dissertação, aplicado ao século XIX, vai ao encontro com o que foi designado por Dorothy Porter¹⁵ (1999). A autora destaca que a Saúde Pública não nasce no século XIX a partir das reformas sanitárias e o controle das doenças infecciosas, já que é algo que vai além do conhecimento médico tradicional¹⁶. A noção mais ampla sobre a Saúde Pública é discutida a partir das Novas Abordagens da História. A Nova História abre caminho para questionamentos que exigem um olhar diferente sobre o passado, com novas perguntas, perceptivas e abordagens. A partir dos anos 1970, é enfatizado o poder de escolha dos sujeitos comuns, ou seja, suas estratégias e a capacidade de explorar as “inconsistências” dos sistemas sociais e políticos. Por conseguinte, a história da saúde, da medicina e da doença, bem como da saúde pública, foi redefinida para além de uma única explicação, concentrando-se agora na história da ação coletiva em relação à saúde das populações (PORTER, 1999, p. 5). A partir disso, concordamos com a autora de que a história

¹⁵ PORTER, Dorothy. 'Changing Definitions of the History of Public Health'. *Hygiea internationalis: an interdisciplinary journal for the history of public health*. 1 (1999), 9- 21. Publisher: International Network for the History of Public Health. ISSN 14038668. ISSN (electronic) 14044013. <https://ep.liu.se/ej/hygiea/ra/002/paper.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2023.

¹⁶ Ainda de acordo com a autora, em 1961, o eminente historiador social da Grã-Bretanha do século XIX, Asa Briggs, sugeriu que a história do cólera havia sido negligenciada como um fator importante na história. Posteriormente, os historiadores começaram a explorar não apenas o cólera, mas também o impacto de epidemias e doenças infecciosas nas transformações históricas nas sociedades europeias e norte-americanas modernas. Alguns historiadores pensam as epidemias e as transformações sociais, bem como os impactos das doenças e a relação com a sociedade. Destacamos: Margaret Pelling, William Coleman, Charles Rosenberg, Carlo Cipolla, Paul Slack, James Riley, Richard Morris e Richard Evans.

da Saúde Pública engloba um amplo estudo que requer uma mistura interdisciplinar de métodos investigativos e não reconhece limites cronológicos¹⁷.

Para a compreensão da assistência em Portugal e o nascimento das Misericórdias, bem como a importância dos hospitais no controle da pobreza, utilizamos como referencial o trabalho de Laurinda Abreu (2014). Já para o entendimento das Misericórdias no Brasil, dialogamos com a tese de doutorado de Renato Franco (2011), onde o autor faz uma análise completa sobre a assistência no Brasil.

Sobre o funcionamento da Santa Casa de Porto Alegre, utilizaremos os estudos de Beatriz Weber (1999), que foi uma das primeiras a trabalhar com grande quantidade de fontes da SCMPA, guiando-nos à medida em que apresenta um escopo dessas fontes para a compreensão das instituições de assistência existentes no Rio Grande do Sul. A autora reforça a necessidade de incluir as experiências das populações envolvidas com as práticas de cura no Brasil, levando em conta as especificidades regionais, dando destaque ao Rio Grande do Sul na Primeira República. Sobre a relação das elites e do funcionamento administrativo da Santa Casa de Porto Alegre, utilizamos os trabalhos de Tomaszewski (2007;2014).

Para compreender o sentido do trabalho de assistência realizado pela Santa Casa em Porto Alegre, é necessário destacar e saber diferenciar alguns conceitos como: caridade e filantropia. Nesse sentido, utilizamos como referencial alguns estudos de Gisele Sanglard (2017), que aponta as pesquisas mais recentes que enfatizam ações dos sujeitos e suas motivações, onde a caridade é vista não apenas como uma obrigação moral e religiosa. De acordo com estas interpretações, a caridade poderia exercer um papel importante no relacionamento entre as classes, ou seja, entre os pobres e as elites. O pobre, tanto aquele considerado “bom”, quanto aquele “que incomoda”, torna-se centro da atenção da caridade e da filantropia¹⁸. Sobre a filantropia, também utilizamos como referencial os trabalhos de Sanglard (2017), pois a autora utiliza o conceito trabalhado por Catherine Duprat (1996), em que as obras de ação social, caritativa e humanitária, “opõem-se às obras de caráter religioso, desvinculando-se de qualquer caráter espiritual ou missionário”. Enquanto a caridade estaria

¹⁷ Jaime L. Benchimol, Roberta Cardoso Cerqueira e Ruth B. Martins (2007), destacam trabalhos mais gerais sobre a história da saúde pública, no México e Brasil: “trabalhos sobre episódios singulares como a Revolta da Vacina; as epidemias e sua relação com a imigração; higiene e questão urbana, inclusive a água”, além de outros assuntos como saúde dos trabalhadores, teorias como eugenia, etc. (BENCHIMOL; CERQUEIRA; MARTINS, 2007, p. 235).

¹⁸ De acordo com Renato Franco, os estados classificavam a pobreza entre os que eram merecedores da caridade e os que não eram, a fim de controlar a população. Isso se deu em um contexto de formação dos Estados modernos e o aumento populacional na Europa. Os pobres merecedores seriam aqueles que não possuíam condições de trabalhar (cegos, aleijados, órfãos menores, viúvas, pobres envergonhados, etc.). Já os não merecedores seriam os “falsos pobres”, ou seja, aqueles que viviam de esmolas, e mesmo assim eram aptos para o trabalho (FRANCO, 2017, p. 10).

relacionada à Deus, “pautada em minimizar o sofrimento alheio”, a filantropia teria uma virtude laicizada. Contudo, a filantropia consiste em um movimento de pessoas que se inserem em um seio de relações sociais e procuram suavizar problemas como a pobreza, ou a doença, passando a exercer um papel moralizador das classes populares (SANGLARD, 2017, p. 22). Como a Santa Casa consiste em uma instituição religiosa de caridade, pretendemos pensar especificamente neste conceito. Contudo, compreender no que consiste a filantropia se torna essencial, visto que na Europa, e posteriormente no Brasil, as ações filantrópicas irão impulsionar o desenvolvimento da medicina e das ideias sobre o higienismo, advindos de uma classe burguesa que ascendeu principalmente no final do século XIX.

Ainda sobre a temática da assistência, utilizamos também a tese de doutorado de Daiane Rossi (2019), que apresenta um amplo levantamento de autores que se dedicam a estudar a temática saúde e da assistência à pobreza. Os estudos de Rossi auxiliam na compreensão da ampliação da assistência e envolvimento de diferentes atores sociais, principalmente no interior do estado do Rio Grande do Sul.

Conforme mencionado, a presente dissertação se insere nos estudos históricos sobre as migrações, mas também se vincula à história da saúde e das doenças. Essa temática tornou-se “um motor relevante e mais recente de renovação intelectual do próprio campo da história”, integrando diversas pesquisas que abrangem a saúde, a doença, a medicina, as ciências biomédicas, a psiquiatria, e etc. A história da saúde está consolidada como um campo amplo que abrange diversos conceitos e inúmeras facetas (HOCHMAN; TEIXEIRA; PIMENTA, 2018, p. 9). A história da saúde no Brasil percorreu um extenso caminho, acompanhando as diversas abordagens teóricas e metodológicas de acordo com o contexto que estava sendo produzida¹⁹. Destacamos os trabalhos que ampliaram a problemática e o escopo de fontes, voltando a atenção para a ação e o discurso dos atores históricos, a partir da década de 1980²⁰. Algumas pesquisas desenvolvidas na década de 1990 e início dos anos 2000 são de suma importância para o desenvolvimento desta dissertação. Elas utilizam como perspectiva a história social e cultural, bem como a história urbana e das ciências sociais. São trabalhos que retratam a vida urbana, principalmente do Rio de Janeiro da *Belle Époque* e da Primeira

¹⁹ A partir da década de 1970, os trabalhos de viés marxista buscaram mostrar como se constituiu um aparelho estatal de saúde. De acordo com Weber (1999), são estudos que enfatizam o conhecimento médico e suas práticas de poder. São trabalhos influenciados por Michel Foucault e possuíam seus objetivos voltados às instituições psiquiátricas. Dentre os autores que trabalharam sob essa perspectiva ver: Roberto Machado (1978), Jurandir Freire Costa (1979).

²⁰ Destacamos os trabalhos de: Magali Engel (1989) e Maria Clementina Pereira da Cunha (1986), com seus estudos voltados para a medicina psiquiátrica, sem deixar de fora as questões sociais e culturais que envolviam estes contextos.

República, e que dão ênfase à sociabilidade de diversos grupos sociais, como por exemplo: os populares e os imigrantes das cidades. Por conseguinte, abordam as diversas transformações que estavam ocorrendo no Brasil no final dos anos do Império, “analisando as condições de vida e saúde na capital federal, as epidemias, as políticas e ações de saúde, as práticas de cura, as resistências, etc.” (HOCHMAN; TEIXEIRA; PIMENTA, 2018, p. 13). Entre estes trabalhos²¹, utilizamos como referencial o livro de Sidney Chalhoub (1996), *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. A obra de Chalhoub nos auxilia para compreensão geral do contexto Brasileiro do final do século XIX, as políticas referentes à Saúde Pública bem como os impactos que as epidemias como a varíola, o cólera e a febre amarela tiveram no gerenciamento dessas políticas.

Para pensar essas questões no meio urbano e as transformações do final do século XIX, principalmente no que diz respeito ao controle dos espaços públicos e dos pobres, por parte dos médicos e higienistas do Estado do Rio Grande do Sul, utilizamos como referencial o trabalho de Sandra Pesavento (1994) A autora fez uso de uma grande quantidade de fontes de periódicos que deram ênfase à situação em que se encontrava Porto Alegre em sua fase de desenvolvimento urbano e crescimento populacional, principalmente com a chegada dos imigrantes no final do século XIX.

Ainda sobre a história da saúde e das doenças, Diego Armus e Gilberto Hochman (2004, p. 11) afirmam que a temática:

(...) têm permitido descortinar especificidades locais, refletir sobre aspectos comuns, arguir o modo de inserção de cada país nos contextos científicos e médico-sanitários regionais e internacionais, além de indagar sobre o lugar da saúde, da medicina e da enfermidade em nossas sociedades e na construção de identidades nacionais, étnicas, raciais, geracionais e de gênero.

Neste sentido, queremos pensar a saúde, doenças e assistência, com olhar voltado para as experiências sociais dos imigrantes europeus que chegaram ao Rio Grande do Sul, no caso, os italianos. Interessa-nos os usos que esses faziam das instituições de assistência, os recursos que possuíam, a pluralidade dos percursos e problemas enfrentados pelos estrangeiros nos locais de instalação. Os projetos familiares e individuais dos imigrantes interrompidos por doenças, mortes e outros problemas de saúde e situações de pobreza não são assuntos que

²¹ Outros trabalhos que ganham destaque neste período são os de: Jurandir Freire Costa (1986); Jaime Larry Benchimol (1990); Jeffrey Needell (1993); Nicolau Sevcenko (1995). De acordo com HOCHMAN; TEIXEIRA; PIMENTA (2013, p. 17), pode-se destacar a atuação da Casa Oswaldo Cruz como um catalisador do processo de criação dos estudos da história da saúde no Brasil, sendo um “centro de história e memória das ciências e da saúde”, os autores também salientam a criação, em 1995, do periódico científico: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*.

ganham destaque na historiografia que trata do tema da imigração italiana. A presente pesquisa se insere nesse campo de estudo, e busca olhar para aqueles que foram invisibilizados na história. Com relação aos trabalhos que nos auxiliam com a questão da imigração e da saúde no Brasil, principalmente sobre os locais de recepção dos imigrantes recém-chegados, destacamos os seguintes: Maria Isabel de Jesus Chrysostomo e Laurent Vidal (2014)²², que analisam a rede de hospedarias, hospitais e lazaretos criados ao longo de toda a costa atlântica brasileira a partir de 1880. Apontam também os locais insulares, localizados longes dos portos, que serviam para recepcionar os imigrantes.

Utilizamos trabalhos de autores que analisaram as fontes produzidas nas Hospedarias, Lazaretos e Hospitais, para compreender aspectos ligados à travessia dos imigrantes e o adoecimento dos recém-chegados, bem como as questões de Saúde Pública. Atese de doutorado de Fernanda Rebelo (2010)²³ destaca diversas questões relevantes para este trabalho, como: as condições de higiene dos navios, as medidas de profilaxia adotadas pelo governo em relação às epidemias e à saúde dos imigrantes. A partir dos estudos de Rebelo, surgiram outros trabalhos como a dissertação de mestrado de Victor da Costa Santos (2020)²⁴, que analisa as questões de salubridade e insalubridade na segunda metade do século XIX, a partir dos locais de recepção e acolhimento dos imigrantes.

Utilizamos os estudos de pesquisadora italiana Augusta Molinari (2017)²⁵, que nos auxiliou a traçar um paralelo com as informações que temos nas fontes do LMGE (Livro de Matrícula Geral dos Enfermos) e a travessia transoceânica, pensando nas situações vivenciadas durante a viagem e nas doenças. Molinari também traz em suas reflexões informações relevantes referentes ao embarque dos italianos nos portos europeus.

Como nosso estudo tem como foco a SCMPA, enfatizando os imigrantes em Porto Alegre, foi necessário buscar por trabalhos que se propuseram a compreender os locais de hospedagem e recepção dos imigrantes no Brasil meridional. Neste sentido, encontramos um número pequeno de estudos que analisam as hospedarias no Rio Grande do Sul, com exceção

²² CHRYSOSTOMO; VIDAL. *Do depósito à hospedaria de imigrantes: gênese de um “território da espera” no caminho da emigração para o Brasil* História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 21, núm. 1, janeiro-março, 2014, pp. 1-23 Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, Brasil.

²³ REBELO, Fernanda. *A travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)* Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

²⁴ SANTOS, Victor. *“As ordens necessárias para o agasalho e sustento dessa gente”*: hospedagem e recepção de imigrantes na província e na corte do Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX (1850-1889) Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

²⁵ MOLINARI, Augusta. *As travessias das históricas migrações italianas: entre fatos e narrções*. História (São Paulo) v.36, e115, 2017 ISSN 1980-4369.

da dissertação de mestrado de Gabriela Ucoski da Silva²⁶ (2014). Em seu estudo, Silva analisou o cotidiano da Hospedaria de imigrantes do Bairro Cristal em Porto Alegre, como era organizada, como se davam as relações entre funcionários e os imigrantes no referido espaço²⁷. A partir do trabalho de Silva (2014), surgiu a certeza de que no Rio Grande do Sul as hospedarias não possuíam um local fixo para receber os imigrantes. O governo do estado constantemente alugava casas e prédios ou então solicitava a construção de barracões nos locais próximos às colônias, bem como na capital Porto Alegre. Estes locais improvisados, provavelmente não possuíam condições necessárias ao atendimento dos imigrantes que chegavam doentes após uma longa viagem. Os registros existentes da Hospedaria do Cristal em Porto Alegre são datados a partir de 1892, e consistem na escassa documentação sobre essas hospedarias. Antes deste período não foram produzidos muitos trabalhos sobre as hospedarias.

A presente dissertação está dividida em 3 capítulos. O primeiro intitula-se “Imigração e Assistência: abordagens possíveis”. Nele, faremos uma contextualização sobre a imigração italiana para o Rio Grande do Sul nas últimas décadas do século XIX, bem como uma breve revisão historiográfica acerca das relações entre as temáticas imigração, doenças e assistência. Também dialogaremos com estudos existente sobre as Misericórdias, abordando a origem e o propósito das Instituições de caridade de origem lusitana. Daremos destaque para o papel social dos hospitais e das elites no controle da pobreza e das doenças ao longo da história. E, por fim, faremos breve explanação sobre a história da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, apresentando as atividades de assistência e os compromissos, bem como o desenvolvimento da Instituição concomitante ao crescimento populacional (principalmente com a chegada dos imigrantes) e urbano da cidade de Porto Alegre.

No segundo capítulo, intitulado “Acolher e curar: assistência aos italianos”, destacaremos as medidas adotadas pelo Império na contenção das doenças epidêmicas, como: cólera, varíola e febre amarela. Também analisaremos a relação da saúde pública com os movimentos migratórios da segunda metade do século XIX, focando na capital do Império, o Rio de Janeiro, e na criação de hospedarias, hospitais e lazaretos. Posteriormente, analisaremos como as medidas referentes à imigração e saúde pública foram adotadas no Rio Grande do Sul,

²⁶ SILVA, Gabriela Ucoski. *História e aspectos do cotidiano da Hospedaria de Imigrantes do Cristal Porto Alegre (1890-1898)*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, PUCRS, 2014.

²⁷ Silva (2014) também analisa as principais políticas imigratórias do governo imperial e provincial no que tange à recepção e acomodação dos imigrantes no Rio Grande do Sul, utilizando como referencial as legislações sobre a imigração e colonização estudadas por Luiza Iotti (2001). Tais análises foram fundamentais para compreendermos o funcionamento dessas políticas no Rio Grande do Sul.

dando ênfase à cidade de Porto Alegre. A partir da análise da documentação da Inspetoria de Terras e Colonização e dos Relatórios do Presidente da Província, pretendemos identificar os locais destinados ao acolhimento dos imigrantes recém-chegados ao Rio Grande do Sul.

No terceiro capítulo, intitulado “Migrar e adoecer: os italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre”, a partir do Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, analisaremos a maneira como a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre lidou com as doenças epidêmicas dos imigrantes, bem como o perfil dos italianos assistidos e a classificação das doenças dos internados. A partir disso, entendemos que é possível perceber os usos que os italianos faziam da assistência e o papel das redes de apoios na sua relação com as internações.

2 IMIGRAÇÃO E ASSISTÊNCIA: ABORDAGENS POSSÍVEIS

Neste primeiro capítulo, iremos contextualizar a temática à qual a presente dissertação se insere. Primeiramente, abordaremos o fenômeno da imigração italiana das últimas décadas do século XIX, tendo em vista a presença deste grupo étnico na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. A partir desta abordagem inicial, é importante salientar que este trabalho não se trata de uma revisão historiográfica, e o nosso intuito não é retratar unicamente a imigração italiana para o Rio Grande do Sul. No entanto, torna-se crucial explicar brevemente sobre o projeto migratório promovido pelo Império brasileiro, bem como a presença dos imigrantes italianos na capital gaúcha, a cidade de Porto Alegre.

Como o presente estudo tem por objetivo analisar os italianos na Santa Casa de Porto Alegre e suas doenças, bem como qual uso este grupo étnico fazia da instituição, pretendemos olhar para os imigrantes que, durante o seu percurso migratório, sofreu com as doenças e a perda de familiares, e, uma vez em Porto Alegre, decidiu utilizar-se do recurso à assistência como forma de não seguir para as colônias fundadas no interior do estado do Rio Grande do Sul. Para isso, pretendemos identificar quais os trabalhos que abordaram as questões dos processos migratórios, das doenças, dos percalços e da assistência aos imigrantes, bem como destacar a necessidade de produção desta parte da história que é pouco abordada.

Elaborar um estudo sobre a imigração e a assistência tornou-se um desafio, visto que são poucos os trabalhos que procuraram unir as duas temáticas. Em um primeiro olhar, pode parecer que são assuntos distantes, mas a ideia é procurar uni-los a partir de uma contextualização da história de assistência à pobreza, em Portugal, local onde começou a serem difundidas as primeiras Misericórdias, para, então, partir para uma análise local, que é a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no Rio Grande do Sul.

2.1 Movimentos migratórios na segunda metade do século XIX

Iniciamos esse capítulo ressaltando a afirmação de Claudio Elmir e Marcos Witt (2014, pp. 7) sobre uma constatação, a de que os fracassos não foram “objetivo preferencial nos estudos sobre imigração para a América Latina”. Os referidos autores discutem o pouco interesse dos historiadores em estudar os casos em que imigrantes que chegaram ao Brasil no final do século XIX não obtiveram sucesso em seus projetos de vida. Ao revisar os estudos que abordam a história de imigrantes italianos e também de alemães, principalmente aqueles que tinham como destino às colônias fundadas no interior do estado do Rio Grande do Sul,

concordamos com os autores que muitos destes trabalhos estão ancorados nos vínculos étnicos de seus autores, o que resulta em certa idealização e forte caráter subjetividade na escrita da história

A historiografia que se consolidou a partir de 1975 foi importante para a construção de uma memória apologética dos imigrantes alemães e italianos que desembarcam no Brasil no século XIX. Havia a vertente de historiadores que fizeram levantamentos e análises de casos que envolveram esses movimentos migratórios, tratando da circulação dos italianos nos espaços urbanos, como comerciantes, artesão, profissionais liberais. Porém, somente nas últimas duas décadas se passou a praticar uma “história vista de baixo”, tratando dos imigrantes envolvidos com a justiça, os condenados, presos e os alienados do Hospício São Pedro²⁸. Essas pesquisas muitas vezes não dialogam entre si, sendo que não podemos pensar o imigrante apenas como aquele que se desloca tendo um determinado objetivo, pois os casos são complexos e podem ser perpassados por diversas contingências. Contudo, para iniciar qualquer problematização que se insira no nosso tema de pesquisa, é necessário contextualizar e apresentar quais os principais motivos que levaram milhares de pessoas a se deslocarem do seu país de origem para o Brasil.

O marco da chegada de imigrantes europeus no Brasil, principalmente na historiografia rio-grandense, data a partir da segunda década de 1820, com a chegada dos imigrantes alemães e a fundação da colônia de São Leopoldo, em 1824. Cabe destacar que esse processo de desembarque massivo de estrangeiros nos portos do Brasil começou em 1808, com a chegada da família Real ao Rio de Janeiro²⁹. Este período marca mudanças políticas no país, com a abertura dos portos às Nações Amigas. Neste sentido, os habitantes da então colônia de Portugal começam a vivenciar o intercâmbio cultural com a Corte. O século XIX também foi marcado pelo ensejo de ocupar cada vez mais o território, fundando colônias no interior da província do Rio Grande do Sul.

²⁸ Destacamos alguns artigos escritos no livro organizado por Luis A. De Boni: DE BONI, Luis A. (org.). *A presença italiana no Brasil: Volume III*. Porto Alegre; Torino: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Fondazione Agnelli, 1996. A historiadora Núncia Constantino também foi uma das primeiras historiadoras que propôs estudar o imigrante italiano no espaço urbano: CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *O italiano da esquina: imigrantes meridionais na sociedade porto-alegrense*. Porto Alegre: E.S.T. edições, 1991. Esses autores produziram trabalhos principalmente na década de 1990, período em que já estava emergindo novas abordagens na produção histórica sobre as migrações no Rio Grande do Sul, como, por exemplo: as mulheres, os loucos, as doenças e os projetos fracassados, e a presença do grupo imigrantes em espaços urbanos, ou seja, olhar a história destes a partir de baixo.

²⁹ Luís De Boni e Rovílio Costa (1982, p. 26) destacam que antes das primeiras décadas de 1800, no final do século XVIII, o “Conselho Ultramarino, já antes de 1750, percebera que, devido à escassa população do reino e a imensidão do território brasileiro, fazia-se necessário recorrer a outros povos para preencher o vazio habitacional, principalmente entre São Paulo e a Colônia de Sacramento”. Os autores também destacam os projetos de imigração promovidos pelo Império ao longo das décadas do XIX antes da chegada dos italianos, como: a chegada de suíços ao Rio de Janeiro em 1818, em Nova Friburgo, e o fracasso do projeto.

De acordo com Luís De Boni e Rovílio Costa (1982), a vinda de imigrantes europeus encontra-se determinada por três fatores: o primeiro seria a questão da escravidão, pois, de acordo com os moldes do capitalismo imperante, o trabalho servil não poderia formar um mercado consumidor; o segundo fator, é o ensejo da elite burocrática portuguesa vinda para o Brasil em 1808, de transformar o país nos moldes do liberalismo europeu, visando a civilidade e o branqueamento da população; e, por fim, tem-se a resistência ao sistema de colonização de uma elite de grandes proprietários rurais da monocultura latifundiária, onde esse sistema se mantinha com o trabalho escravo de africanos. Para esse grupo, a vinda dos europeus só daria certo com a substituição da mão de obra escravizada nas plantações, e que aqueles não fossem ou não tivessem acesso à terra, que não se tornassem proprietários.

Ainda de acordo com estes autores, a política de imigração, tendo em vista principalmente o Rio Grande do Sul, está dividida em três períodos de forma linear no tempo: “a) promoção da colonização (1808-1830); b) a suspensão da colonização devido à estabilização do sistema escravocrata (1830-1848); c) incentivo à imigração – não à colonização – como forma de substituir a mão de obra africana (1848-1889) (DE BONI, COSTA, 1982, p. 25). Apontando essa divisão cronológica, os autores destacam os principais motivos que levaram o governo a promover a imigração. Esses fatores estão relacionados principalmente com a questão da colonização dos territórios e substituição de mão de obra escrava. É importante destacar que eles reconhecem a preocupação do branqueamento, bem como o receio da elite e das autoridades políticas de uma insurreição negra, assim como ocorreu no Haiti com a Revolta de São Domingos³⁰. Mas é importante destacar que dentro deste período, o Brasil passou por turbulentas mudanças políticas e institucionais, como também todo o processo de independência e a adesão ao novo regime imperial por parte das províncias.

Próximo a década de 1850, intensificaram-se as pressões da Inglaterra sobre o Brasil frente ao tráfico de africanos, e o Império teria que lidar com essas questões devido à imagem de país civilizado que almejava passar³¹. Como pontuou Schwarcz e Starling (2015, p. 276), a

³⁰ Sobre o “assombro” que causava a Revolução no Haiti, de acordo com Lilian Schwarcz e Heloísa Starling, na década de 1830, no Rio de Janeiro, 45,6% da população trabalhavam como escravos, no entanto, não possuíam direitos e não eram considerados súditos. “Para piorar, havia sempre o fantasma ameaçador da Revolta de São Domingos” que estoura no fim do século XVIII e que continuava rondando o imaginário das elites escravocratas brasileiras, as quais conviviam com a realidade de que “há seis escravos [...] para um só senhor, e onde por consequência, o desejo inveterado das vinganças é como seis para um”. Ainda de acordo com as autoras, a imprensa brasileira corroborava com esse medo, sendo a Revolução as manchetes diárias dos jornais (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p. 228).

³¹ De acordo com Schwarcz e Starling, entre 1841 e 1850, o destino de 83% do total de africanos transportados para a América era o Brasil, 12% rumavam para Cuba, e o restante se dividia entre Porto Rico e Estados Unidos. Com a manutenção desse tipo de comércio, o Brasil era “jogado” dentro do grupo de nações bárbaras (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p. 274).

iniciativa do governo de financiar a vinda de imigrantes, além de satisfazer as necessidades crescentes do mercado do café, “traria “novos benefícios”, como o branqueamento da população, apregoado pelas teorias científicas da época. Afinal, não era possível esquecer o receio que pairava, nesse momento, com relação a “futuro de um país de raças mestiças”.

Como se não bastasse as questões de conflito de interesses da Inglaterra com o Brasil devido à suspensão da escravidão, os países de origem de diversos imigrantes não estavam satisfeitos com a forma que esses eram recebidos aqui, bem como na forma com que se davam as relações de trabalho entre os imigrantes e os fazendeiros: na Europa, acusavam o Brasil de “praticar um tipo de escravidão camuflada”. No final da década de 1850, “o governo prussiano suspendia todos os favores e retirava qualquer autorização aos agentes brasileiros” em recrutar emigrantes para o trabalho nas lavouras. A Alemanha, Inglaterra e França também aderiram às restrições à emigração, alegando que o tratamento dado aos colonos era semelhante àquele dado aos escravizados (DE BONI; COSTA, 1982, p. 30). Países como os Estados Unidos e a Argentina conseguiam atrair com mais facilidade os estrangeiros, pois facilitavam o acesso à propriedade e, desde 1864, proibiam as relações de escravidão para imigrantes. Para a mudança deste cenário, era necessário que o Brasil avançasse no tocante às políticas migratórias, oferecendo vantagens para os imigrantes, tanto na questão do trabalho, como na assistência à travessia e na chegada.

Além desses empreendimentos de promoção da imigração, o poder público também tentava aumentar o fluxo migratório com a promulgação de leis, dentre elas a Lei de Terras de 1850³², que proibia a concessão de terras devolutas, abrindo a possibilidade de que o acesso se desse apenas por compra. Mesmo com medidas que teoricamente eram atrativas, o número de imigrantes não subia, fazendo com que, em 1867, fosse elaborado um novo regulamento:

O lote rural pago em 10 anos, viagem gratuita dentro do país, ajuda nos primeiros tempos, assistência médica e religiosa. Previa-se a introdução de 350 mil colonos, suíços, alemães e ingleses. Mas os povos destes países prosseguiram arredios à propaganda brasileira. Neste momento, porém, a crise socioeconômica da Itália veio ao encontro dos planos dos latifundiários, e os pobres agricultores italianos acabaram sendo aceitos, algumas vezes a contragosto, pelos fazendeiros, como os sucessores dos escravos nos cafezais paulistas (DE BONI; COSTA, 1982, P. 31).

³² Antes da Lei de Terras (Lei nº 601 de 18/09/1850), foi a partir da Lei nº 514 de 28 de outubro de 1848, cada Província receberia seis léguas em quadra de terras devolutas, as quais seriam destinadas à colonização. Estas terras não poderiam ser transferidas pelos colonos enquanto não estivessem efetivamente roteadas e aproveitadas, e estas voltariam aos domínios da Província dentro de cinco anos se os colonos não cumprissem a condição prevista em lei (DE BONI; COSTA, 1982, p. 35).

Ainda de acordo com os autores, os favores oferecidos suspenderam-se em 1879, “restando apenas a possibilidade de aquisição de um terreno a prazo e a oferta de 15 dias por mês de trabalho nas obras de construção das estradas”, comprovando o caráter de apenas atrair os imigrantes a partir destas leis. O que nos chama atenção é a garantia de assistência, médica e religiosa, aos imigrantes quando chegavam em solo brasileiro.

Além dos fatores de atração por parte do Império brasileiro, os movimentos migratórios também devem ser contextualizados a partir dos fatores de expulsão. O contexto das migrações está relacionado com as diversas transformações que ocorriam no mundo ocidental, não só as que envolvem o Brasil. De acordo com Loraine Giron (1980), são diversos os fatores responsáveis que levaram esse grande número de pessoas a deixarem seu país de origem: questões de ordem social, política e econômica. Sobre o contexto europeu do século XIX, podemos mencionar diversas transformações que estavam ocorrendo, por exemplo: as Revoluções Industrial e Científica-Tecnológica. O crescimento das indústrias e da vida urbana geraram mudanças nas “sociedades de economia agrícola que sofreram frente ao rápido processo de industrialização” (SILVA, 2014, p. 21). Por conseguinte, esse crescimento industrial e urbano não deu conta de absorver a grande quantidade de pessoas que migravam do campo para as cidades. Esse processo se deu concomitante ao aumento da taxa de natalidade na Europa devido à melhoria dos serviços de assistência e o desenvolvimento da medicina, bem como de uma imunidade natural por parte da população às epidemias (ALVES et al, 2017, p. 39). Além dos agricultores vivenciarem a substituição de seu trabalho pelas novas tecnologias, os operários das cidades também eram trocados por máquinas: “o que se viu, portanto, foi um aumento de mão-de-obra excedente que levou inúmeros trabalhadores ao desemprego e à miséria” (SILVA, 2014, p. 21). De acordo com Luís De Boni e Rovílio Costa (1982), o campo possuía elevado número de pessoas numa situação de fome e pobreza, enquanto as cidades não possuíam condições de absorver a população rural. Por outro lado, o avanço industrial possibilitou os deslocamentos em massa de pessoas nos navios à vapor de forma rápida e barata.

Sobre a imigração italiana, é importante destacar que além desses fatores que envolvem mudanças nas estruturas do país, a Itália “conhecia há muito tempo e emigração, em grande parte de caráter sazonal, isto é, de pessoas que se dirigiam a países vizinhos para trabalhar geralmente no plantio e na colheita, voltando depois para a própria terra” (DE BONI; COSTA, 1982, p. 53). Ou seja, migrar já era algo que fazia parte dos costumes daquela sociedade. Esses indivíduos também poderiam optar por migrar de forma temporária para o Brasil, a fim de acumular uma certa riqueza e logo em seguida retornar. Dessa forma, segundo Vendrame (2016, p. 90), nem todos os imigrantes partiam juntos, pois “cada família, de acordo com suas

características e recursos disponíveis, elaborava escolhas de deslocamento, podendo levar um longo período para se concretizarem”. Para Augusta Molinari, os emigrantes eram pobres, trabalhadores rurais, ou então do setor pré-industrial. No entanto, não podemos considerar estas pessoas miseráveis, pois “quem vive em condições de miséria extrema e de marginalidade social não só não tem meios suficientes para custear as despesas da viagem, mas tem também dificuldade para elaborar um projeto migratório” (MOLINARI, 2017, p. 3).

Para além das questões mais amplas, é necessário pensar nos sujeitos envolvidos no processo migratório. Estudos mais recentes, como os de Vendrame (2015; 2016; 2018), analisam as redes e os contatos das pessoas que uniam os dois lados do atlântico. Para pensar na perspectiva das redes, a autora utiliza-se do conceito de “cadeias migratórias”³³, que consiste em perceber como tais redes auxiliavam os italianos a organizar as partidas e a escolher seus destinos. Ou seja, as cadeias migratórias eram a relação que os imigrantes possuíam com aqueles já estabelecidos nos locais de destino.

Ainda de acordo com Vendrame, próxima à questão levantada por Molinari (2017), “nem todos que emigravam eram camponeses miseráveis, já que muitos eram pequenos proprietários que, antes de partir, venderam seus bens para adquirir terras ou investir em novas atividades econômicas nas regiões de colonização do sul do Brasil” (VENDRAME, 2016, p. 27). Tais constatações podem ser complementos ao que fora mencionado por alguns autores aqui citados, como De Boni e Costa (1982). Esses enfatizaram que os italianos se dedicavam ao trabalho em pequenas propriedades, opondo-se à escravidão, ou seja, o trabalho era composto por apenas membros da família. Mencionaram também que os “colonos eram pobres – por isso haviam partido para o Brasil” –, salientando que dispunham de “força física, a coragem, a inteligência e um pouco de sorte” (DE BONI; COSTA, 1982, p. 83-84).

É importante considerar que os trabalhos que foram escritos a partir do Centenário da Imigração Italiana, em 1975, devem ser compreendidos dentro do seu contexto de produção, bem como entendidos a partir das representações que foram elaboradas a respeito da imigração italiana no território sul-rio-grandense. Ou seja, “a produção histórica está vinculada ao lugar no qual ela é elaborada. Este espaço pode permitir um tipo de produção e proibir outros. Considerar o ambiente onde é produzida a história não é explicá-la, mas é meio necessário para que alguma coisa possa ser dita” (VENDRAME, 2007, p. 17-18). Nosso intuito não é invalidar trabalhos já realizados sobre a imigração italiana, uma vez que são importantes para

³³ Vendrame menciona que o conceito de cadeia migratória foi inicialmente utilizado para entender o movimento de imigrantes para a América do Norte, trabalhado por John S. MacDonald, LeatriceMacDonald (1964) e Fernando Devoto (1988) (VENDRAME, 2018).

compreender determinados contextos. No entanto, observando a partir de novas perspectivas, e utilizando como referencial trabalhos que questionam alguns padrões apontados nessa historiografia clássica, podemos fazer novos questionamentos, tomando como ponto de partida os movimentos migratórios.

A micro-história e os estudos de trajetória, bem como aqueles que abordam as cadeias migratórias dos dois lados do Atlântico, foram fundamentais para levantar questionamentos e novas abordagens acerca dos movimentos migratórios e seus atores sociais (CARNEIRO; VENDRAME, 2021)³⁴. A partir do método micro analítico, podemos romper com o que se espera de uma síntese, pensando que a história não é homogênea (GRENDI, 1998). O exercício de escalas, ou seja, olhar para contextos maiores e específicos, permite que o historiador faça diferentes leituras, e, a partir do micro, pode-se perceber a agência dos indivíduos, suas estratégias, recursos e ações. De acordo com Rogério Palma e Oswaldo Truzzi, “o próprio fenômeno migratório já coloca a questão da trajetória como algo a ser abordado”, e a decisão de migrar representa o papel ativo do sujeito que toma para si a empreitada (PALMA; TRUZZI, 2014, p. 80). Pensando no sujeito ativo que migra, o seu percurso é feito de forma plural e atravessado por inúmeras situações. Neste sentido, a micro-história auxilia no exercício de se pensar os movimentos migratórios e as diferentes trajetórias dos indivíduos que estão inseridos neste processo.

Alguns autores já estão investigando trajetórias de pessoas que cruzaram o Atlântico rumo ao Brasil. As pesquisas de Maíra Vendrame (2016) foram fundamentais para construir novos caminhos de interpretação sobre os imigrantes europeus em território brasileiro. Existem, ainda, outros trabalhos que analisam a trajetória de italianos rumo aos países latino-americanos, como exemplo, a Argentina. A historiadora María Bjerg (2020) aponta como o fenômeno da imigração afetou a “anatomia” da Argentina, bem como a subjetividade de quem deixou o país de origem para tentar uma vida nova na terra de destino. A autora se utiliza da história das emoções para ampliar a compreensão histórica da imigração na Argentina, analisando fontes como cartas, diários e documentos públicos do poder judiciário³⁵. De acordo com Bjerg, os trabalhos voltados para as emoções nos contextos migratórios veem se desenvolvendo principalmente nos Estados Unidos, denominados como *Emotions on the move* (Emoções em

³⁴ Estudos importantes foram expostos no livro organizado por Vendrame e Carneiro (2021), que reúne diversos pesquisadores da temática como: Francesca Trivellato, Maurizio Gribaudi, Sandra Cavallo, Simona Cerutti, etc. intitulado: *Espaços, escalas e práticas sociais na micro-história italiana*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2021.

³⁵ O uso de tais fontes pelos historiadores foi crucial para a quebra dos antigos paradigmas sobre a imigração europeia para a América do Sul, no sentido de compreender o grupo imigrante como não homogêneo, movidos por estratégias e vontades particulares.

movimento). São diversos os recortes que integram tal temática: a maternidade transnacional, de mães que migram sem os seus filhos; o papel das emoções na interrelação das masculinidades hegemônicas e subalternas entre os migrantes latino-americanos nos EUA; as relações matrimoniais distantes entre casais que estão no Velho Mundo e no Novo Mundo, principalmente no período pós-guerra.

O historiador Dedir Norberto Marquiegui (2013) contribui para a reflexão de que o projeto da imigração visava, em termos de modernização, incrementar a sociedade com uma mão de obra branca e europeia, mas também trouxe problemas sociais como o desemprego, a desordem, as doenças, problemas estes que o Estado buscava reprimir a fim de evitar o fracasso do projeto civilizador. O autor aponta que, no século XX, na Argentina, irá se destacar uma nascente corporação médica alienista e higienista que visava propagar as ideias de civilidade. O autor analisa a presença de imigrantes em instituições como os Hospícios³⁶, durante o século XX, destacando que a vigilância recaía principalmente sobre os imigrantes desempregados, “a face nefasta do processo de modernização” (MARQUIEGUI, 2013, p. 2). A forma com que estes autores conduzem as suas pesquisas, reduzindo a escala de análise, faz com que possamos perceber as estratégias, as formas com que os estrangeiros se relacionavam a partir das redes sociais, com conterrâneos que já estavam nos locais de chegada, bem como com aqueles que permaneciam na Itália.

Em nossa percepção, é necessário pensar nos diversos percursos feito pelos imigrantes. Para chegar até portos, era preciso pegar outros meios de transporte, como carroça, trem, etc., e, para isso além de recursos financeiros, tinham que possuir tempo hábil para que o embarque não atrasasse. Além disso, de acordo com Molinari, “eram necessárias longas esperas pelo embarque, em precárias pensões ou nos bancos dos portos” (MOLINARI, 2017, p. 5). De acordo com a autora, existiam casos em que os passageiros não conseguiam embarcar, pois não passavam nos exames médicos, ou ainda, surgiam outros impasses, como os roubos nas pousadas e os enganados por agentes de imigração. Casos de doenças poderiam acontecer com aqueles que embarcavam em navios em más condições, impedindo-os de chegar ao seu destino.³⁷ (MOLINARI, 2017, p. 3). Ainda de acordo com a autora, as condições sanitárias foram descritas por médicos a bordo. Com a maior burocratização dos procedimentos de

³⁶ Hospício da Colônia Nacional de Alienados Dr. Domingo Cabred.

³⁷ De acordo com Augusta Molinari (2017), o porto de Gênova foi o local de saída de grande parte dos imigrantes para as Américas no final do século XIX; posteriormente, no século XX, o porto de Nápoles ocupou tal posição de destaque. No comércio marítimo, eram utilizadas embarcações velhas, e os emigrantes eram tratados como “mercadoria barata”. As embarcações utilizadas ainda nos primeiros anos do século XX, eram desprovidas dos requisitos essenciais de segurança e higiene, fazendo com que os passageiros morressem a bordo ou então chegassem doentes no seu destino.

controle sanitário no século XX, os diários sanitários de bordo e registros de médicos eram enviados ao Ministério do Interior e à Direção Geral da Saúde Pública da Itália.

Sobre a documentação analisada por Molinari, elas podem abrir muitas possibilidades de pesquisa, especialmente se cruzadas com fontes encontradas nos países de destino dos imigrantes. Apesar disso, Molinari ressalta que “o tema da saúde foi raramente abordado pelos historiadores da imigração. É também por isso que a documentação sanitária das viagens transoceânicas “não aparece com particular interesse por parte de quem relata” (MOLINARI, 2017, p. 12). Ela se refere às cartas e diários de viagem produzidos pelas pessoas que atravessavam o atlântico, apontando que para os emigrantes a travessia, muitas vezes, não era vista como a etapa mais importante do deslocamento, mas apenas um “parêntese de um caminho”. O percurso marítimo era descrito como um “êxodo”.

A historiografia sobre a imigração italiana, principalmente a que foi produzida no Rio Grande do Sul, muitas vezes não coloca em discussão as questões sobre a travessia, as contingências e algumas particularidades no momento da chegada, bem como as questões que envolvem a saúde. De acordo com Palma e Truzzi, são histórias muitas vezes pensadas “a partir do final”. A produção historiográfica sobre as migrações

não abre espaço para situações de contingência através das quais determinadas ações tornaram-se, possivelmente, fundamentais para o percurso delimitado. Muitas vezes, trajetórias de sucesso atravessaram circunstâncias que poderiam ter mudado o rumo da história (PALMA, TRUZZI, 2017, p. 81).

Perceber os percursos, para onde iam quando chegavam, quem eram os imigrantes que vinham sozinhos? Por quais motivos optaram por permanecer na zona urbana e não seguir para as regiões coloniais? Quais recursos utilizavam? É importante reconhecer os diversos locais de desembarque dos imigrantes no Brasil. Além do Rio Grande do Sul, outras províncias receberam imigrantes europeus, como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo. Muitas vezes, estes locais eram apenas pontos de passagem dos imigrantes que tinham como destino as colônias do Rio Grande do Sul.

O Rio de Janeiro foi importante local de destino dos italianos: “A cidade atraiu milhares de italianos que inicialmente se dirigiam para outras localidades, mas que acabaram optando pela capital do país em busca de emprego na área urbana” (FERNANDES, REZNIK, et al., 2022, p. 61). Com a intensificação dos movimentos migratórios no Brasil, principalmente no final do século XIX, foi necessário que se providenciasse locais de recepção e inspeção sanitária nos principais portos que recebiam os estrangeiros. Importantes estudos foram produzidos sobre estes locais que recebiam os imigrantes no Brasil, principalmente no Rio de Janeiro e em São

Paulo. São estes estudos que podem auxiliar a pensar a chegada dos imigrantes nos locais de destino, sobre a saúde e as doenças e a questão das políticas de saúde e imigração criadas pelo Brasil no período da grande imigração.

Maria Isabel de Jesus e Laurent Vidal (2014), que analisam a rede de hospedarias criadas ao longo de toda a costa atlântica no Brasil a partir de 1880, entendem estes locais como “territórios da espera, para controle e a triagem dos emigrantes no momento da sua entrada no Brasil”. Os autores nos ajudam a perceber a significação dos espaços de acolhimento aos imigrantes a partir das leis e decretos criados; da fundação de grandes hospedarias, como, por exemplo, a Hospedaria da Ilha das Flores no Rio de Janeiro e a Hospedaria do Brás, no estado de São Paulo; e os locais de tratamento e isolamento das doenças, como os lazaretos erguidos em torno da costa do Rio de Janeiro. A ideia dos autores se aproxima com o que foi exposto por Molinari (2017), de que o percurso feito pelos imigrantes, desde a saída até a chegada, faziam parte de uma experiência plural.

Considerando que passar por estes locais fazia parte do percurso de todo imigrante, pressupõe-se que a doença também estava presente durante o trajeto. De acordo com Fernanda Rebelo (2010), “adoecer possuía certas especificidades e carregava em si uma série de consequências que poderiam transformar os destinos daquelas pessoas de forma individual e coletiva” (REBELO, 2010, p. 14). Dentre estas consequências, estavam as epidemias a bordo, que interferiam não somente na vida, mas impactava diretamente nos locais de chegada e obrigava a adoção de políticas públicas por parte dos países receptores³⁸. A autora auxilia a pensar as condições de higiene dos navios que afetavam a saúde da população imigrante. Destaca as medidas de profilaxia adotadas pelo governo, como as quarentenas, revelando as teorias médicas das quais as autoridades – médicas e governamentais – se baseavam para adotar medidas para impedir a disseminação de enfermidades trazidas pelos recém-chegados. A pesquisa da autora permite igualmente identificar a complexidade existente nas políticas de imigração frente à saúde e os debates na ciência médica do período.

Como vimos, a vinda de imigrantes para a América visava, principalmente no caso do Brasil, branquear a população e criar mão de obra qualificada e disponível. No entanto, também existia uma preocupação do Estado frente ao tipo de imigrante que não era bem visto. Neste caso, aqueles que chegavam doentes ou não atendiam aos preceitos de higiene da burguesia emergente, eram segregados, sendo criadas medidas de controle e afastamento destes estrangeiros do restante da sociedade. De acordo com María Silvia Di Liscia (2016, p.2), o

³⁸ Destacamos que iremos abordar quais eram estas políticas no Capítulo 2 desta dissertação.

cólera que se espalhou pelos portos marítimos durante os séculos XIX e XX, gerou preconceito contra italianos e outros estrangeiros que, ao serem considerados “doentes de cólera”, eram condenados ao isolamento e muitas vezes à morte. O cólera e as demais doenças como a febre amarela, levantaram debates sobre a circulação de pessoas, o tráfico de mercadorias e o controle sanitários dos portos. No segundo capítulo do presente trabalho, veremos quais eram esses debates, como se deram as normativas referentes ao controle da entrada de estrangeiros no Brasil.

Sabemos que os imigrantes que vinham para o Rio Grande do Sul, em sua grande maioria era para se dedicar ao trabalho rural nas colônias criadas no interior do estado. Mas não podemos generalizar esses casos, pois, assim como no Rio de Janeiro e em São Paulo, imigrantes também se destinavam às zonas urbanas, causando, muitas vezes, preocupações às autoridades públicas. A mudança de percurso na vida dessas pessoas não pode ser descartada, bem como a circulação dos imigrantes de um estado para o outro, dentro das próprias cidades, ou da zona rural para a urbana. Pensar essa circulação é algo que ajuda a compreender os movimentos migratórios sob outra perspectiva. A respeito da abordagem da temática imigração e saúde, Di Liscia aponta que:

A imigração, como a saúde, não são fenômenos fáceis de abordar. Consequentemente, também não é possível fazê-lo a partir de uma única perspectiva. Ambos propõem uma necessária investigação do contexto global, mas, ao mesmo tempo, é factível e desejável voltar ao “caso” particular –localidades, áreas de circulação–, e ainda, às histórias e narrativas dos imigrantes” (DI LISCIA, 2016, p. 2).

A partir do exposto pela autora, concordamos e ressaltamos ser necessário abrir campos de análise para a temática que estamos abordando. Considerando que é importante perceber os percursos tomados por esses indivíduos que chegavam à capital, muitas vezes doentes, ou com alguém da família que adoecia, pretendemos mostrar um pouco do ambiente encontrado por esses imigrantes na capital do estado do Rio grande do Sul, a cidade de Porto Alegre. Como vimos, poucos são os estudos que procuram pensar nos caminhos percorridos pelos lugares deixaram registrado na documentação a passagem pela hospedaria e entrada no país. A documentação produzida por instituições, como a Santa Casa, pode abrir novos caminhos para pensar as condições de desembarque na capital do Estado, possibilitando compreendermos o espaço encontrado pelos estrangeiros e o estado de saúde e perfil dos recém-chegados.

2.2 História das Misericórdias e assistência à pobreza

Ao longo deste trabalho pretendemos mostrar os usos que os imigrantes italianos faziam da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Para isso, é necessário fazer uma breve apresentação sobre as Santas Casas de Misericórdia, em Portugal e na América Portuguesa³⁹. Por conseguinte, não há como abordar a questão das Misericórdias sem discutir pobreza e assistência. Como vimos no tópico anterior, os italianos se declaravam pobres, no entanto, não podemos afirmar que os mesmos eram miseráveis, visto que possuíam certo recurso para o seu deslocamento (MOLINARI, 2017). Mas o que significava ser pobre no século XIX? Como a sociedade entendia a pobreza? E o que era ser pobre para o grupo estudado? Algumas destas questões podem ser compreendidas a partir da análise de como as noções de pobreza foram sendo construídas ao longo da história. Tentaremos responder esses questionamentos nos próximos capítulos do presente trabalho.

Para compreender o mecanismo de seleção de quem deveria ser assistido, é necessário voltar alguns séculos, quando a Europa sofrera transformações sociais no final da Idade Média. Sobre a assistência social, de acordo com Renato Franco (2017, p. 10), “foi a partir do século XV que se sedimentaram certos direcionamentos que seriam observáveis até os séculos XX, e sob certos aspectos, até o século XXI”. É por isso que se torna fundamental analisar algumas questões que marcaram a época moderna. Ao contextualizar esse período, Laurinda Abreu menciona que as guerras e as epidemias, como a Peste Negra, desestruturaram as populações locais “e deram outra dimensão aos problemas econômicos e sociais, mobilizando as autoridades para encontrar soluções para os enfrentar” (ABREU, 2014, p. 19). De modo geral, a compreensão da caridade na história centra-se na Era Moderna, pois, de acordo com a mesma autora, é neste período que os Estados Modernos europeus, principalmente os de influência católica, vão utilizar-se da assistência para afirmar o seu poder (ABREU, 2007, apud SANGLARD, 2017, p. 20)⁴⁰. Essas soluções visavam efetivar alterações do controle estatal, a partir de novas políticas de saúde.

³⁹ É necessário compreender, mesmo que brevemente, o funcionamento da assistência e das Misericórdias em Portugal, visto que estas influenciaram no funcionamento das congêneres existentes da América Portuguesa, destacando principalmente a de Porto Alegre. Se adentrássemos detalhadamente no assunto, o presente trabalho abriria novas demandas de pesquisa, no entanto, optamos em abordar a temática discutida por alguns autores a fim de situar o leitor sobre o nosso recorte de análise, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

⁴⁰ Ao fazer uma revisão historiográfica acerca dos estudos sobre assistência, Sanglard menciona outros autores que também enfatizam a forte presença dos Estados Modernos na construção da assistência no Ocidente, por exemplo, Robert Jütte (1994), que acrescenta que nos países protestantes “o papel da Reforma foi fundamental na reorganização da assistência”, chamando a atenção para a participação das cidades neste processo, ao deslocar para os municípios a função desempenhada pelos estados centrais, bem como o papel da Contrarreforma nos países católicos (SANGLARD, 2017, p. 21).

Salientamos que Franco (2017), assim como Abreu (2014), aponta que o crescimento do Estado se dá concomitantemente às transformações da assistência na modernidade. De acordo com o autor, a assistência se tornou um dos interesses dos Estados nacionais, pois as elites “perceberam o apelo que essas instituições tinham junto aos pobres e assim capitalizaram o imperativo da caridade como um importante instrumento que lhes garantiu lastro moral e capital político”, e é desta forma que a nascente noção de pobreza funcionava como forma de controle social (FRANCO, 2017, p. 11). Junto aos interesses de poder que a assistência proporcionava, a centralização desta também estava associada à ordem e ao controle local. Ainda de acordo com Laurinda Abreu (2014):

O medo da disseminação das epidemias, num tempo de fortíssimas migrações, especialmente perturbadores quando “migrações de pobreza”, legitimava a intervenção dos governos centrais, fornecendo-lhes argumentos para exercer um maior controle sobre o território e os seus habitantes, procurando evitar o desenraizamento das populações, elemento limitador da arrecadação tributária e da incorporação militar, suportes do Estado que então emergia (ABREU, 2014, p. 20).

É neste contexto que foram delimitadas as condições de acesso à assistência. Esse olhar para a população pobre também advém dos eventos econômicos ocorridos na Europa da Idade Média. A expansão do cultivo agrícola, bem como o aumento populacional, impulsionou o comércio e a dependência entre o campo e cidade. Essas modificações nos modos de vida foram geradoras de instabilidade nas questões da pobreza. Com o aumento da demanda de produção, as terras começaram a se tornar escassas, e esse efeito impulsionou as migrações das áreas rurais para as urbanas entre os séculos XIV e XV, gerando problemas relacionados à salubridade das cidades. Ocasionalmente, bem como o aumento dos preços dos produtos devido às más colheitas. Isso tudo propiciou aumento da pobreza entre a população urbana que só crescia (ROSSI, 2014, p. 15-16). Os movimentos migratórios se fazem presentes neste período e geravam preocupações das Monarquias frente às possíveis desordens e ao estado sanitários das cidades. Logo, o papel da assistência se tornou fundamental para controlar a população, bem como determinar quem seria merecedor da caridade.

De acordo com Renato Franco, a figura do pobre, desde o século XII, estava ligada à valores positivos, pois ele tinha uma grande importância para a salvação das almas no mundo católico. A pobreza era vista como uma forma positiva de uma condição vista anteriormente como castigo. A condição de ser pobre também exaltava “virtudes que eram entendidas como complementares, ou melhor, qualidades que buscavam minorar o estado de carência, como a

solidariedade e a fraternidade⁴¹” (FRANCO, 2011, p. 15). Auxiliar os pobres poderia garantir a salvação da alma e o perdão divino. No entanto, segundo Laurinda Abreu (2014, p. 22), por mais que o pobre estivesse inserido na “economia de salvação espiritual”, essa visão não conseguiu sobreviver diante do pauperismo crescente. O Estado precisava garantir o equilíbrio desta lógica de salvação, sem que a pobreza viesse prejudicar ou interferir na vida urbana que estava crescendo no período.

Em um cenário de migrações, resultantes das guerras, das pestes e das mudanças no mundo do trabalho rural, era necessário legislar contra a mendicância, principalmente dos que vinham de fora. Era preciso controlar os estrangeiros indesejados, que além de alterarem a ordem social, poderiam trazer doenças para os cercos urbanos. Foi a partir das Leis de Sesmarias em Portugal, de 1375, que, “pela primeira vez, sistematizou-se um conjunto de normas reguladoras da ociosidade e da falsa pobreza”, regulando a atuação das autoridades em relação à mendicância, onde a esmola não poderia substituir o trabalho. Havia grupos de pessoas que poderiam “mendigar” e serem dignos da assistência: os fracos, velhos, doentes e pobres envergonhados⁴². É importante ressaltar que esse grupo deveria provar que não era mais capaz de exercer qualquer tipo de função. A humilhação de ser pobre não caía sobre a pobreza em si, mas sobre a incapacidade de exercer um ofício (ABREU, 2014, p. 24-28). Nesse sentido, a prática medieval de aceitar a assistência a determinados “tipos de pobres” perdura ao longo do final da Idade Média até a Era Moderna, e esse sentido de assistência será adotado também na América Portuguesa com as Misericórdias. Conforme aponta Abreu:

as autoridades caminharam no sentido de categorizar a pobreza em três grupos, que se sabe não terem sido estáveis nem estanques: os falsos pobres, que deviam ser condenados e expulsos das comunidades; os pobres, residentes ou não, autorizados a mendigar por um tempo definido, e, finalmente, os pobres que poderiam aspirar às maiores fatias dos fundos das instituições assistenciais desde que não mendigassem” (ABREU, 2014, p. 28).

A questão de que o bom pobre era aquele que, por alguma razão, não poderia exercer ofício, foi enfatizada com a ideia de valorização do trabalho. Ela começou a se difundir na Europa durante o século XVI, e “se estendeu por todo período moderno e se fortaleceu durante o Iluminismo, demonstrando a crescente valorização do trabalho enquanto meio disciplinador e aliado no combate à pobreza” (ROSSI, 2019, p. 17). Neste período, uma série de leis “deixou

⁴¹ Essa visão advinha principalmente a partir da emergência das ordens mendicantes, como os Franciscanos.

⁴² Com relação às condições físicas e a situação vivida por quem se declarava pobre, de acordo com Robert Castel, “o pobre mais digno de mobilizar a caridade é o que exhibe em seu corpo a impotência e o sofrimento humanos” (Castel, apud ROSSI, 2019, p. 18).

claro o caráter essencialmente local e seletivo das instituições de auxílio, marginalizando os desocupados saudáveis, forasteiros e ciganos”. Já os pobres honrados poderiam ser atendidos pelas instituições de caridade ou então por pessoas benemerentes (FRANCO, 2017, p. 10). A caridade “tornou-se uma espécie de serviço social local que recebeu a colaboração de todas as instâncias que dividem a responsabilidade pelo ‘bom governo’ da cidade” (CASTEL, 2015, apud ROSSI, 2019, p. 18). Neste sentido, a ideia de um pobre merecedor da assistência não era mais defendida apenas pela Igreja, tornando-se uma preocupação das sociedades leigas, composta por uma elite emergente ligada ao surgimento dos Estados Nacionais.

Ainda sobre a questão de quem poderia se beneficiar da caridade, Rossi (2019, p. 19) destaca que com o processo de mudanças ocorridas na Europa, seja com a urbanização ou fortalecimento do poder central, as instituições “estruturaram a assistência, sendo as suas práticas calcadas por dois vetores fundamentais”: a questão da proximidade dos que assistem e dos assistidos, bem como a incapacidade para o trabalho⁴³. No entanto, não possuir redes de sociabilidade, entre parentes ou vizinhos, significava que o indivíduo poderia estar desprotegido de uma “sociabilidade primária”. Logo, “os critérios de quem prestava assistência visava reestabelecer essa solidariedade “natural, primária, da qual ficou desprovido o necessitado, buscando mitigar as suas privações” (ROSSI, 2019, p. 19).

Sobre esta questão das redes de sociabilidade, Abreu (2014) destaca que, em locais como a França, Itália, Espanha e Portugal, a ausência de laços primários entre os trabalhadores motivava os internamentos nos hospitais, e que, muitas vezes, facilitavam a vida de empregados e trabalhadores, visto que atendiam às demandas dos que adoeciam sem que estes precisassem se afastar das zonas de trabalho (ABREU, 2014, p. 270-271). As redes de sociabilidade e a necessidade de recorrer à assistência institucional auxilia a pensar nos imigrantes que chegavam ao Brasil e que não possuíam família.

2.2.1 Os hospitais e as Misericórdias na América Portuguesa: formas de poder e controle da pobreza

Com as mudanças que atravessam a chegada da era moderna, além de uma organização da assistência ser uma das questões colocadas em prática pelo Estados, ocorre também uma transformação nos hospitais e instituições congêneres. Laurinda Abreu (2014) defende que o

⁴³ Rossi (2019) desenvolve essa ideia utilizando como referencial Robert Castel, em que o referido autor menciona as redes de sociabilidade, destacando que entre os assistidos pela caridade, “o indigente tem mais oportunidades de ser assistido à medida que é conhecido e reconhecido” (CASTEL, 2015, p. 85).

processo de intervenção régia na assistência em Portugal teve início nos hospitais (SANGLARD, 2017, p. 27). Ainda de acordo com a autora, os hospitais durante a Idade Média estavam ligados à expansão do cristianismo e expressavam a religiosidade popular e o compromisso social com as camadas mais frágeis, especialmente no contexto urbano. Gisele Sanglard salienta que “os hospitais medievais representavam o lugar por excelência da caridade, mesmo que em alguns momentos de sua história tenham sido usados para fins de ordem pública” (SANGLARD, 2007, p. 12). Os hospitais, por serem fundados pela Igreja, eram instituições caritativas, estando o cristianismo presente nos valores e também na sua estrutura, onde os edifícios possuíam modelos de enfermarias monásticas, locais para cultos e igrejas, mesmo que a grande maioria fosse lugares pequenos (ABREU, 2014, p. 39-40). Com o surgimento das Misericórdias no início da época Moderna, os hospitais irão passar por uma mudança de administração, indo parar nas mãos dos leigos. No caso de Portugal, a grande maioria ficará sob a alçada das Misericórdias. Daremos mais atenção para Portugal por ter impacto na realidade brasileira com as Misericórdias.

Os hospitais eram mais que um local para curar, sendo também um abrigo para “peregrinos, viajantes, pobres, velhos, órfãos, doentes e prostitutas”. Alguns poucos acolhiam mulheres grávidas ou parturientes. Os assistidos recebiam abrigo, alimentação, roupa, cuidados de higiene, mas muito raro eram os cuidados médicos e uso de medicamentos⁴⁴ (ABREU, 2014, p. 40). A lepra e a Peste⁴⁵ foram doenças que marcaram as reformas hospitalares e a especialização dos serviços, modificando a forma com que estes locais abrigavam os doentes leprosos, sendo estes afastados para postos distantes das povoações. Para Abreu, as referidas medidas foram, “provavelmente, as primeiras soluções organizadas para proteção da saúde pública”. Junto com elas, foi sendo modificado a maneira com que os hospitais lidavam com aqueles que tinham doenças incuráveis, limitando o acesso a estes espaços (ABREU, 2014, p. 41)⁴⁶. Apesar das mudanças, os moldes hospitalares com vertentes religiosas de assistência perduram durante séculos, influenciando como a assistência será concedida pelos hospitais na América Portuguesa.

⁴⁴ De acordo com Abreu (2014, p. 40), os cuidados médicos com profissionais e medicamentos eram feitos em hospitais maiores, exemplificando alguns como: o hospital francês Hôtel-Dieu de Paris, o Hospital do Espírito Santo, em Roma, ou ainda o Hospital de Santa Maria Nuova em Florença.

⁴⁵ Com o advento da Peste Negra, os critérios de admissão nos hospitais foram ainda mais intensificados por toda a Europa.

⁴⁶ A autora destaca que essa visão sobre “a medicalização, no sentido de terapia médica, é um conceito de aplicação controversa para períodos tão recuados [como os séculos XII e XIII], menos problemática é a afirmação de que um número considerável de hospitais já então centralizava recursos de saúde e bem-estar, que obviamente incluíam o apoio espiritual” (ABREU, 2014, p. 41).

A criação de hospitais com uma grande concentração de recursos e que obedecia aos preceitos dos hospitais modernos, como o Hôtel-Dieu de Beaune (1452)⁴⁷, vai se tornar recorrente na Europa no século XV e XVI, visando controlar as questões urbanas e a pobreza. Nestes casos, a vertente religiosa continuava, mas os propósitos eram laicos. Assim como Abreu (2014), Rossi (2019, p. 25) destaca que a laicização administrativa dos hospitais ocorre a partir do Concílio de Viena em 1311, devido à necessidade de efetivar reformas. Esse movimento reformista na Europa seguiu para Portugal, dando lugar a centralização da assistência⁴⁸.

A partir dos métodos de reorganização da assistência, os poderes locais encontraram um meio para resolver os problemas urbanos, como a pobreza, a mendicidade e o cuidado dos órfãos, que se colocava em diversos países da Europa Ocidental (ROSSI, 2019, p. 30). Assim como o olhar para a pobreza se modifica com as transformações no mundo Ocidental no século XVI, o funcionamento dos hospitais também se altera. Se antes a compaixão com o pobre motivava as doações para as instituições hospitalares, afim de buscar a salvação das almas, com as transformações sociais e econômicas, a aglomeração dos pobres é vista como um perigo em potencial (SANGLARD, 2007. p. 13).

A emergência das Misericórdias é uma das questões que é imprescindível destacar neste processo de organização da assistência em Portugal, e que irá configurar como esta prática será adotada no Brasil. Em Lisboa, primeira Misericórdia foi fundada em 15 de agosto de 1498, sob permissão da Rainha Dona Leonor. A intervenção da Coroa na administração dos recursos assistenciais locais, realizada com o apoio das elites, garantia ao monarca:

estabelecer uma proximidade entre governados e governantes, relação que não se confirma totalmente. Ainda assim, a elite que detinha privilégios na Corte percebia no investimento nessa Irmandade uma maneira de multiplicar suas relações, funcionando enquanto fortalecimento de estratégias políticas que favoreciam o prolongamento de suas ações em esferas que variavam entre o poder central e local (ROSSI, 2019, p. 30).

⁴⁷ Sanglard salienta que este modelo de hospital representado pelo francês Hôtel-Dieu pode ser comparado com as Misericórdias do Império português, pois “ambos mantêm caráter público e privado e, nas colônias ultramarinas, representam o Estado metropolitano, ficando sua administração a cargo dos notáveis da cidade” (SANGLARD, 2007, p. 14).

⁴⁸A intervenção dos monarcas nos hospitais com má administração e a integração destes nos bens da Coroa, em Portugal ocorre no século XV. Abreu destaca a fundação do Hospital de Todos os Santos, iniciado pelo príncipe D. João em 13 de agosto de 1479, conseguindo o consentimento papal para a fusão de vários hospitais de Lisboa para a administração régia. Em 21 de fevereiro de 1486, o rei alcança a autorização para a centralização de hospitais, albergarias de pobres e de meninos expostos de cada cidade ou povoação pertencentes ao reino. No século XVI, a coroa já conseguira ter para si o controle de boa parte dos hospitais (ABREU, 2014, p. 43). Desta forma, a autora defende que a intervenção régia na assistência em Portugal teve início nos hospitais (SANGLARD, 2017, p. 27).

Sobre a disseminação e aceitação das Misericórdias entre essas elites, de acordo com Sá (1997), a confraria também continuou a prática de caridade individual, ou seja:

seus irmãos continuaram a desenvolver relações pessoais com os beneficiários da irmandade, a quem distribuíram esmolas, por vezes do próprio bolso; os testadores continuaram a deixar legados em prol da sua felicidade eterna, usando os pobres como intermediários das almas respectivas (SÁ, 1997, p. 51-52 apud SANGLARD, 2007, p. 26)⁴⁹

Desta forma, o pobre continuou tendo o seu papel essencial naquela sociedade. Os irmãos que compunham a Misericórdia “se congregavam com os espírito das quatorze obras, que seriam elas: 7 espirituais - ensinar os simples, dar bom conselho a quem pede, castigar com caridade os que erram, consolar os tristes e desconsolados, perdoar a quem vos errou, sofrer as injúrias com paciência, rogar a Deus pelos vivos e mortos; e as corporais – dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, vestir os nus por piedade, hospedar aqueles que não têm casa, visitar os enfermos, remir os cativos, visitar os presos e enterrar os mortos (ABREU, 2014, p. 76).

De acordo com Rossi, as misericórdias não atendiam os interesses da elite apenas no que diz respeito às obras assistenciais, mas a partir da oportunidade de ascensão, como na gerencia das questões urbanas, na seleção do público que deveria ser assistido e também a partir da atuação dos médicos que eram selecionados (ROSSI, 2019, p. 31). Desta forma, nascia uma “íntima ligação com o poder local” a partir de influencias entre duas entidades: Câmaras Municipais e Misericórdias. As Misericórdias facilitavam a subida social pela circulação entre as Câmaras e a instituição, sendo comum as pessoas acumularem cargos de camarários e mesários, garantindo a fixação dos grupos nas instâncias de poder, prolongando-se por várias gerações (ABREU, 2014, p. 86). Neste sentido, é importante reconhecer o papel das elites junto às instituições de caridade, pois a partir delas “capitalizaram o imperativo da caridade como importante instrumento que lhe garantiu lastro moral e capital político” (FRANCO, 2017, p. 11). Como uma forma de controle característico dos Estados modernos, as elites desempenhavam o papel de classificar a pobreza, escolhendo quem seria merecedor das obras de caridade e quem não seria.

Segundo Abreu, a Coroa estava disposta em “disseminar os ideais caritativos e apostólicos” das Misericórdias por todo o território luso, no entanto, isso não significava que

⁴⁹ Essa percepção, de acordo por Sanglard (2017), foi defendida por Isabel Guimarães Sá (1997). Laurinda Abreu (2014) defende que a organização da assistência em Portugal se deu a partir da centralização da monarquia e a coesão social onde a assistência e o socorro aos pobres foi um dos pilares dessa centralização, bem como a divisão dos pobres, entre o merecedor e o vagabundo, com uma legislação sobre isso.

as mesmas conseguiram adesão imediata da população. Para que as Misericórdias tivessem êxito, era necessário fiéis que servissem com as esmolas e as doações perpétuas. A autora reafirma que esse processo se deu de forma gradual, na medida em que as instituições agregavam membros. Porém, elas geravam diversas dificuldades financeiras, fazendo com que os hospitais funcionassem em locais menores, por exemplo, o caso da Misericórdia de Lisboa, que funcionou até 1534 em uma capela. (ABREU, 2014, p. 88-89). Outro momento, que de acordo com Abreu, marca de forma significativa o desenvolvimento das Misericórdias, é quando tomam para si a administração dos hospitais.

Esse avanço gradual das Misericórdias é importante para compreender a influência que estas instituições adquiriram com o tempo, chegando a se expandir por todo território ultramarino português. A expansão ocorreu de forma simultânea, na Índia, Norte da África e no Brasil, porém com estratégias diferentes. De acordo com Franco:

Atrás de uma proteção régia estava uma clara política de expansão das instituições de assistência, atrás da rápida aceitação dos *principais da terra* estava a série de benefícios e privilégios conferidos à irmandade. Um ajuste de favores entre o poder central e as diferentes elites do império que dava à coroa um papel orquestrador de instituições de assistência. Eram, em suma, menos onerosas do ponto de vista financeiro (seus cursos foram marcadamente pagos pelas elites locais), e extremamente privilegiadas do ponto de vista simbólico (FRANCO, 2011, p. 62).

Assim como Isabel dos Guimarães Sá (1997), Franco (2011) destaca que as Misericórdias espalhadas pelo Império ultramarino não eram iguais, desde a sua composição social, que eram organizadas de acordo com as necessidades locais, até as questões de investimentos e patrimônio. No entanto, ainda de acordo com os autores, as confrarias possuíam semelhanças a partir dos compromissos que eram iguais aos de Lisboa. Estes compromissos “estipulavam a inspiração teológica da irmandade, os maiores alvos de caridade (ainda que isso fosse variável espacial e temporalmente), a composição elitista da confraria” (FRANCO, 2011, p. 62). Neste caso, a Misericórdia de Lisboa era um modelo a ser seguido, no entanto, na prática, cada uma se adequava ao espaço que estava inserida. No caso brasileiro, havia uma sociedade heterogênea, composta por indígenas, escravizados, imigrantes, estrangeiros, etc. A forma com que a assistência era distribuída a estes grupos não era igual àquela conduzida no reino para a população portuguesa⁵⁰. O que definiu um ponto em comum entre essas instituições com as

⁵⁰ No caso dos escravizados, estes não possuíam direito à assistência, visto que eram considerados propriedade dos “seus senhores”. A assistência à saúde deveria ser fornecida por seus senhores e não pelas instituições de assistência. Já no caso dos indígenas, eram prioridade de evangelização de outras instâncias religiosas, como os

portuguesas foi a forma com que as elites se colocavam em relação aos os pobres, consolidando a institucionalização do poder dos ricos. Para Franco:

Essa possibilidade de representação institucional reiterava a benevolência paternal dos principais ante a população pobre e, ainda que a maior parte dos necessitados permanecesse à margem dos serviços prestados, a relevância simbólica das Misericórdias garantia a essas instituições a maior fatia dos serviços de assistência, ritualizando as relações entre poderosos locais e os “seus” respectivos miseráveis (FRANCO, 2011, p. 63).

Ainda sobre a implementação das confrarias no ultramar⁵¹, no Brasil as Misericórdias foram implementadas a partir do momento em que já se tinha uma estrutura política e administrativa organizada (ABREU, 2001, p. 596). As primeiras Misericórdias foram fundadas no século XVI, estando localizadas em cidades da zona litorânea, como Olinda, Santos, Salvador e Rio de Janeiro. Renato Franco (2011, p. 65) destacou que o “impulso fundacional” das Santas Casas de Misericórdia no Brasil ocorreu entre os anos de 1541-1650⁵². Ainda de acordo com o autor, além de afirmar o poder da confraria em terras luso-brasileiras, as Misericórdias vão ser fundamentais para a atuação do poder político local nestes espaços que estavam sendo colonizados.

Em território brasileiro, passaram a assumir funções como hospital, enterramento dos mortos, cuidado das órfãs, visitas às viúvas e pessoas miseráveis, bem como alimentação dos presos pobres (FRANCO, 2011). Tiveram uma importância social para o desenvolvimento local. As Misericórdias do Rio de Janeiro e Salvador foram as de maior sucesso, por possuírem os maiores portos da colônia e os maiores contingentes militares (ROSSI, 2019, p. 35). Desta forma, a Misericórdia de Salvador (1549) foi, por muito tempo, assim como a lisboeta, um modelo institucional a ser seguido pelas demais fundadas.

jesuítas. Ou seja, “a missão das irmandades leigas delimitou-se a uma espécie bem determinada de pobreza, marcadamente urbana e preferencialmente branca”. (FRANCO, 2011, p. 52). Nestes casos, é necessário um estudo que se detenha à análise exclusiva de como a assistência chegava a estes grupos, e se chegava, como em casos excepcionais, isso acontecia. Não adentraremos nessa seara, pois o objetivo deste trabalho não se insere nesta perspectiva de estudo.

⁵¹ Sobre esta questão, Isabel Sá (2000) aborda detalhadamente a expansão das Misericórdias no Império ultramarino Português, bem como as particularidades de cada uma, referentes à forma com que foram conduzidas e os suas respectivas características de acordo com o local de implementação. Ver: SÁ, Isabel dos Guimarães. *As Misericórdias no Império Português [1500-1800]*. In: *500 anos das Misericórdias Portuguesas*. Solidariedade de geração em geração. Lisboa: Comissão Nacional para as comemorações dos Descobrimientos Portugueses, 2000, p. 101-133. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4343>. Acesso: 01 dez 2022.

⁵² Sobre as datas de fundação destas Misericórdias localizadas “nos pontos estratégicos da colonização”, Franco (2011, p. 66), destaca que as capitanias de Pernambuco e São Vicente disputam o título de primeira Misericórdia do Brasil. “Olinda (c.1539-1545) e Santos (c.1543) [...] foram seguidas por outras sedes administrativas recém-criadas, como foi o caso de Espírito Santo (c. 1545), Bahia (1549), São Paulo (c.1560), Ilhéus (c.1564), Rio de Janeiro (c.1582), Paraíba (c. 1585)”.

As demais Misericórdias foram sendo fundadas em grande escala a partir do século XVIII, na medida em que o território se desenvolvia economicamente, como é o caso da Misericórdia de São Paulo. Em Minas Gerais, as Misericórdias “se constituem em uma fase tardia relativamente ao aparecimento e auge da mineração, sendo suplantadas pela proliferação de outras irmandades de fundação anterior” (SÁ, 2000, p. 107). Nas cidades do Rio Grande do Sul, a instalação das Misericórdias se deu em um período mais tardio.

A fundação de espaços de assistência no interior do Brasil Meridional se deu ao longo do Império, momento em que o país começou a receber imigrantes, alterar sua paisagem com a chegada da ferrovia, substituir a mão-de-obra escravista para o trabalho livre e expandir sua economia (ROSSI, 2019, p. 47). O aumento das confrarias, apesar de ser específico para cada região, a partir do século XIX, demonstra o empenho das elites governantes em controlar a vadiagem nas cidades em crescimento (FRANCO, 2011, p. 94).

No Rio Grande do Sul não foi diferente, pois, com a expansão e o interesse português pelo território meridional, principalmente a partir da Colônia de Sacramento (1680), já era mencionado pelas autoridades a necessidade de uma Misericórdia, devido à região ser conflituosa e os soldados necessitarem de cuidados médicos recorrentes (FRANCO, 2011, p. 78). As questões com a saúde também foram apontadas pelos povoadores de Rio Grande, quando em 1737 foi fundada a Fortaleza de Jesus-Maria-José.

Nos relatórios da província eram feitas propagandas sobre as condições favoráveis para o povoamento do território. No entanto, também ressaltavam as dificuldades com relação ao clima e a necessidade de cuidados com a saúde dos habitantes, bem como com os militares (WITTER, 2007). Apesar da menção às condições favoráveis ao povoamento, estes locais passavam por constantes conflitos. Fazia-se necessário, portanto, que a assistência fosse dada aos soldados, o que irá motivar a fundação de uma Misericórdia na capital Porto Alegre na primeira metade do século XIX.

2.3 Assistência no Rio Grande do Sul e a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Os autores mencionados no tópico anterior, que se dedicaram a estudar as Misericórdias no Império Português, como Abreu (2000), Sá (2002), Franco (2011)⁵³, não deram atenção à Misericórdia fundada em Porto Alegre. Estamos de acordo com Cláudia Tomaschewski (2007,

⁵³ Queremos lembrar que esta dissertação não tem como objetivo mapear a historiografia produzida sobre as Misericórdias na América Portuguesa, afinal, são muitos os trabalhos que tratam dessa temática, elencando diversas perspectivas, como: a instalação das Misericórdias no período colonial, a relação dessas instituições com a escravidão, o pós-abolição. Além das diversas temáticas que envolvem a instituição.

p. 36), que afirma que existem diversos trabalhos que abordaram a Santa Casa, localizada na capital do Rio Grande do Sul, de “forma transversal”, utilizando a Instituição como ponto de partida para outras investigações, assim como faremos nesta dissertação⁵⁴. A mesma autora, em sua dissertação de mestrado, aborda a historiografia produzida sobre a Misericórdia de Porto Alegre, elencando algumas obras de caráter institucional, como, por exemplo, o livro escrito por Sérgio da Costa Franco, sobre os 200 anos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre⁵⁵. Acrescentamos outros trabalhos que vêm sendo produzidos em coleções da referida instituição, como resultados de pesquisas realizadas em seu acervo documental⁵⁶.

A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi o primeiro hospital nos moldes “modernos”, fundado Rio Grande do Sul, que passou atender a população. A Instituição de caridade de base Portuguesa foi criada a pedido do Irmão Joaquim Francisco do Livramento⁵⁷ ao rei de Portugal D. João, tendo sua fundação ocorrido após deferimento, em 19 de outubro de 1803. Porém, a sua construção somente iria iniciar em 1804. A construção atendia todos os critérios de higiene do período, afastada da cidade para evitar contágios, e em um lugar alto para garantir maior circulação de ventos (NASCIMENTO, 2009, p.12). O status de Misericórdia foi concedido em 1814 para receber esmolas, legados e “aplicar os recursos levantados na construção de um hospital”. Essa permissão foi concedida pelo príncipe regente D. João, sendo o estabelecimento sustentado com as esmolas dadas pelo povo, algo apoiado pelo governo da província (WITTER, 2007, p. 175). Inicialmente, a instituição visava atender os viajantes que aportavam na cidade e os desamparados.

⁵⁴ GERTZE, Jurema. Op.cit. GIL, Lorena Almeida. *Um mal do século: tuberculose, tuberculosos, e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930*. Porto Alegre: PUCRS, 2004. (Tese de doutorado). WADI, Yonissa Marmitt. *Palácio para guardar doídos*. Uma história de lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002. WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, magia, religião e positivismo na República Rio-grandense 1889-1928*. Santa Maria: ed. UFSM, 1999. ALMALEH, Priscilla. *Pobres Mulheres ou Mulheres Pobres? A condição de vida feminina no século XIX a partir da Santa Casa de Misericórdia (1889 - 1895)*. Universidade do Vale do Rio dos Sinos: São Leopoldo, 2015 (Trabalho de Conclusão de Curso). FLORES, Giane. *Farda, saúde e etnia: a presença de populares negros na polícia de Porto Alegre através dos registros da Santa Casa de Misericórdia (1888 – 1894)*. História Unicap, v. 3, n. 6, jul./dez. de 2016. OLIVEIRA, Daniel. *Morte e vida feminina: mulheres pobres e condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1890)*. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. (Dissertação de mestrado).

⁵⁵ FRANCO, Sérgio da Costa. *Santa Casa 200 anos: caridade e ciência*. Org. Franco, Sérgio da Costa; STRIGGER, Ivo. Porto Alegre: Ed. da ISCMPA, 2003.

⁵⁶ Esses trabalhos são reunidos na coleção *Histórias Reveladas*. Essa produção é resultado dos eventos promovidos pelo Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Porto Alegre, em que os pesquisadores apresentam suas respectivas pesquisas sobre a Instituição, e já conta com 7 volumes, com o oitavo em produção.

⁵⁷ O Irmão Joaquim Francisco do Livramento (1761-1829) era natural de Desterro - SC e serviu a Ordem Terceira de São Francisco, dedicando-se aos pobres e desvalidos em suas peregrinações pelo Brasil. Teve papel na fundação de outros estabelecimentos pios como o Hospital de Caridade de Desterro (atual Florianópolis), a casa de menores abandonados em Salvador – BA, e de seminários no Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1802 foi representante dos membros da Câmara de Porto Alegre junto à Corte de Lisboa, a fim de pedir autorização para a fundação da Santa Casa de Misericórdia (FRANCO; STRIGGER, 2003, p. 18).

Em 1825, o então provedor José Feliciano Fernandes Pinheiro, Visconde de São Leopoldo, desenvolveu uma intensa atividade no sentido de concluir as obras de construção do Hospital. Além da contribuição da Câmara Municipal, foram recebidos recursos e doações a partir da venda de terrenos da Irmandade (FRANCO, STRIGGER, 2003, p. 32). O Hospital foi solenemente inaugurado junto às duas primeiras enfermarias, em 1826.

As primeiras iniciativas administrativas da instituição registradas em Atas, ocorreram no ano de 1814. Em 5 de janeiro de 1815, a Câmara Municipal procedeu a eleição da primeira Mesa Administrativa da Irmandade. O Provedor escolhido foi o Governador e Capitão-general Marquês de Alegrete; o vice provedor, Tenente-general Joaquim Xavier Curado e, para escrivão-secretário, o Brigadeiro Miguel de Lino de Moraes (FRANCO; STRIGGER, 2003, p. 22). De acordo com Tomaschewski (2014), o registro que consta no livro é uma cópia de representações enviadas ao Governador da Capitania, Dom Diogo de Souza e ao Juiz de Capelas. Nesta documentação, localizada no arquivo da Santa Casa de Porto Alegre, os irmãos escreveram “sugerindo que se crie a Irmandade da Misericórdia”. A autora ainda destaca que nesta reunião, ocorrida em janeiro de 1814⁵⁸, foi sugerido o status de Misericórdia ao hospital. Além disso, era entendido como natural que, se existisse um hospital, ele fosse administrado por uma irmandade da Misericórdia” (TOMASCHEWSKI, 2014, p. 77). Essa percepção é importante para percebermos o que as autoridades administrativas, que compunham a formação do primeiro hospital do Rio Grande do Sul, pensavam e desejavam.

Em Ata da Mesa Administrativa, realizada em 14 de janeiro de 1821⁵⁹, aparece descrito que a congênere de Porto Alegre utilizava o Compromisso da Misericórdia de Lisboa, de acordo com o alvará régio, de 18 de outubro de 1806, que regulava o funcionamento das Misericórdias no Império português. A lei determinava que as irmandades que não tivessem compromisso próprio deveriam reger-se pelo estatuto de Lisboa. Nesse sentido, a Santa Casa de Porto Alegre adotou, em 1827, o Compromisso da Misericórdia de Lisboa, elaborado em 1618⁶⁰ (WEBBER, 1999, p. 138). Ele regeu a Santa Casa de Porto Alegre até 1857, quando a Instituição adotou um próprio. Ainda de acordo com Weber (1999), o Compromisso da SCMPA⁶¹ continuou com algumas características e exigências feitas nas cortes portuguesas. A autora destaca que a

⁵⁸ Livro nº 1 de Atas da Mesa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1814-1828), p. 1-3. Arquivo do Centro Histórico- Cultural da SCMPA (CHC). Documentação consultada por Tomaschewski (2014).

⁵⁹ Ata da reunião de 14 de janeiro de 1821. Livro nº 1, p.11. Arquivo do Centro Histórico- Cultural da SCMPA (CHC). Documentação consultada por Tomaschewski (2014).

⁶⁰ “O compromisso vigente em Lisboa tinha sido elaborado em 1618, mas foi reimpresso em 1818, talvez justamente para atender a demanda das várias irmandades deste tipo fundadas no mundo luso” (TOMASCHEWSKI, 2014, p. 79).

⁶¹ Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

instituição era incumbida a prestar assistência aos doentes, aos irmãos com enfermidades, idosos, inválidos e doentes mentais, ganhando destaque o seu caráter assistencial, conforme podemos conferir no trecho que segue:

Art. 2º O seu principal fim, e verdadeira instituição é o estabelecimento de um hospital de caridade para se exercer e praticar as obras de misericórdia de preferência com aqueles de nossos próximos, que por suas enfermidades curáveis, e por sua reconhecida pobreza, carecem dos socorros e auxílios alheios, para não parecerem ao abandono e miséria em que a sorte os havia colocado⁶².

É importante destacar que não podemos afirmar que a Santa Casa de Porto Alegre era somente um local para curar os enfermos em seu hospital. Como toda a Misericórdia de inspiração lusitana, a Instituição possuía um caráter religioso, desde as manifestações com as missas, procissões⁶³ e os cultos aos Santos, expressados na capela do Senhor dos Passos⁶⁴ – local de concentração da população católica da cidade – até o ato de dar esmolas e fazer a caridade. O interesse das classes mais abastadas em participar das entidades religiosas significava a garantia de atendimento hospitalar em caso de doença, abrigo, cuidados na velhice, enterro na hora do falecimento e preces após a morte. Isso era garantido aos seus benfeitores, além de terem direito a instalações especiais no hospital quando fosse necessário.

Nesse sentido, em diversos relatórios da provedoria era destacado a necessidade de criar uma enfermaria especial aos irmãos apoiadores, buscando evitar que estes ficassem próximos aos demais enfermos. Encontramos um trecho do Relatório da Provedoria, referente ao ano de 1875, em que o provedor José Antonio Coelho Junior menciona a necessidade de “preparar uma enfermaria e quartos não só para o tratamento de enfermos particulares de 1ª Classe, como também para os irmãos da Santa Casa que adoecem e precisam ser recolhidos como pobres⁶⁵”. Ou seja, existia uma vontade de separar os enfermos de acordo com sua posição social.

Em Lisboa, as Misericórdias poderiam ser uma porta de entrada para a ascensão social da elite que residia nos locais onde se encontravam as confrarias. No entanto, de acordo com

⁶² Compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre: Typ. Do Jornal do Commercio, 1867. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA. Consultado por Weber (1999, p. 171). De acordo com a autora, é o mesmo compromisso de 1857, aprovado pela lei n. 602, de 10 de janeiro de 1867, com algumas modificações que não se incluem no trecho citado acima.

⁶³ “A procissão dos Passos tratava-se da transladação da imagem do Senhor dos Passos da igreja da misericórdia até a matriz e, posteriormente, da encenação dos “passos” da crucificação” (TOMASCHEWSKI, 2014, p. 97).

⁶⁴ A questão religiosa era tão importante, que no ano de 1821 era de maior empenho a construção da capela, colocando-se maiores investimentos para a conclusão da mesma. Na construção da mesma foram gastos 1:264\$655 réis, já na construção do Hospital sê percebe um menor investimento, no valor de 818\$850 réis (FRANCO; STRIGGER, 2003, p. 24).

⁶⁵ Relatório da Provedoria ano de 1875. p. 4-5. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA.

Tomaschewski (2014), fazer parte do corpo administrativo da Misericórdia era mais do que ascender socialmente, surgia como uma maneira de afirmar um poder das elites locais que compunham a Mesa administrativa da instituição. E, para fazer parte, era necessário ser, antes de tudo, católico, devendo também possuir outros requisitos como:

1º Notória probidade e bons costumes. 2º De boa consciência e temente a Deus. 3º Modesto, caritativo, humildade qual se quer para servir a Deus e a seus pobres com perfeição devida. 4º Saber ler e escrever e contar e de boa inteligência. 5º Ter vinte e um anos completos de idade se for solteiro. 6º Que não esteja e não tenha sofrido alguma condenação passada em julgamento por crime de homicídio, furto, roubo, bancarrota, estelionato, falsidade ou moeda falsa. 7º Que não tenha sido escravo ou casado com mulher de cor preta. 8º Que não esteja ao salário da Santa Casa na ocasião de pretender entrar de irmão. 9º Que seja abastado de bens e pelo menos tenha comércio, emprego, ou ofício rendoso de maneira que possa acudir ao serviço da Irmandade sem cair em necessidade e sem suspeita de se aproveitar do correr por suas mãos⁶⁶.

É notório que os que faziam parte do corpo de Irmãos eram homens brancos da elite porto-alegrense. De acordo com Mara Regina do Nascimento, as Misericórdias eram o “*locus* privilegiado da benevolência católica praticada pela elite branca, letrada, possuidora de bens e de prestígio político”. O pertencimento à Mesa Administrativa representava também o “orgulho e o sentimento de superioridade e étnica social”⁶⁷ (NASCIMENTO, 2014, p. 103). Ainda de acordo com a autora, essa tradição de almejar pessoas brancas, consideradas “puras”, vem de Portugal, existindo a discriminação religiosa em relação a ser ou não um “bom católico”. Para a referida autora, que compartilha da ideia de Charles Boxer, a expressão “raças infectas” estava presente na documentação das misericórdias do século XVI para designar pessoas não “puras” ou então “limpas”, e neste grupo se enquadravam judeus, negros e estrangeiros não católicos (BOXER, 2002, p. 262 NASCIMENTO, 2014, p. 104).

Sobre os cargos administrativos da Instituição no recorte temporal que pesquisamos, eram compostos por provedor⁶⁸, escrivão, tesoureiro e mordomos (existentes de acordo com as repartições da Instituição, por exemplo: botica, roda dos expostos, hospital, capela). De acordo com Daniel Oliveira (2012, p. 101), os cargos administrativos mais importantes só poderiam ser ocupados por membros da Irmandade, mediante a votação, que abria uma nova “Mesa” que

⁶⁶ Compromisso da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. 1857. Cap. 2, artigo 9º, p. 4 (manuscrito). Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA. Consultado por Weber (1999, p. 171).

⁶⁷ A seletividade branca não se fazia presente somente na Misericórdia. Na cidade de Porto Alegre, como em geral no restante do país, outras associações religiosas como as do Santíssimo Sacramento, as de São Miguel e Almas e as Ordens Terceiras de Nossa Senhora das Dores, procuravam, embora nem sempre fosse possível, limitar seus membros a pessoas brancas (NASCIMENTO, 2014, p. 103).

⁶⁸ A presença de um vice-provedor é relatada a partir de 1892.

cuidaria das “Atas da Mesa Administrativa”. De acordo com Weber, os cargos administrativos enfatizavam o prestígio daqueles que os ocupavam, visto que estas pessoas geralmente ocupavam cargos nas Câmaras Municipais. Durante o Império, o Presidente da Província também exercia o cargo de Provedor da Santa Casa⁶⁹, demonstrando ainda mais a ligação que a instituição possuía com o governo. Com a mudança de Compromisso em 1867, os requisitos para compor a Mesa se tornam mais enxutos, deixando de existir, por exemplo, a cláusula que vetava o ingresso de negros ex-escravizados, ou então homens casados com mulheres negras. Em 1890, a composição da Mesa tem um destaque com a presença de um escrivão negro, o Tenente Coronel Aurélio Viríssimo de Bittencourt⁷⁰, que exerceu o cargo até 1900 (OLIVEIRA, 2012, p. 101).

A instituição esteve ligada ao poder de estado do Rio Grande do Sul, embora não fosse um órgão deste, cabendo “ao governador da capitania animar, proteger e favorecer o empreendimento, estabelecendo assim maiores vínculos entre a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o governo da Província” (OLIVEIRA, 2010, p. 96). Assim como vimos a evolução dos hospitais modernos, com as Misericórdias portuguesas, como a de Porto Alegre, não foi diferente. Podemos começar destacando que a construção do hospital foi angariada a partir da iniciativa da Câmara Municipal de Porto Alegre, que foi responsável pela primeira eleição da Mesa administrativa (WITTER, 2007, p. 176). Por conseguinte, a Santa Casa recebia subvenções do governo provincial para a realização de alguns trabalhos, como: a administração dos expostos, ficando responsável em acolher, criar e alimentar os menores desvalidos, isso a partir do ano de 1837. Devia também cuidar do atendimento médico aos presos, militares e alienados. Segundo Tomaschewski (2014), que fez um estudo comparativo entre as Santas Casas de Pelotas e Porto Alegre, para compreender a relação que estas possuíam com o Estado da Província:

ainda que tenham sido organizadas em nome da caridade e filantropia, elas possuíam uma íntima ligação com o Estado, sendo por ele fiscalizadas, incentivadas e subvencionadas, e também atuavam em uma espécie de mercado de bens assistenciais, como a venda de serviços farmacêuticos, fúnebres e hospitalares, cuja renda deveria reverter também para a assistência aos pobres (TOMASCHEWSKI, 2014, p. 17).

⁶⁹ De 1815 a 1818, foi o provedor o Marquês de Alegrete; em 1825 foi o Desembargador José Feliciano Fernandes Pinheiro, Presidente da Província; em 1842, foi o provedor Saturnino de Souza e Oliveira; de 1842 a 1846 foi o Duque de Caxias (WEBER, 1999, p. 171).

⁷⁰ Sobre esse personagem histórico ver em: MOREIRA, Paulo Roberto Staudt. Aurélio Viríssimo de Bittencourt – burocracia, política e devoção. In: GOMES, Flávio; Domingues, Petrônio. (Org.) *Experiências da emancipação: Biografias, instituições e movimentos sociais no pós-abolição (1890-1980)*. Rio de Janeiro: Selo Negro, 2010. P. 83-108.

Ainda sobre a relação da Santa Casa com a província, Witter (2007) elenca diversas medidas adotadas pelo governo provincial, principalmente após o Movimento Farroupilha⁷¹. Destaca as preocupações com a distribuição de água potável, bem como outras medidas sanitárias, como a construção de um cemitério extramuros, medidas essas que iriam mudar a forma com que a saúde e a higiene eram encaradas pelos órgãos públicos. Em 7 de maio de 1846, foi promulgada a lei que autorizava a Santa Casa a escolher um lugar para a construção de um cemitério extramuros, longe do centro da cidade, uma vez que o cemitério se encontrava atrás da Igreja da Matriz⁷², não possuía mais espaço e não comportava os preceitos de higiene. Eram frequentes as reclamações referentes à localização do cemitério, visto que estava no meio do espaço urbano. Nos relatórios do Presidente da Província e então Provedor da Santa Casa, o Barão de Caixas, era descrito que os cadáveres se encontravam “parcialmente insepultos e remexidos pelos cães” (FRANCO, STRIGGER, 2003, p. 54). Um local considerado mais adequado para a necrópole, afastado do centro, passou a ser uma das demandas das autoridades do período.

O empréstimo público para a efetivação do cemitério foi gerido pela própria Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, o que, segundo Witter, reforça a atuação estatal referente à Saúde Pública na época (WITTER, 2007, p. 155). Para este mesmo período, a autora descreve o incentivo por parte do governo provincial de se criar outros locais de assistência no interior da província⁷³.

Quando falamos dos tipos de assistência prestados pela Santa Casa de Porto Alegre, não há como não mencionar o tratamento dado aos alienados, bem como a administração dos espaços que, no final do século XIX, foram construídos para o determinado fim (CRUZ, 2023, p. 42). As intendenções municipais “não toleravam mais a permanência de pessoas “desajustadas socialmente”, como alcoólatras, pedintes (mendigos), adeptos ao furto e aqueles que poderiam exercer funções – como os portadores de deficiências físicas e mentais”, encaminhando-os, portanto, para a instituição de caridade (CRUZ, 2023, p. 43). Além do controle, a Santa Casa colaborava para garantir os preceitos de ordem e higiene, que eram visados pelos políticos e médicos que ocupavam os espaços de poder na capital.

⁷¹ Durante o Movimento Farroupilha, Porto Alegre ficou em estado de sítio, cercada. Com o fim do conflito, a cidade começou a expandir-se para além das trincheiras, podendo, desta forma, solucionar alguns problemas referentes às ruas e à organização dos espaços públicos.

⁷² A localização do antigo cemitério se encontrava onde atualmente está localizada a Cúria Arquidiocesana, na Rua Fernando Machado.

⁷³ Witter (2007) consultou os relatórios das falas do Presidente da Província do Rio Grande do Sul, localizados no Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

A ala específica para o atendimento dos doentes mentais foi inaugurada no ano de 1863. Contudo, há registros destas enfermidades desde 1843 nos livros de entrada da Instituição. A partir deste novo espaço, “os acometidos pela loucura, os que estavam em estado de mendicidade e os alforriados eram ajustados num mesmo espaço” (LORENZO, 2011, p. 100). Os alienados eram tratados em reclusão assim como os presos, sendo as Santas Casas “receptáculos mormente privilegiados na hora de retirá-los de circulação, tanto do seio de suas famílias como do cotidiano urbano” (CESAR, 2015, p. 839). Em 1879, o provedor destaca que a Santa Casa possuía 38 compartimentos para alienados, já excedendo o número limite. O mesmo reforça os preceitos cristãos da caridade ao mencionar que “há de continuar uma sociedade cristã e civilizada, a colocar aqueles que perderam a razão, muitas vezes por injustiças da própria sociedade, nas mesmas condições em que coloca o malvado criminoso?!⁷⁴”.

Conforme podemos verificar na fala do provedor, na Santa Casa, os alienados eram alojados, muitas vezes, por falta de espaço, nas celas da Cadeia Civil de Porto Alegre. O cuidado com os presos também estava sob a responsabilidade da Santa Casa. De acordo com Tiago da Silva Cesar (2015, p. 221), um ano após ser inaugurada a Casa de Correção da capital, em 1857, foi promulgado seu primeiro regulamento. Nesse regulamento, um dos artigos menciona que:

O preso que se apresentasse doente só era enviado ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia (HSCM) depois de examinado e reconhecida a moléstia pelo facultativo da cadeia. Uma vez no hospital, segundo ainda o artigo 38, seria “conservado com toda a segurança e tratado com humanidade (CESAR, 2015, p. 221).

Não se têm muitas informações sobre a 5ª enfermaria destinada ao tratamento dos presos civis. A partir do relato da Comissão de Visitas às cadeias, é possível saber que a enfermaria estava localizada em um subterrâneo úmido, e que o assoalho era arruinado e “muito imunda”. Um dos problemas era a falta de espaços para acolhimentos dos alienados e presos (WITTER, 2007, p. 77-78). Devido às constantes fugas dos presos civis, a enfermaria foi transferida para o interior da Casa de Correção, em 1861. Mesmo que fora do prédio da Santa Casa, essa ainda era responsável pela manutenção da enfermaria, recebendo do governo provincial subvenções para acolhimento dos alienados e presos.

A partir da análise dos relatórios da Provedoria, sabemos que os valores das subvenções não chegavam a cobrir os gastos da instituição, e que o “atendimento [ao público não]

⁷⁴ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1875. Provedor José Coelho Junior. Porto Alegre: Typographia do Rio-Gandense, 1875. P. 10. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

alcançava, bem pela alta dos gêneros alimentícios e remédios, ou simplesmente pelo aumento do número de atendidos” (CESAR, 2015, p. 222). Uma das reclamações se devia à distância entre a Santa Casa e a Cadeia Civil, o que dificultava os serviços de fornecimento de medicamentos da botica e na aplicação das dietas. Ela também acarretava, segundo o provedor José Antonio Coelho Junior, a “frouxa” fiscalização da enfermaria dos presos, enfatizando que a administração dessa deveria ficar sob responsabilidade da própria cadeia e autoridades policiais.

Outra tarefa que ficava ao encargo da Santa Casa, que inicialmente era de responsabilidade das Câmaras Municipais, eram os cuidados com os expostos, as crianças recém-nascidas abandonadas na roda⁷⁵, tarefa aceita pela Instituição no ano de 1837⁷⁶, a partir de uma proposta da Câmara Municipal de Porto Alegre. A roda ficou existindo até o ano de 1940, com a criação da Maternidade Mário Totta.

Como vimos, o que era da alçada do Estado acaba, muitas vezes, sendo assumido pela Santa Casa, como cuidado dos soldados, presos, alienados e expostos, além de fornecer medicação da botica⁷⁷. De acordo com Tomaschewski, “as irmandades da Santa Casa sempre fizeram questão de frisar que prestavam um serviço ao Estado. Mesmo quando realizavam alguma prestação voluntariamente faziam questão de comunicar” (TOMASCHEWESKI, 2014, p. 140).

Para o sustento das atividades que mencionamos, a SCMPA contava com a receita de doações e principalmente das subvenções do Estado, bem como da renda dos imóveis que possuía, dos juros de apólices da dívida pública, da receita proveniente da venda de produtos e serviços assistenciais (TOMASCHEWESKI, 2014, p. 95). Mas era importante que o Estado

⁷⁵ A roda dos expostos era um cilindro de madeira onde as crianças eram colocadas do lado de fora do prédio da Santa Casa. Essa prática existia a fim de evitar o abandono nas ruas. As primeiras rodas foram instaladas na Bahia em 1726, Rio de Janeiro, 1738, e Pernambuco, 1789, assim como em Portugal, a assistência aos menores ficava ao encargo das Câmaras locais, e, nas cidades onde haviam Misericórdias, estas ficavam encarregadas. No século XIX, a “lei das câmaras” de 1828 reiterou que, nas vilas e cidades onde houvesse Misericórdia, as câmaras poderiam passar a elas esta responsabilidade (TOMASCHEWESKI, 2014, p. 144). Sobre a roda dos expostos ver: MARCILIO, Maria Luiza. *A roda dos expostos e a criança abandonada no Brasil (1726-1950)*. In: FREITAS, M. C. (org.) *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: ed. Cortez, 2001. Sobre o abandono de crianças em Porto Alegre: GERTZE, Jurema. *Infância em perigo: a assistência às crianças abandonadas em Porto Alegre 1837-1880*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1990 (Dissertação de Mestrado em História).

⁷⁶ Os encargos com os expostos sempre representaram um problema de gastos para o governo. A Câmara Municipal relatava a falta de recursos e a necessidade de alívio das contas referentes aos cuidados com as crianças abandonadas. Por esses motivos, antes do aceite da Santa Casa, em 1830, a Mesa Administrativa não aceitou a responsabilidade com os expostos, “por não possuir casas suficientes para dito fim” e pela falta de renda (FRANCO, STRIGGER, 2003, p. 50).

⁷⁷ A distribuição de remédios na botica da Santa Casa era feita para as enfermarias do Hospital, a cadeia civil e aos pobres da cidade, mediante a receita e a declaração de pobreza – a referida declaração é mencionada no Relatório da Provedoria do ano de 1882.

contribuísse com subvenções. Nos Relatórios da Provedoria, é possível perceber as explicações de que o valor designado pelo estado, muitas vezes, não era o suficiente para o tratamento e cuidados com os pobres e desvalidos⁷⁸.

Analisando as diversas atribuições que recaíam sobre a Santa Casa, percebemos que o Estado não tomava para si as responsabilidades de cuidar da saúde e assistência da população, dependendo da colaboração e trabalho das Santas Casas de Misericórdias. Em relação à saúde pública, Nikelen Witter (2007, p. 157) aponta que os serviços sociais não eram considerados como uma responsabilidade das autoridades governamentais e que estas ações se mesclavam com as noções de caridade e auxílio aos pobres e desvalidos. Para o funcionamento e a efetivação da assistência destinada aos pobres da cidade, a Santa Casa e o Governo Provincial, juntamente com a Câmara Municipal, precisavam estar de acordo e em constante diálogo.

No Relatório da Provedoria de 1875⁷⁹, o provedor José Antonio Coelho Junior informa sobre os aterros e desaterros que a Câmara “tem mandado fazer em quase toda a cidade sem o menor respeito ao direito de propriedade”, e que devido a estas medidas precisou fazer reformas no lajedo e na calha das casas da Rua Independência, pois as águas do esgoto ficavam “estagnadas” nos terrenos da Santa Casa, danificando os prédios no Campo do Bomfim e na Rua Riachuelo. O Provedor queixava-se dos valores desembolsados para as obras, visto que as despesas só cresciam, e que o “Pio Estabelecimento” era “digno por certo de mais consideração, atento aos serviços que presta à humanidade desvalida”⁸⁰. No mesmo relatório, o Provedor apresenta um ofício à Câmara Municipal reclamando sobre o rebaixamento da Rua da Misericórdia que abrangia o portão do hospital militar, mencionando que a obra iria danificar os prédios. O mesmo ainda solicita que medidas fossem tomadas:

Se levar a efeito aquela obra a Santa Casa terá forçosamente de fazer (além do rebaixamento geral do lajedo do passeio, que já não é pequena despesa) alicerces em alguns dos prédios que, partindo da profundidade necessária, venham encontrar os existentes; rasgar as portas até o nível da rua, e fazer no corredor dessas casas a obra indispensável para a colocação de escadas, as quais necessariamente, além de tirar cômodos que atualmente tem as ditas casas, ou pelo menos torná-las mais acanhadas, (depreciando por consequência os prédios) exigem também outras obras nas salas e alcovas das ditas casas. A grande despesa a que vão montar todas essas obras é fácil calcular, e a Santa Casa de Misericórdia não pode fazer semelhante despesa,

⁷⁸ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1884. Provedor Joaquim Pedro Salgado. Porto Alegre. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

⁷⁹ Sobre as documentações analisadas por nós, damos preferência para aquelas que estão dentro do nosso recorte temporal, a fim de compreender o funcionamento da Misericórdia de Porto Alegre no período estudado.

⁸⁰ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1875. Provedor José Antonio Coelho Junior. Porto Alegre: Typographia do Rio-Gandense, 1875. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

porque o seu rendimento mal dá para as despesas ordinárias deste Pio Estabelecimento⁸¹.

A partir deste pedido, podemos perceber algumas questões importantes, uma delas é a que mencionamos anteriormente, da intrínseca relação entre a Instituição e a administração pública. A outra, que o complexo da Santa Casa, enquanto estrutura, pertencia à cidade, acompanhando o crescimento e desenvolvimento da mesma, e, por conta disso, também necessitava de auxílio financeiro. De acordo com Oliveira (2018), o censo de 1872 da cidade, registrou 43.998 pessoas⁸², e com os processos migratórios e de alforria, esse número vai aumentando. Na Santa Casa, conforme o Relatório da Provedoria, o número de enfermos entre o segundo semestre de 1874 e o primeiro de 1875 era de 721 enfermos, conforme consta na tabela:

Tabela 2 - Número de enfermos existentes na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre entre 1 de julho de 1874 a 30 de junho de 1875

<u>Entraram de 1 de julho de 1874 a 30 de junho de 1875</u>		
Homens	Mulheres	Total
538	88	626
<u>Existiam em tratamento nas enfermarias e asilo. Em 1 de junho de 1874</u>		
<u>59</u>	36	95
	SOMA	721

Fonte: Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1875. Provedor José Antonio Coelho Junior. Porto Alegre: Typographia do Rio-Gandense, 1875. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Destes 721 enfermos, saíram curados 411 homens e 42 mulheres, sendo que 107 homens faleceram e 41 mulheres, ficando nas enfermarias 79 homens e 41 mulheres, no total de 120 enfermos. Estes, de acordo com o relatório, eram praças de polícia, menores do arsenal de guerra, homens pobres, inválidos, particulares, bem como presos da cadeia civil. O maior número de internados estava entre os “homens pobres”. A partir dos dados expostos pelo Relatório da Provedoria mencionado acima, os estrangeiros que foram recolhidos nas

⁸¹ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1875. Provedor José Antonio Coelho Junior. Porto Alegre: Typographia do Rio-Gandense, 1875. P.7. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

⁸² De acordo com o autor, se os dados dos escravos fossem substituídos pelas matrículas de escravos, a população subiria para 44.648 habitantes (OLIVEIRA, 2018, p. 106).

enfermarias entre este período, eram oriundos dos seguintes países: Portugal, “África”, Alemanha, Inglaterra, Paraguai, Itália, Espanha, “Montevideu” (Uruguai), “Buenos Aires” (Argentina), Áustria, Suécia, França, Holanda⁸³, totalizando 292 estrangeiros.

Entre a década de 1870 e início da década de 1880, durante a gestão do Provedor José Antonio Coelho Junior (1873-1881), a Santa Casa passou por diversas reformas, e algumas iniciativas foram tomadas, como, por exemplo a necessidade da construção de um Asilo de alienados na capital. As obras passaram a ser uma expansão do hospital. Em 1873, foi construída uma nova cozinha, nas extremidades do prédio nos fundos da Capela, ficando isolada do edifício, como convinha aos preceitos de higiene da época. A peça era “bem espaçosa e tendo também muita claridade e todas as mais comodidades que requer uma cozinha para um estabelecimento desta natureza”⁸⁴. Em 1876, o Provedor mandou encanar água para a nova cozinha, fazendo passar um cano de cobre para a chaminé, realizando outras obras e mudanças na estrutura do hospital.

Em relação ao tratamento dos alienados, assunto de tanto debate nos relatórios, no ano de 1875, Coelho Junior ressaltava a necessidade de se iniciar a edificação de um Asilo para alienados, mencionando o adiantamento de 12 loterias para começar a edificação da obra:

Vou ter a honra por minha parte de me dirigir a essas pessoas convidando-as a aceitar tão humanitário e filantrópico encargo e confiado no patriotismo e nos nobres sentimentos de tão distintos cidadãos, conto que eles empregarão sua valiosa influência e prestígio para tão nobre fim e por certo que nenhum outro serviço podem eles prestar que mereça mais as bênçãos de Divina Providência e o fim de minorar os sofrimentos da mais horrível enfermidade que pode acometer a espécie humana a que infelizmente todos estamos sujeitos (COELHO JUNIOR, 1875, p. 10).

Essa demonstração de interesse em buscar apoio das elites locais, aponta para a importância da filantropia, bem como a preocupação das elites em criar espaços para controle das pessoas que eram consideradas indesejadas. No entanto, no Relatório do ano seguinte, o Provedor queixava-se da dificuldade de encontrar um bom local para a construção, que atendesse aos requisitos como preço, localização e condições higiênicas.

É provável que a preocupação do Provedor em providenciar o quanto antes um local para o tratamento dos alienados esteja ligado aos gastos da Santa Casa para com os mesmos.

⁸³As nacionalidades mencionadas estão quantificadas em tabela nos Relatórios da Provedoria, e foram classificadas exatamente conforme consta no Relatório.

⁸⁴Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1875. Provedor José Antonio Coelho Junior. Porto Alegre: Typographia do Rio-Gandense, 1875. P. 6. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

As autoridades administrativas também reconheciam a necessidade de expandir os espaços de controle na capital do Rio Grande Sul, acompanhando assim o crescimento urbano e o número de habitantes em Porto Alegre nas últimas décadas do século XIX⁸⁵.

Em relação aos momentos em que a Instituição passava por reformas, Oliveira (2012) destacou como um período de “criação e disposição dos espaços”, que compreende o ano de 1850 até 1880. As menções referentes aos melhoramentos do hospital e esforços do Provedor em relação às obras do asilo de alienados, fazem parte do projeto de administração do mesmo. Logo, a documentação analisada reflete as intenções do provedor, o que não impede de perceber como foi se dando a ampliação dos espaços do hospital aos longos dos anos.

Ao final da gestão de Coelho Júnior, em 1881, o hospital recebia mais doentes em comparação ao início, uma vez que contava com as reformas concluídas. Porém, a necessidade de deslocar os alienados para um Asilo que acolhesse e os tratasse é algo mencionado no relatório do referido Provedor.

Tabela 3 - Número de enfermos existentes na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre entre 1 de julho de 1880 a 30 de junho de 1881

<u>Entraram do 1 de julho de 1880 a 30 de junho de 1881</u>		
Homens	Mulheres	Total
587	173	760
<u>Existiam em tratamento nas enfermarias e asilo. Em 1 de junho de 1880</u>		
<u>62</u>	29	91
	SOMA	851

Fonte: Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1881. Provedor José Antonio Coelho Junior. Porto Alegre: Typographia da Deutsche Zeitung, 1881. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

A partir da movimentação do hospital, podemos perceber que, em comparação aos anos de 1874 e 1875, o número de pessoas que entraram cresceu consideravelmente, acompanhando o crescimento urbano. A partir desse período o número de estrangeiros também aumentou consideravelmente, com 851 pacientes existentes nas enfermarias em 30 de junho de 1881,

⁸⁵ Salientamos que daremos maior atenção a estas questões no capítulo 3 da dissertação.

sendo 395 deles estrangeiros⁸⁶. Porém, estes não superavam o número de nacionais, que era de 457.

Nos relatórios da provedoria, logo após o balanço do número dos pacientes existentes nas enfermarias, começa a aparecer categoria “colonos”. A primeira vez que assim é mencionado foi no Relatório de 1876. Nos próximos capítulos pretendemos discutir quem eram as pessoas classificadas de tal modo.

Sobre a mudança na movimentação do hospital a partir das migrações de estrangeiro, Laurinda Abreu (2014) afirma que eles estavam em consonância com diversos acontecimentos estruturais como: as crises de subsistência, “às guerras, epidemias, alterações climáticas e mesmo revoltas populares; cidades tenderam a reforçar o apoio aos pobres, muitas vezes trabalhando em complementariedade com os hospitais” (ABREU, 2014, p. 271). A autora analisa a relação entre a chegada de trabalhadores estrangeiros nas cidades portuguesas e o movimento dos hospitais. Sobre os interesses dos hospitais por trás da assistência aos estrangeiros, Abreu afirma que:

as elites que governaram os hospitais sabiam da importância dos migrantes para a estrutura econômica das urbes e também para a manutenção ou desenvolvimento das suas fortunas pessoais. Parece evidente que quando as elites urbanas autorizavam os trabalhadores migrantes a permanecerem nos hospitais a título caritativo, não era sua idade responder ao problema da pobreza – mas essa também era uma verdadeira questão de tempo, uma vez que, no século XIX, a eliminação da pobreza entrou na agenda política. Estavam, todavia, cientes da facilidade com que podia ser transposta a frágil barreira entre a pobreza e a indigência; fechar a porta dos hospitais aos pobres não era uma atitude cristã, como alguns exprimiam em reuniões das mesas das misericórdias, e essa era uma das razões por que recebiam gratuitamente os criados nos hospitais, sabendo-os abandonados pelo pelos patrões. A passagem da condição de trabalhador para mendigo podia apenas depender de fatores climáticos adversos que forçassem a inatividade: para o impedir, os hospitais podiam ajudar a mitigar a tendência para a acentuação e desequilíbrios sociais e a manter a condição social do trabalhador, evitando ainda possíveis conflitos (ABREU, 2014, p. 281).

Neste sentido, além de possuir um ideal caritativo referente aos Compromissos de uma Misericórdia, acolher os imigrantes fez parte de uma das prioridades das Santas Casas em alguns contextos. Os fluxos migratórios vão alterar o cotidiano das cidades e os espaços de assistência passarão a ser usados pelos estrangeiros recém-chegados. Discutiremos sobre esse

⁸⁶As nacionalidades mencionados no Relatório do ano de 1881 são: Portugal, Alemanha, Inglaterra, França, Bélgica, Rússia, Espanha, Áustria, Dinamarca, Holanda, “Norte-América”, Itália, Paraguai, Estado Oriental, “África”.

assunto nos próximos capítulos, ao trazermos dados sobre a presença dos imigrantes italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Concluimos este capítulo procurando demonstrar que é possível traçar relações com os movimentos migratórios e a assistência fornecida pela Santa Casa. Ao longo do capítulo, dialogamos com alguns autores que se propuseram a explorar essas temáticas, que será fundamental para os próximos capítulos que analisaremos as fontes sobre a imigração e a assistência.

3 ACOLHER E CURAR: ASSISTÊNCIA AOS ITALIANOS NO RIO GRANDE DO SUL

Na introdução da presente dissertação, destacamos o caso da imigrante italiana Benedita que precisou ser internada na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, através da solicitação do governo da província. Não conseguimos identificar se ela era uma imigrante recém-chegada ou já residia nas colônias (pelo fato de ter sido registrada como “colona”). Diante dos possíveis impasses que poderiam ter ocorridos na vida desta mulher, podemos formular diversas questões observando as fontes: quais critérios utilizaram os médicos para enquadrar Benedita como alienada? Teria ela passado por algum trauma durante a travessia? Como as famílias de imigrantes chegavam até o hospital? A Santa Casa foi procurada logo que desembarcaram em Porto Alegre? Essas são algumas das perguntas que podem ser respondidas a partir das fontes que serão analisadas, tais como as leis e decretos formulados para legitimar as políticas de saúde e recebimento dos imigrantes, relatórios dos presidentes das províncias, livros de entrada dos imigrantes na capital, prontuários médicos (Livro de Matrícula Geral dos Enfermos), requerimentos e correspondências produzidos por diversas autoridades, bem como notícias publicadas em periódicos.

Antes de analisarmos o perfil dos imigrantes na Santa Casa, é necessário compreender como se dava o funcionamento dos órgãos responsáveis pela recepção dos imigrantes que chegavam ao Brasil durante o final do século XIX. Ou seja, além da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, por quais outros locais os imigrantes italianos passaram? Como o Governo Imperial e Provincial lidavam com as questões de saúde pública e políticas migratórias nesse período? E sobre as questões sanitárias de saúde, como Porto Alegre recebeu os muitos imigrantes que desembarcavam? Esses são questionamentos necessários para compreender o sentido do acesso dos italianos na Santa Casa.

3.1 Contextualizando: Imigração e Saúde Pública no Brasil do século XIX

A necessidade de controlar o estado sanitário do país começou com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, em 1808. Como já fora ressaltado no capítulo anterior, este evento alterou diversas questões políticas, sociais e econômicas. Foi visível o aumento da circulação de pessoas (membros da corte), fluxos migratórios, comércio de mercadorias (abertura dos portos) e maior incidência de doenças, algumas delas ocasionadas pelo maior movimento nos portos (DELAMARQUE, 2011). Estudar os contextos migratórios para o Brasil no século XIX, pode

ser uma porta de entrada para a análise da forma como era regida a Saúde Pública no Império, principalmente no que diz respeito aos debates sobre a propagação das doenças e as formas de evitar o alastramento das epidemias.

A partir da década de 1850, o Império criou órgãos para controlar e inspecionar os focos das doenças: nos portos, hospitais, hospedagens, cortiços e todo o local que pudesse ser uma ameaça ao estado sanitário das cidades. Esses espaços eram ocupados pelos estrangeiros recém-chegados, bem como pelos grupos populares considerados “perigosos”. Nesse sentido, torna-se necessário explicar como se dava a Saúde Pública no Império, e a maneira com que os médicos e setores políticos lidavam a respeito do contágio das doenças, tudo isso sem deixar de lado o contexto das migrações.

Cabe ressaltar que o estado só agia para intervir na saúde em momentos de calamidades, como quando do surgimento de epidemias. Durante o século XIX, a gerência da Saúde Pública no Brasil⁸⁷ se resumia às posturas municipais, a partir das normas sanitárias como a remoção de lixo das ruas, limpeza de quintais, reformas e aberturas de ruas e calçamento, etc. Na segunda metade do século XIX, a nascente noção de Saúde Pública do período, tal qual destacou Nikelen Witter (2007, p. 55), dava-se a partir das ações tomadas pela recém-criada Junta Central de Higiene do Império⁸⁸, em 1851.

É importante destacar que antes da criação da Junta Central de Higiene, já existiam pessoas responsáveis pela fiscalização das artes de curar, das lojas de medicamentos e dos locais que poderiam ser focos de doenças. Até a década de 1820, havia os cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor, que eram responsáveis pela fiscalização sanitária de algumas profissões como: cirurgiões, parteiras, dentistas, sangradores, médicos, boticários e curandeiros. Também eram fiscalizadas a venda de medicamentos e bebidas pelos referidos curadores⁸⁹. Em 1828, as atribuições de controle são transferidas para as Câmaras Municipais, sendo incluídas nos códigos de posturas dos municípios (DELAMARQUE, 2011, p. 7). De acordo com Tânia Salgado Pimenta (2004), com a mudança na regulamentação das artes terapêuticas, “os curandeiros e os sangradores foram desautorizados, excluídos do conjunto de atividades legais. As parteiras foram desqualificadas para uma posição subalterna e tiveram as suas atividades

⁸⁷ Ver: HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases políticas da Saúde Pública no Brasil*, 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2012.

⁸⁸ A Junta Central de Higiene Pública foi criada sob decreto n. 598, de 14 de setembro de 1850. Sua atribuição era propor meios para manter a salubridade nas cidades, “exercer a polícia médica nas visitas às embarcações, boticas, lojas de drogas, mercados, armazéns e em todos os lugares, estabelecimentos e casas que pudessem provocar danos à saúde pública”. Memória da Administração Pública Brasileira – Dicionário do período Imperial. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/357-junta-de-higiene-publica>. Acesso em: 06 mar. 2022.

⁸⁹ Sobre a Fisicatura-mor: PIMENTA, Tânia Salgado. *Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*, 1997.

apropriadas, o que serviu à expansão do mercado para os médicos”⁹⁰ (PIMENTA, 2004, p. 68). Com a propagação das epidemias do cólera e da febre amarela e o aumento das taxas de mortalidade devido às doenças, entrou na agenda do poder público a questão da salubridade e da higiene das cidades, principalmente das grandes cidades portuárias. Segundo Witter (2007), a epidemia de cólera teria sido um meio para que a elite médica que compunha a Junta atuasse no controle da população, através da intervenção na política. Com a criação da Junta de Higiene, essa deveria posicionar-se diante da doença e seu caráter epidêmico, tomando medidas de contenção e prevenção.

No Brasil, o cólera chegou em 1855 a bordo da galé *Deffensor*, que aportou em Belém do Pará, onde desembarcaram colonos portugueses que vinham da cidade do Porto, estando todos tomados pela doença. A partir daí, a doença se alastrou pelo litoral nordestino, após na corte do Rio de Janeiro, chegando na sequência ao extremo sul (WITTER, 2007, p. 51). Segundo Elizabete Vianna Delamarque (2011), já constava em Relatórios do Ministério do Império da década de 1830 menções à doença, bem como o risco da sua chegada no Brasil, ficando menos frequentes na década de 1840 devido à diminuição de casos no exterior. No entanto, ainda de acordo com a autora, naquele momento já era perceptível a menção sobre a necessidade da construção de lazaretos no Rio de Janeiro, uma vez que os navios aportavam com doentes a bordo. O medo da disseminação da epidemia de cólera, que já se manifestava na Europa e nos Estados Unidos, era algo manifestado nos relatórios imperiais⁹¹ (DELAMARQUE, 2011, p. 12). Eles indicavam ações e intenções das autoridades, como a criação da Junta Central de Higiene Pública.

Segundo Witter (2007, p. 55), a chegada do cólera na capital do Império, em junho de 1855, causou receio nos médicos de espalhar as notícias do alastramento da doença, estes acreditavam que o pânico e a apreensão da população predisporiam à enfermidade. Desta forma, optaram por publicar notícias em panfletos e jornais de casos da doença conhecidos como *colerina*, uma forma mais branda da doença. O governo temia as consequências econômicas que a doença traria à capital, especialmente no abastecimento de gêneros alimentícios, pois poderia afastar os fornecedores. As medidas de divulgação, contenção e barramento da doença

⁹⁰ Ainda de acordo com a autora, no caso do Rio de Janeiro, em 1830 a partir da publicação das posturas da Câmara Municipal, explica que os boticários, as parteiras e os sangradores deveriam possuir carta registrada nas Câmaras para atuação em suas respectivas artes de curar, desde que estas já existissem antes do ano do regulamento. Neste caso, os curandeiros não eram mencionados, sendo desconsiderados desta determinação deste 1828 (PIMENTA, 2004, p. 70).

⁹¹ De acordo com a autora, era consensual a necessidade de construção de um lazareto, pois esta era uma pauta constantemente mencionada nos relatórios e discussão permaneceu por “alguns anos, inclusive nas sessões semanais da Junta de Higiene Pública, até que em 1853 foi fundado, no porto do Rio de Janeiro, o Hospital Marítimo de Santa Isabel” (DELAMARQUE, 2011, p. 13).

pelos órgãos governamentais ajudam a pensar como a população interpretou a chegada do cólera. Com o avanço da doença, também foram criadas a Comissão de Saúde das freguesias, bem como enfermarias especiais nas Santas Casas e consultórios específicos para o atendimento dos enfermos. No entanto, tais medidas não eram suficientes para atender os enfermos que procuravam esses auxílios, pois muitos buscavam ajuda médica somente nos estágios mais altos da doença, isso porque a população fazia uso de medicamentos e curadores de origem popular⁹².

Ainda de acordo com Witter (2007), é neste contexto que foi colocada à prova a atuação da recém-criada Junta Central de Higiene, pois era preciso que a repartição se pronunciasse sobre o caráter da doença, para que as medidas de contenção fossem adotadas. Além disso:

os médicos envolvidos reconheciam que a entrada de uma epidemia de tal magnitude no país poderia significar tanto a afirmação de sua posição junto ao governo e à população, quanto representar um sério revés aos planos da elite médica em orientar a administração pública nos assuntos da nascente noção institucional de *Saúde Pública* (WITTER, 2007, p. 55).

Devido à necessidade de pronunciamento referente ao caráter da doença, o momento da epidemia também evidenciou as “disputas teóricas-acadêmicas entre os doutores”, no mesmo sentido em que suas inclinações políticas se tornavam mais transparentes (WITTER, 2007, p. 55). No contexto em questão, existiam duas teorias mais aceitas pela medicina sobre a propagação das doenças: a do contágio e a da infecção. Neste sentido, os médicos e autoridades públicas tinham dificuldades na interpretação das causas das doenças como o cólera e, posteriormente, a febre amarela. Os contagionistas aceitavam a vertente de que as doenças eram transmitidas a partir do contato entre as pessoas doentes, ou então através de seus objetos, como roupas, sapatos e utensílios pessoais. Já as causas infecciosas estavam diretamente relacionadas aos miasmas, ou seja, as condições climáticas do ambiente e estado sanitário dos lugares. Nesta última teoria, “a infecção se devia à ação que substâncias animais e vegetais em putrefação exerciam no ar ambiente, ocasionando os tais “miasmas morbíficos”” (CHALHOUB, 1996, p. 64-65). Esses paradigmas se articulavam e confluíam-se, porém, os médicos higienistas não

⁹² Sobre a aceitação da população pelas práticas populares de cura, Witter faz referência ao livro de Sidney Chalhoub, *As artes de curar no Brasil*, para enfatizar o papel dos conhecimentos populares de cura advindos dos africanos. Sobre a busca por práticas populares de cura, Witter (2007) menciona o caso do curandeiro Pai Manoel. Este curandeiro africano receitava “remédios poderosos”, e, devido ao êxito de alguns tratamentos, foi autorizado pelo Presidente da Província a curar no Hospital da Marinha, tratando especialmente escravizados e negros livres pobres (WITTER, 2007, p. 53). O curandeiro foi proibido de exercer suas atividades assim que dois pacientes faleceram. Devido ao ocorrido, Pai Manoel foi preso. Logo em seguida foi solto por protestos de seus apoiadores. De acordo com a autora, a conceituação da história da medicina não se refere somente às ciências, mas também à ação dos enfermos e da medicina popular.

chegavam a um consenso. Ainda sobre a propagação das teorias entre os higienistas, Caponi salienta que:

As práticas sanitárias dos higienistas no final do século XIX e início do XX sugerem múltiplas articulações e confluências entre explicações miasmáticas e contagionistas. Gazes deletérios primeiro e micróbios e infecção depois pareciam se confundir. Os higienistas clássicos, em sua maioria infeccionistas, longe de desaparecerem, encontraram suporte na teoria pasteuriana, o que gerou a permanência da desinfecção e o controle da insalubridade nos centros urbanos. O convívio entre contagionistas, que não duvidavam dos germes, com os infeccionistas, preocupados com o “ar viciado”, gerou uma continuidade entre teorias propostas e medidas sanitárias programadas (CAPONI, 2002, p. 592-594).

Podemos perceber esses impasses de teorias também durante os surtos de febre amarela no Brasil. A febre passou a ser um grande problema de Saúde Pública no Brasil, pois vitimara muitos imigrantes. A disseminação da doença entre os recém-chegados afetava o andamento do projeto do Império pela substituição da mão de obra no país, bem como a política do branqueamento e do progresso, algo esperado com a vinda cada vez maior dos imigrantes europeus. Mesmo antes do aumento do fluxo migratório dos europeus para o Brasil, principalmente nas décadas de 1870 e 1880, a febre amarela já aparece como uma preocupação para as autoridades. Segundo Delamarque (2001), em 1849 na Bahia, já se sabia da existência da doença “que acometia principalmente os marinheiros, cuja origem estava vinculada à chegada de um navio proveniente de Nova Orleans, que posteriormente aportou na Corte”⁹³ (DELAMARQUE, 2011, p. 49). O navio que fizera escala em Havana, chegara em Salvador e, logo após, aportara no Rio de Janeiro, no dia 03 de dezembro de 1849. Assim como observamos nos estudos sobre o cólera, Benchimol (2001) também destaca que, referente à Saúde Pública, administrativamente essas questões ficavam à cargo das Câmaras Municipais, Intendência de Polícia e Igreja. No entanto, com a gravidade da epidemia, em 5 de fevereiro de 1850, o Ministério do Império Criou uma Comissão Central de Saúde Pública, composta por membros da Academia Imperial de Medicina, para que tomassem providências contra a febre amarela.

A Comissão de Saúde Pública escolhia os membros das comissões presentes nas freguesias do Rio de Janeiro para que fiscalizassem o local nos períodos epidêmicos,

⁹³ De acordo com Benchimol (2001, p. 26), há evidências da presença da doença no Brasil e em outros países do continente desde o século XVIII, mas “foi somente a partir de meados do século XIX que a febre amarela se tornou a grande questão sanitária nacional”. Sobre a febre amarela, criação da vacina, bem como a importância de Oswaldo Cruz, da Fundação Rockefeller e da atuação dos cientistas brasileiros no desenvolvimento do combate à doença, ver: BENCHIMOL, J.L., coord. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 470 p. ISBN 85-85676-98-1. Disponível em: SciELO Books <https://books.scielo.org/id/4nktq>. Acesso em: 27 abr. 2023.

inspecionando alimentos e bebidas nos mercados, bem como a inspeção de locais públicos e particulares com mais de vinte pessoas, além das práticas médicas, de farmácia e cirurgia (DELAMARQUE, 2011, p. 59). Ao analisar o Relatório do Ministério do Império de 1850, apresentado por Visconde de Mont' Alegre, então Ministro do Império, Delamarque destaca as providências tomadas para o combate da doença assim que o governo reconheceu o seu caráter epidêmico:

colocou navios suspeitos em quarentena; ordenou visitas médicas diárias a esses navios; instaurou um lazareto provisório na Ilha do Bom Jesus dos Frades; proibiu a entrada de doentes de febre amarela nos hospitais da cidade; garantiu transporte e tratamento gratuito aos enfermos; recomendou à Polícia que inspecionasse hotéis e as chamadas Public House; prescreveu que cadáveres das vítimas da febre amarela fossem transportados para o cemitério da Ponta do Caju (BRASIL, 1850 apud DELAMARQUE, 2011, p. 51).

A febre amarela chegou no Brasil em um momento em que se começavam a discutir as relações entre a sociedade e a higiene pública. Essas discussões ocorriam nas publicações de periódicos especializados de Instituições como a Sociedade de Medicina e Cirurgia (transformada em Academia Imperial de Medicina). Nestes periódicos, a febre amarela era debatida pelos médicos a partir de suas teorias sobre a origem da doença, mesclando ideias de contágio e infecção. Além disso, febre amarela e o cólera despertaram um novo olhar sobre as doenças, em que os médicos com base na ciência tiveram de conquistar espaço frente aos “defensores de explicações religiosas”, que entendiam as epidemias como castigo divino (BENCHIMOL, 2001, p. 28). No combate a tais doenças, médicos e poder público ficaram lado a lado. Porém, como bem apontou Chalhoub (1996), a ciência ainda estava longe de identificar o vetor responsável pela doença, que era o mosquito no caso da febre amarela. Por conta disso, aqueles que acreditavam nas teorias do contágio defendiam as medidas de quarentena, a fim de frear a doença; já aqueles que seguiam a lógica de infecção fundada nos miasmas, salientavam a importância de manter os hospitais longe das cidades, bem como propiciar a devida limpeza das ruas e locais urbanos, como as hospedagens e os cortiços. Assim, na prática, ao definirem as medidas de contenção das doenças, adotava-se um pouco de cada teoria, conforme se verá na sequência através da preocupação com a higiene das cidades.

As autoridades que compunham a Junta Central de Higiene não eram consensuais no combate às doenças. Defendiam que era necessário higienizar os ambientes, mas também controlar os portos que recebiam milhares de imigrantes e mercadorias, impondo regimes quarentenários aos navios que chegavam com pessoas infectadas. Os médicos “ênfaticamente enfatizavam que o surgimento da moléstia se devia, em primeiro lugar, à negligência geral em relação às

condições sanitárias da capital” (CHALHOUB, 1996, p. 67). As matérias orgânicas que apodreciam nas praias e ruas eram fatores agravantes juntamente com o clima.

O médico e político José Pereira Rego⁹⁴, que foi o higienista-mor da Junta de Higiene, mencionou em relatórios seu espanto com a falta de higiene nos navios mercantes. Médicos como Pereira Rego, também acreditavam que as epidemias eram transmitidas pelos contágios, principalmente entre os navios que aportavam em todo o território brasileiro. Essas interpretações motivaram as medidas de isolamento de pacientes em hospitais afastados, e a imposição de quarentenas a navios que ingressavam nos portos (CHALHOUB, 1996).

Além das teorias de contágio e infecção, havia médicos e autoridades que relacionavam as doenças de acordo com a classe dos indivíduos, especialmente entre os imigrantes, escravizados e libertos. Na segunda metade do século XIX, após as leis abolicionistas e com o advento da abolição da escravidão, em 1888, os políticos brasileiros começaram a debater sobre o mundo do trabalho e os problemas que as “classes perigosas” gerariam à sociedade. Assim, consolidava-se uma política de repressão que visava controlar as condutas, em um período em que as relações de trabalho se transformavam pela incorporação de libertos e imigrantes. Por conseguinte, as cidades cresciam, erguiam-se fábricas e uma nova forma de viver que se remodelava entre a população brasileira.

Com todas estas mudanças, bem como a preocupação dos políticos em intervir nas condutas morais⁹⁵ frente ao crescimento e desenvolvimento do país e da organização e higiene das cidades, surgiram cortiços e porões superlotados e a população só crescia. O surgimento desses espaços de habitações populares, na capital do Império, se deu a partir das décadas de 1850 e 1860. O número elevado dos cortiços ocorreu devido ao aumento do fluxo migratório e crescimento das alforrias que os escravizados obtinham, principalmente após a abolição

⁹⁴ José Pereira Rego (1816-1892) era natural do Rio de Janeiro. Estudou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde formou-se em 1838. Teve expressiva atuação no campo da saúde pública. Integrou a Comissão Central de Saúde Pública, nomeada pelo Ministro do Império José da Costa Carvalho (Marquês de Monte Alegre), em 1850, para planejar as medidas sanitárias contra a epidemia de febre amarela que avançava sobre a cidade, juntamente com outros membros da Academia Imperial de Medicina. Em 1863, foi membro como presidente interino da Junta de Higiene Pública, e, posteriormente, seu presidente efetivo pelo decreto de 8 de junho de 1864, em função do falecimento do então presidente Francisco de Paula Cândido. Atuou no atendimento às inúmeras vítimas da primeira explosão do cólera-morbo, em 1855. Em 1873, foi inspetor geral do Instituto Vacínico do Império, e dez anos mais tarde, nos anos de 1883 a 1884, diretor interino da seção de serviço sanitário do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 1885 passou a integrar a seção de médicos da “sala do banco” do mesmo hospital, cargo que exerceu certamente até 1889. Fonte: *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil* (1832-1930) Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/regojope.htm>. Acesso em: 07 mar. 2022.

⁹⁵ Essas questões se tornam ainda mais presentes na agenda dos políticos durante a Primeira República, no entanto começam a se desenhar a partir da segunda metade do século XIX.

(CHALHOUB, 1996, p. 26). Esse acúmulo de pessoas em locais considerados insalubres e indesejados eram também o foco das doenças e preocupação das autoridades.

A partir do que foi explanado, a chamada “ideologia da higiene” enfatiza o ilusório “perigo” que as classes pobres (“classes perigosas”) exerciam sobre a sociedade, de acordo com os preceitos políticos e médicos da época. Os médicos e intelectuais identificavam “os hábitos de moradia dos pobres” como “nocivos à saúde, e isto porque as habitações coletivas seriam focos de irradiação de epidemias, além de, naturalmente, terrenos férteis para propagação de vícios de todos os tipos” (CHALHOUB, 1996, p. 29). Outro suposto perigo de contágio que os pobres ofereciam seria o da reprodução, pois os filhos destes estariam expostos aos vícios maternos e paternos. Esse pensamento vai ser fortemente difundido na Primeira República, onde o casamento passa a ter uma função higiênica, os noivos deveriam possuir características físicas e morais superiores, pois, dessa forma, gerariam filhos saudáveis (COSTA, 1989). Havia uma preocupação grande com as crianças, uma vez que essas representavam o “futuro da nação”. Outra grande preocupação foi a questão do branqueamento da população, algo que iria ocorrer com a vinda de imigrantes europeus para Brasil.

São diversos os debates entre os médicos com relação à aclimação dos recém-chegados ao clima tropical do Brasil⁹⁶. Os médicos da Corte, de maneira geral, acreditavam que as péssimas condições higiênicas e sanitárias, principalmente nos portos, eram fatores determinantes para a propagação das doenças, afetando desta forma o clima. Cabe ressaltar o cunho racista que essas teorias médicas possuíam, acreditando que as doenças atacavam com menos severidade os africanos e a população negra⁹⁷. Esse pensamento afetou na forma com que as políticas de erradicação eram aplicadas entre determinados grupos sociais, se tornando assim uma questão ideológica (CHALHOUB, 1996, p. 71). Enquanto autoridades discutiam sobre as possíveis formas de transmissão das doenças de caráter epidêmico, as endêmicas como a tuberculose, continuavam vitimando a população mais pobre, e o poder público pouco debatia sobre a questão.

⁹⁶ Como aponta Chalhoub (1996), os Jornais cariocas *Diário do Rio de Janeiro* e o *Jornal do Commercio* publicaram diversos conselhos às famílias sobre os comportamentos que deveriam tomar durante a epidemia de febre amarela. Esses conselhos eram de autoria da Comissão de Higiene ligada à Junta Central de Higiene, em que apontavam que a doença era mais comum entre os estrangeiros e se manifestaria de forma mais atenuada nos nacionais, por já estarem aclimatados.

⁹⁷ Delamarque (2011, p. 53), ao citar os estudos de Jaime Benchimol (1990; 2001) e Cláudia Rodrigues (1997; 1999), destaca que a epidemia de febre amarela foi universalizada, principalmente no requisito da classe social, ou seja, a doença poderia acometer tanto ricos quanto pobres, no entanto, afetava principalmente estrangeiros e marinheiros. O médico alemão Robert Lallemand, em sua publicação *Observações acerca da epidemia de febre amarela no ano de 1850 no Rio de Janeiro*: colhidas nos hospitais e na policlínica, foi quem descreveu essas características que são destacadas pelos autores.

Estas reflexões sobre as teorias de contágio e infecção são necessárias, pois gravitam em torno das políticas instituídas pelo Império, como na criação de órgãos para o controle em relação à chegada dos estrangeiros e da higiene das cidades, como veremos no próximo tópico.

3.1.1 As hospedarias de imigrantes no Brasil Imperial

Neste tópico analisaremos os locais destinados para o abrigo e tratamento das moléstias dos imigrantes nos portos das cidades do Império brasileiro (principalmente no Rio de Janeiro), sendo eles: hospedarias, lazaretos e hospitais.

A capital da corte se tornou o principal local de recepção dos estrangeiros. Muitos permaneciam na cidade, porém, outros se deslocavam para as demais províncias, como para as do sul do Brasil, a exemplo do Rio Grande do Sul. Para entender os usos que os imigrantes italianos faziam da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, ressaltamos como importante analisar que espaços eram utilizados pelos imigrantes em outras províncias do Império. É preciso destacar que existia uma distinção entre hospedarias, lazaretos e hospitais. Enquanto os lazaretos eram espaços de quarentena construídos para isolar os estrangeiros infectados, a discussão em torno das hospedarias de imigrantes estava mais relacionada à ideia de proteger os imigrantes das doenças epidêmicas já existentes no Brasil (CARVALHO; COSTA, 2021, p. 281).

Nesse sentido, o governo Imperial mobilizou uma série de decretos para distribuir assistência aos imigrantes. De acordo com Gabriela Ucoski da Silva (2014), podemos relacionar a preocupação com o destino dos imigrantes recém-chegados no país, a partir da Associação Central de Colonização, criada em 1855. Essa teve como finalidade importar imigrantes agricultores ou industriais que quisessem vir para o Brasil, ficando responsável por todo o processo de recrutamento e transporte, bem como a instalação dos imigrantes nas colônias. No que se refere às hospedarias, a Associação deveria responsabilizar-se em fornecer alojamentos, e nos portos em que não existissem os estabelecimentos, tinha que providenciar locais de “abrigo e subsistência, até que os imigrantes tivessem construído ou recebido suas moradias definitivas. Aqueles que migravam de forma espontânea, sem a mediação da Associação, deveriam arcar com as custas em dinheiro ou trabalho durante o tempo que permanecessem nas hospedarias (SILVA, 2014, p. 48-50). Em 1861, a Associação foi extinta, pois não obteve sucesso no recrutamento significativos dos imigrantes europeus para o Brasil. Ainda na segunda metade do século XIX, foram criados diversos decretos que regulamentavam e destinavam as competências estatais no momento de chegada dos estrangeiros, como a instalação de

hospedagens provisórias nas colônias para abrigar os imigrantes até que recebessem seus lotes. A travessia transoceânica proporcionava contatos entre os passageiros dos navios, pois as embarcações levavam estrangeiros de diferentes etnias. Esses transportes, que paravam em diversos portos, eram feitos entre o Brasil e as Companhias de Navegação⁹⁸. Com a intensificação da movimentação portuária, devido aos deslocamentos humanos em massa e o comércio de mercadorias, os micro-organismos passaram a se fazer mais presentes nas travessias e portos, espalhando-se rapidamente. Dos portos marítimos, os principais eixos de disseminação, as doenças alcançavam rapidamente os centros das cidades para o interior (REBELO, 2010, p. 16). Os casos de epidemias eram empecilhos que faziam com que os navios ficassem atracados nos portos de destino⁹⁹. Até mesmo a volta ao porto de origem era uma realidade, definida como “retorna viagem”. A mencionada ação, no final do século XIX, se tornou uma das medidas profiláticas e defensivas tomadas pelo governo brasileiro no sentido de evitar que os navios infectados entrassem no país. O objetivo era controlar o alastramento das doenças – como o cólera (HOCHMAN; REBELO, 2011, p. 71-72). As medidas de retorno da viagem foram adotadas em um período mais avançado da nossa pesquisa, no entanto, se torna essencial para compreender a ampliação da fiscalização sobre a Saúde Pública no país, bem como as ações tomadas a partir da institucionalização dos serviços sanitários e adoção de medidas de profilaxia, que foram avançando no final do Império e início da República.

Com a chegada de mais imigrantes europeus ao Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, começaram a ser organizados os locais de hospedagem, bem como a criação de medidas de contenção das doenças¹⁰⁰. As hospedarias, criadas por iniciativas governamentais, se estabeleceram ao longo da costa do país, próximas aos pontos de traslado dos fluxos migratórios. Podem ser entendidas como locais de “transmutação, limiars modernos através

⁹⁸ Conforme apontado por Rebelo (2010, p.15), umas das famosas Companhias responsáveis pelo transporte de estrangeiros para as Américas era a companhia de navegação *Royal Mail Steam Packet Company* - Mala Real Inglesa -, que faziam a rota Europa – Brasil - Rio de Prata. Ela levava trabalhadores da Europa para as Américas. Rebelo fez uma análise da rota marítima da companhia, identificando os diferentes portos que interligava, como Londres, Southampton, Cherburgo, Vigo, Lisboa, Madeira etc, até chegar ao seu destino final na América do Sul. No Brasil os navios atracavam nos seguintes portos: Recife, Salvador, Rio de Janeiro.

⁹⁹ Um exemplo desse retorno, podemos constatar na análise da “torna viagem” feita por Rebelo e Hochman (2011). No ano de 1893, diversos vapores vindos da Itália não conseguiram aportar no Brasil devido aos casos de cólera *morbis* a bordo. No mesmo ano, “representações diplomáticas brasileiras no exterior começaram a enviar avisos oficiais sobre a propagação do cólera por portos europeus. Os navios de imigrantes procedentes de tais localidades deveriam ser recebidos nos portos” do Brasil somente após passarem pela desinfecção total, das bagagens, roupas e outros objetos pessoais.

¹⁰⁰ Assim como no Brasil, especialmente Estados Unidos, Canadá e Argentina, países que também receberam imigrantes europeus no final do século XIX, também organizaram dispositivos de recepção de imigrantes nas regiões litorâneas e portos estratégicos por onde passavam os vapores europeus. A mais conhecida é Ellis Island, localizada em Nova Iorque, EUA que funcionou entre 1892 e 1954. Antes de Ellis Island, funcionava a Castle Garden (1855-1890), administrada pelo estado de Nova Iorque (FERNANDES; REZNIK, 2014, p. 236).

das quais os emigrantes transformam-se em imigrantes durante seu curto tempo de estada” (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 2). Como mencionado, devido à preocupação com os surtos de cólera e febre amarela, foi criada a Junta Central de Higiene¹⁰¹, em 1851, pelo Ministério do Império. Também foi criado por decreto¹⁰² as Comissões de Higiene Pública, a fim de distribuir os pontos de inspeção da Junta nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul. As Comissões ficavam subordinadas à Junta Central de Higiene na capital do Império.

A partir do decreto da Junta Central de Higiene, as instalações para o recebimento dos imigrantes passam a ser em ilhas. A fim de combater as doenças contagiosas, foi construído, no ano do decreto de 1851, o lazareto de Jurujuba que, em 1853, foi transformado no Hospital Marítimo de Santa Isabel. O local era administrado por uma comissão composta pelo presidente da Junta de Higiene, pelo Capitão do Porto e um Delegado do corpo consular, que poderia nomear outros membros (comerciantes, carregadores e armadores nacionais ou estrangeiros). A função do Hospital seria o de oferecer tratamento aos marinheiros e pessoas que estivessem a bordo dos navios infectados por moléstias contagiosas ou suspeitas¹⁰³.

Na década de 1870, o Governo Imperial volta novamente o seu olhar para a contenção da febre amarela, devido ao grande número de imigrantes que eram acometidos por essa moléstia e ao aumento do fluxo destes nos portos brasileiros. Nos anos 1880, “a imigração contratada é proibida pela maioria dos países europeus e o fluxo da emigração espontânea para o Brasil aumenta” (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 10). Nesse momento, foram pensadas novas formas de isolar, tratar e acolher os imigrantes. Segundo Rodolpho Telarolli Junior (1996), principalmente nos primeiros anos do regime Republicano, a doença “desestabilizava toda a vida política e administrativa, ameaçando as atividades da cafeicultura em diferentes etapas, bem como as demais atividades urbanas” (TELAROLLI, 1996, p. 267)¹⁰⁴.

¹⁰¹ Foi fundada em 1850 como o nome de Junta de Higiene Pública, sob decreto nº 598, de 14/09/1850. Sua criação se deu com o avanço da febre amarela no Rio de Janeiro. A Junta “era composta por um Presidente, pelo inspetor do Instituto Vacínico, e o Provedor da Saúde do Porto do Rio de Janeiro, incorporou os estabelecimentos da Inspeção de Saúde do Porto do Rio de Janeiro, e do Instituto Vacínico”. Mais tarde, em 1851, com a alteração do decreto passa a se chamar Junta Central de Higiene, sob decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851 (SANTOS, 2020, p. 125).

¹⁰² Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>. Acesso em: 28 mar. 2022.

¹⁰³ Decreto nº 1.103, de 3 de janeiro de 1853. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1103-3-janeiro-1853-558725-publicacaooriginal-80259-pe.html>. Acesso em: 28 mar. 2022.

¹⁰⁴ O autor destaca que a epidemia de febre amarela ultrapassou pela primeira vez a barreira natural representada pela serra do Mar em 1889, subindo do porto de Santos até o Planalto. Desta forma, se tornou um problema às autoridades, visto a forte influência da economia cafeeira daquela região. A questão da febre amarela na Primeira República vista pelo autor, faz relação com os movimentos migratórios deste período, que foram financiados, principalmente devido à necessidade de mão de obra para a produção do café. Ainda de acordo com o autor, os movimentos migratórios que desencadearam mudanças no mundo do trabalho, na economia, na expansão

Em 1876, foi criada a Inspetoria Geral de Terras e Colonização¹⁰⁵, que estava ligada ao Ministério da Agricultura. A Inspetoria deveria fiscalizar e dirigir todos os serviços relativos à imigração e colonização, bem como às questões da ocupação das terras públicas e o incentivo à imigração espontânea. Com relação à recepção dos imigrantes, ficava responsável pelos serviços de desembarque, agasalho, entrega de bagagens, bem como a remoção dos enfermos para os hospitais nos casos mais graves (SILVA, 2014, p. 51). Sobre os cargos, a Inspetoria era composta por: inspetor geral, ajudante do inspetor, chefes de secção, oficiais, amanuenses, porteiro, engenheiros auxiliares, desenhistas, intérpretes e guardas designados pelo Ministro da Agricultura, Comércio e Obras Públicas.

Após a década de 1870, formaram-se estruturas de recepção aos imigrantes no porto do Rio de Janeiro mantidos pelo Governo Imperial, como a Hospedaria da Ilha das Flores, o Lazareto da Ilha Grande e o Hospital de Isolamento da Jurujuba¹⁰⁶. Mesmo com toda essa estrutura, não era sempre possível “receber, acolher e dar assistência a quantidade de passageiros que chegavam, principalmente em períodos epidêmicos” (REBELO, 2010, p. 22). Enquanto o Hospital de Santa Isabel (Jurujuba) funcionava desde 1851, o Lazareto da Ilha Grande foi fundado em 1886, pelo Dr. Nuno de Andrade¹⁰⁷, a fim de controlar a propagação das epidemias, principalmente por conta do ressurgimento do cólera na Europa. O local também servia como um centro de triagem dos imigrantes, realizava a desinfecção das bagagens, vistorias de cartas e isolamento dos doentes, conforme sua classe social (REBELO, 2010, p. 48).

Além da ampliação dos socorros marítimos, destaca-se o surgimento de uma importante divisão de competências dos órgãos no que diz respeito à saúde pública no Império. Em 1886, o decreto nº 9.554 de 3 de fevereiro, determinou que o serviço sanitário teria duas vias de atuação: nos portos marítimos e nas vias terrestres. Nesse sentido, a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos ficaria responsável por administrar os locais de atendimento médico de marítimos e

ferroviária e tecnológica, foram seguidos com os casos epidêmicos de febre amarela devido à facilidade e à rapidez do transporte de pessoas. Para conter as doenças, foram desencadeadas medidas profiláticas nas ferrovias como: estufas de desinfecção e pulverizadores de objetos (TELAROLLI, 1996).

¹⁰⁵ Decreto nº 6129, de 23 de fevereiro de 1876. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-6129-23-fevereiro-1876-549093-publicacaooriginal-64440-pe.html>. Acesso em: 28 mar. 2022.

¹⁰⁶ Ressaltamos que, além destes três exemplos, também existiram outros locais de hospedagem dos imigrantes anteriores à década de 1880, no Rio de Janeiro (com exceção ao Hospital de Santa Isabel – Jurujuba), como a Hospedaria da Ilha de Bom Jesus. Essa, em 1857, foi escolhida pela Associação Central de Colonização (1855) para servir como local para hospedar os colonos. A Hospedaria “sinalizava a relação entre o Governo Imperial e particulares, e a busca pela criação de locais para recepção de imigrantes”. Encerrou suas atividades em 1868, tendo seu prédio servido à um Asilo de Inválidos da Pátria, mantido pelo Exército (SANTOS, 2020, p. 67).

¹⁰⁷ Nuno de Andrade era inspetor geral de saúde dos portos, professor de higiene e clínica médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e mais tarde diretor de saúde pública (REBELO, 2010, p. 113).

passageiros, por policiar os navios que chegavam ao litoral, bem como pela responsabilidade das quarentenas marítimas. A Inspetoria também possuía atuação provincial através das Inspetorias de Saúde dos Portos Provinciais, tendo seus inspetores de saúde nomeados pelo Governo Imperial. Já para a fiscalização terrestre, o órgão competente era a Inspetoria Geral de Higiene, cuja sua atuação sucedeu a já mencionada Junta Central de Higiene. As atividades de competência compreendiam a fiscalização da medicina e farmácia, os estatutos das epidemias e moléstias reinantes, os serviços de vacinação, os socorros sanitários aos necessitados, a organização das estatísticas sanitárias bem como às questões que diziam respeito ao código farmacêutico brasileiro¹⁰⁸.

No final do século XIX, quando as embarcações chegavam nos portos da capital do Império e não apresentavam riscos de contágio, os imigrantes eram encaminhados à Hospedaria da Ilha das Flores. Esta, diferente das criadas na década de 1850, foi construída sob iniciativa do Governo Imperial e iniciou suas atividades em 1883. Seu controle era feito pela Inspetoria Geral de Terras e Colonização e os imigrantes ali permaneciam durante o tempo em que suas bagagens eram despachadas e desinfetadas (SEGAWA, 1989, p. 27). O local onde funcionava a hospedaria era um pavilhão que antes de ser adquirido pelo Estado, servia como fábrica de goma de mandioca. Além disso, ele foi escolhido pela Inspetoria estrategicamente, pois localizava-se na Baía de Guanabara, afastado da cidade do Rio de Janeiro, ficando próxima do Hospital de Santa Isabel, o que facilitava o acesso de imigrantes portadores de doenças graves e contagiosas. A hospedaria não era responsável pela realização de quarentenas, apesar de contribuir para o mantimento do estado sanitário da capital. Outra estratégia referente ao local escolhido para a hospedaria era a proximidade dos centros administrativos, podendo ter papel importante na estrutura da política imigratória (FERNANDES; REZNIK, 2014, p. 242-243).

Em 1884, de acordo com o relatório do Ministro da Agricultura Affonso Penna, a Hospedaria era organizada da seguinte forma:

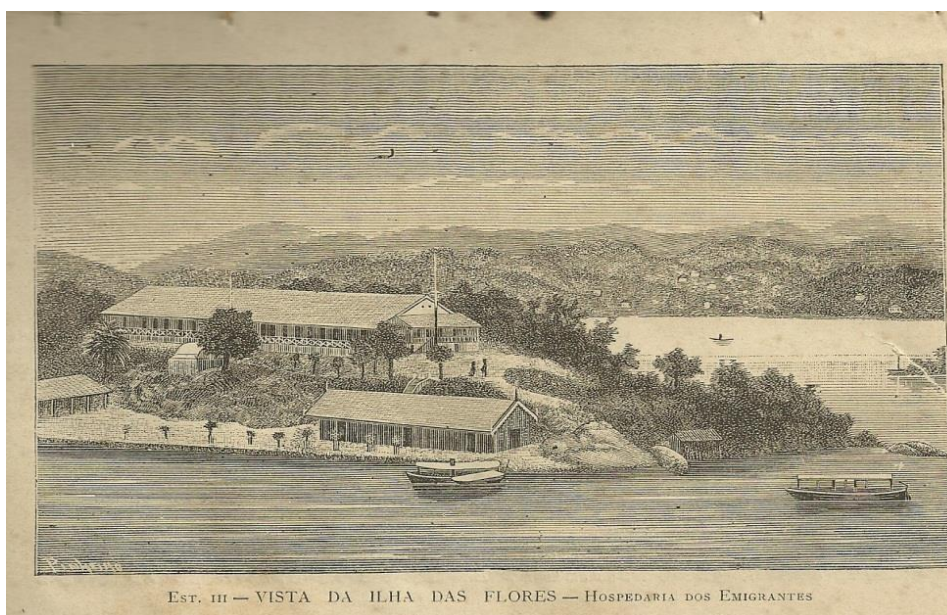
[...] um galpão construído de tijolo e frontal, medindo 71m de comprimento sobre 13m de largura, não compreendidas as varandas laterais, e dividido em quatro grandes salões para dormitório, três salas para enfermaria e consultório médico, e outros sete compartimentos para dependências do serviço de hospedagem de imigrantes. O refeitório e cozinha estão provisoriamente instalados em antigos telheiros, achando-se em construção um edifício para depósito de bagagens e viveres, cozinha e copa. Não existindo na ilha senão um depósito com a capacidade necessária para conservar 63.000 litros d'água,

¹⁰⁸ Decreto nº 9.554 de 3 de fevereiro de 1886. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270pe.html#:~:text=reparti%C3%A7%C3%B5es%20de%20saude,Art.o%20servi%C3%A7o%20sanitario%20dos%20portos>. Acesso em: 23 fev. 2022.

deu-se começo à construção de outro com capacidade para 40.000 litros (PENNA, 1884, p. 215-216 *apud* FERNANDES; REZNIK, 2014, p. 244-245).

Sobre os espaços destinados ao tratamento dos imigrantes doentes, ressaltamos que eram utilizados para casos menos graves, com intuito de tratar doenças simples. Nos primeiros tempos de funcionamento, a hospedaria possuía duas enfermarias e um consultório médico no prédio dos alojamentos (FERNANDES; REZNIK, 2014, p. 246). Com o passar dos anos e a intensificação cada vez maior do número de imigrantes, as estruturas da Hospedaria da Ilha das Flores foram sendo ampliadas e aperfeiçoadas. Analisando os relatórios ministeriais, Santos (2020, p.107) constatou que desde a sua inauguração até os últimos anos do Império, o número de imigrantes na hospedaria só aumentava, chegando a 26.848, e em 1890, primeiro ano de Brasil Republicano, a 66.494. O mesmo autor destaca que, além dos relatórios, os jornais de grande circulação no Rio de Janeiro também publicavam a movimentação da hospedaria¹⁰⁹.

Figura 1 - Vista da Hospedaria de Imigrantes da Ilha das Flores em 1888



Fonte: FERREIRA, Felix. A província do Rio de Janeiro. Notícias para o emigrante. Rio de Janeiro:

Imprensa a vapor H. Lombaerts & Comp., 1888. p. 23. Disponível em:

https://books.google.com.br/books?id=gYcxQAAMAAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=Ilha%20das%20Flores&f=false. Acesso em: 1 jul. 2022.

¹⁰⁹ Santos (2020, p. 110) destaca os seguintes periódicos: *O Paiz*; *Gazeta de Noticias*; *Diario de Noticias*; *Echo do Imperio*; *A Folha Nova*; *o Constitucional e o Monitor Campista*.

De todos os locais criados pelo Governo Imperial para receber os imigrantes, optamos por dar maior atenção à Hospedaria da Ilha das Flores, pois o seu funcionamento se dá dentro do recorte temporal da presente pesquisa, tendo sido também uma das maiores construções para recepção dos estrangeiros. Enquanto a Hospedaria da Ilha do Bom Jesus e a Hospedaria do Morro da Saúde alcançaram juntas pouco mais de vinte anos de funcionamento, a Hospedaria da Ilha das Flores funcionou entre 1883 e 1966 (SANTOS, 2020). Outra observação a ser destacada é que muitos imigrantes registrados nos “Livros de Registro de imigrantes” (Inspetoria de Terras e Colonização)¹¹⁰ chegados a Porto Alegre, vinham da Ilha das Flores. Analisando alguns periódicos que circulavam no Rio Grande do Sul na década de 1880, encontramos informações sobre os imigrantes que chegavam, conforme foi noticiado no jornal do Partido Republicano *A Federação*, publicado em fevereiro de 1884:

- Pelo Vapor italiano *Cenezio*, procedente de Genova, 531 dos quais apenas 16 desembarcaram a suas expensas, tendo todos os outros aceitado agasalho na hospedaria da ilha das Flores.
- Pelo paquete alemão *Santos*, procedente da Europa, 57, dos quais 21 foram recolhidos aquela hospedaria e 36 desembarcaram por sua conta. Vão no mesmo navio 16 imigrantes para Santos.
- Pelo paquete inglês *La Plata*, procedente da Europa, 64 dos quase 40 desembarcaram por sua conta, recolhendo-se 24 à supramencionada hospedaria. Leva o mesmo paquete 15 imigrantes para o Rio da Prata.
- Pelo paquete inglês *Olbers*, também procedente da Europa, 17 imigrantes, nenhum dos quais aceitou agasalho por conta do Estado¹¹¹.

Além dessa edição, há outras que apresentam informações dos estrangeiros que chegavam nos paquetes, destacando de onde vinham e qual o destino tiveram. É interessante perceber que nas informações acima, constam aqueles que desejavam receber auxílio da hospedaria e os que dispensavam o acolhimento. Essa recusa nos leva a perceber a ação dos sujeitos que migravam. Ao analisarmos a intervenção do Estado ao oferecer estadia, não podemos supor que em todos os casos os imigrantes se sujeitavam a essa intervenção. Não se pode deixar de fora os imigrantes que chegavam no Brasil com suas redes de contato já estabelecidas, pois estes poderiam recorrer ao auxílio de seus conterrâneos aqui residentes. Os auxílios advinham dos vínculos familiares e amizade existentes entre os conterrâneos, recursos que foram utilizando pelos imigrantes recém-chegados para garantir alojamento inicial, apoios

¹¹⁰ AHRS – Fundo: Inspetoria de Terras e Colonização. Maço C183: Registros de imigrantes chegados à Porto Alegre no ano de 1886.

¹¹¹ *A Federação – Orgam do Partido Republicano*. Porto Alegre, quinta-feira 11 de fevereiro de 1886. Ed. 34. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>. Acesso em: 25 fev. 2022.

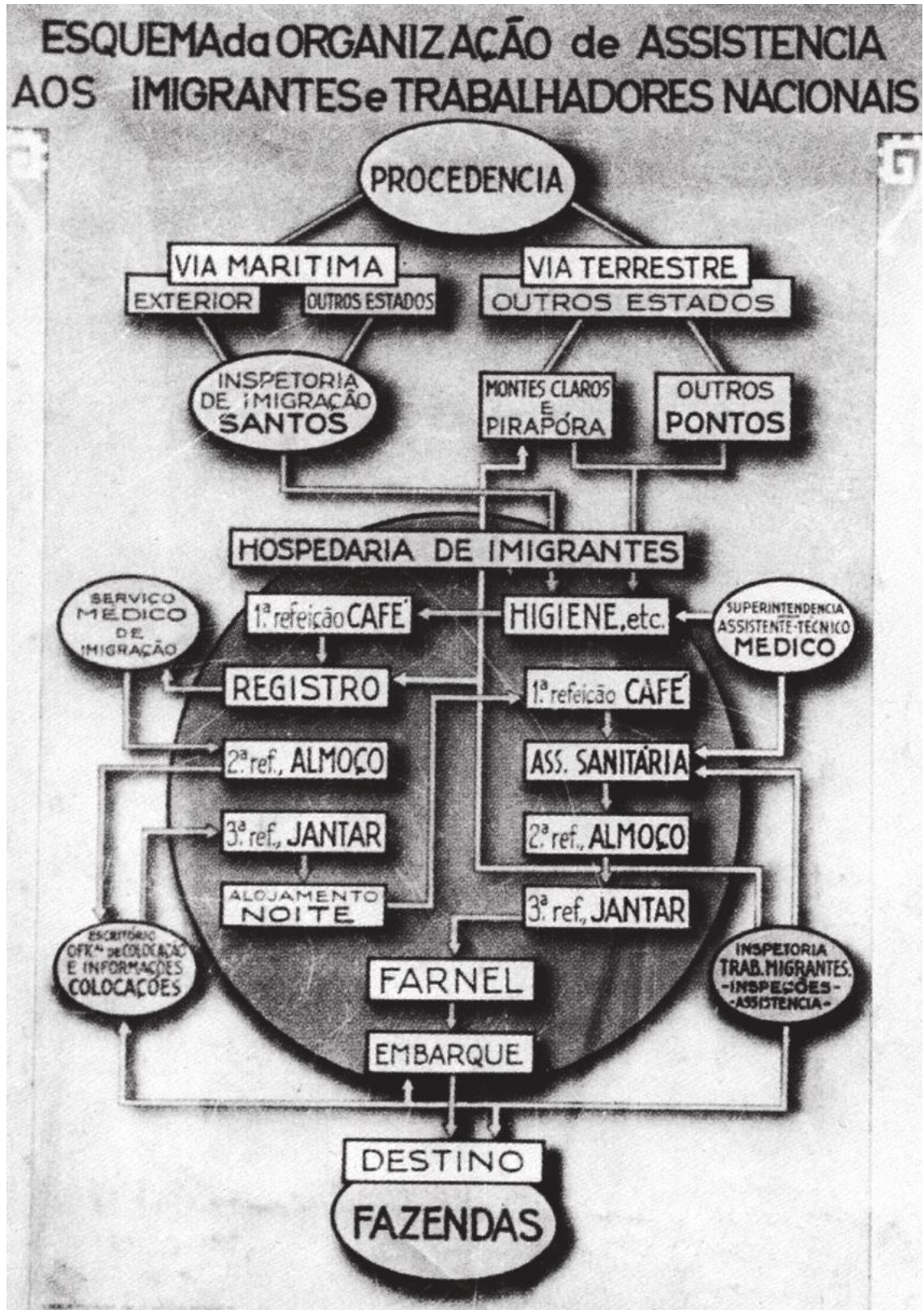
variados e inserção social nos lugares de fixação. De acordo com Vendrame (2016; 2018), as correspondências trocadas entre os imigrantes eram fundamentais para suas famílias se organizarem a fim de obterem vantagens nos locais de destino. Neste sentido, esse tipo de troca se fazia importante nos deslocamentos.

Não podemos deixar de mencionar a criação da Hospedaria de imigrantes do Brás, em São Paulo. A construção, iniciada em 1886, se deu pela iniciativa da Sociedade Promotora de Imigração de São Paulo. Essa faria a gestão dos recursos públicos advindos do governo para apoiar a imigração no estado (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 11). Entre os anos de 1888 e 1978, a hospedaria recepcionou 3.5000.000 imigrantes em uma edificação de dois andares: “no andar térreo ficavam os escritórios, a casa de câmbio, a sala médica, as cozinhas, os refeitórios e as salas de armazenagem”, já no andar superior, localizavam-se os dormitórios (FERNANDES; REZNIK, 2014, p. 238). A hospedaria era responsável por receber e direcionar os trabalhadores estrangeiros para todo o estado de São Paulo, estando localizada ao lado da ferrovia que ligava Santos a Jundiaí.¹¹²

As hospedarias eram locais de espera, e estavam inseridas no percurso de deslocamento dos imigrantes, que iniciava no momento de desembarque, na recepção, e passava pelos banhos de desinfecção, controle médico de doenças e vacinação. Após isso, os recém-chegados tinham que aguardar serem chamados para registrar seus nomes, profissões e parentescos (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 15). Podemos perceber esse momento de passagem dos imigrantes pelas hospedarias a partir da imagem abaixo.

¹¹² Achemos importante destacar que a Hospedaria de Imigrantes dos Brás possui um acervo disponível no museu da imigração para pesquisa *online*, com fontes iconográficas, manuscritas e orais, disponível em: <https://www.museudaimigracao.org.br/acervo-e-pesquisa/acervo>. Acesso em: 28 abr. 2023.

Figura 2 - Esquema de serviços da Hospedaria de Imigrantes, c.1920



Fonte: Fundação Patrimônio Histórico da Energia de São Paulo (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p.

As hospedarias do Rio de Janeiro e São Paulo possuíam características distintas por suas localizações, apesar de o protocolo seguido ser similar. A primeira possuía característica insular, ou seja, localizada em uma ilha, e os imigrantes passavam por todo o processo de inserção no país (recepção, controle, registro) para, depois, serem encaminhados aos seus locais de destino. Já no segundo caso, por ser peninsular, o percurso era outro: os imigrantes desembarcavam no Porto de Santos e embarcam novamente no trem para onde eram finalmente levados à hospedaria “situada a mais de cem quilômetros do litoral” (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 15). Por fim, as hospedarias possuíam um importante papel, tornando-se espaços de integração, mas também de exclusão, pois se classificavam os imigrantes e sua respectiva nacionalidade.

3.2 Urbanidade, espaços e Saúde Pública na Porto Alegre do século XIX

Mencionamos, nos tópicos anteriores, sobre a forma como as transformações sociais e econômicas, advindas principalmente dos movimentos migratórios, mudaram o modo com que o poder público lidava com as questões de Saúde Pública, principalmente no que diz respeito à entrada de estrangeiros no país e das hospedarias. Em Porto Alegre, os espaços públicos foram sendo modificados com a chegada dos estrangeiros.

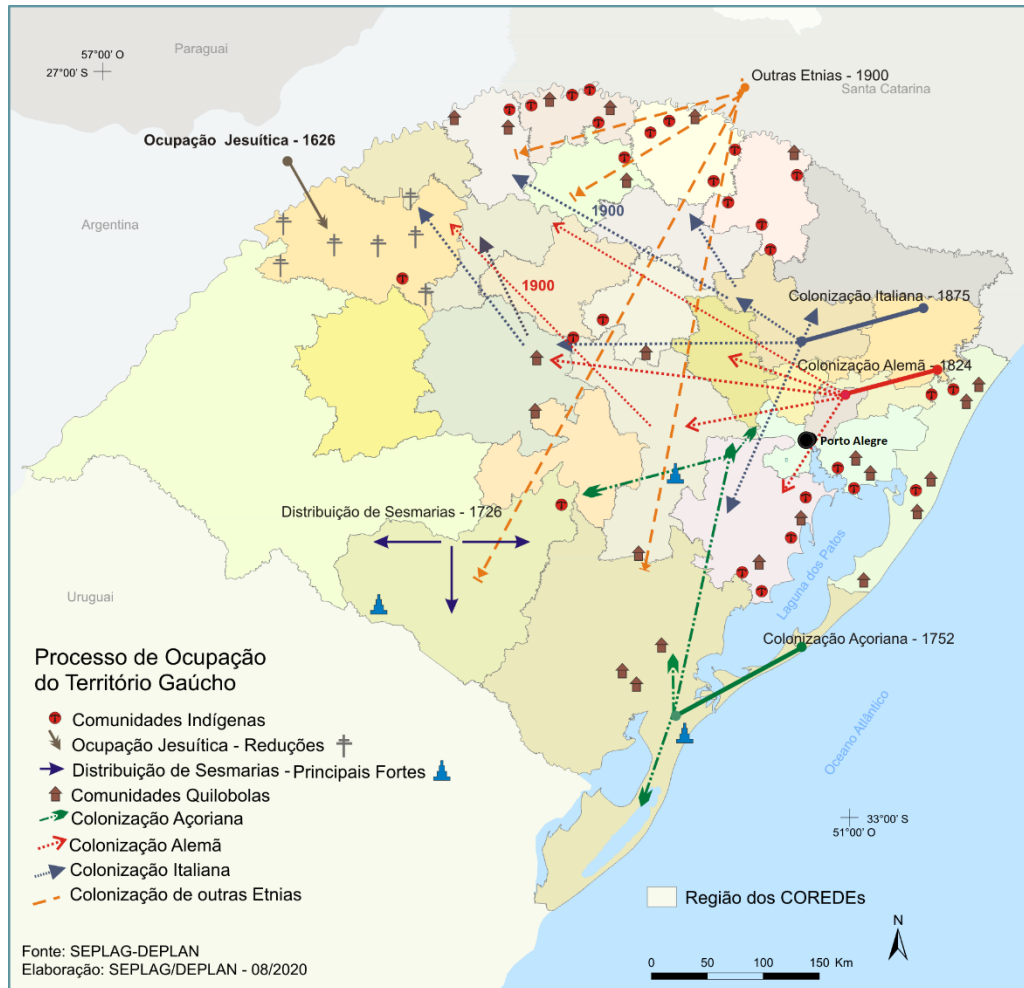
A cidade, que é a capital do Estado do Rio Grande do Sul, se tornou uma freguesia em 1762, Vila no ano de 1810, mas, em 1773, já tinha sua Câmara funcionando (FRANCO, 2000). Quando ainda era Vila, chamada de Nossa Senhora Madre de Deus, possuía traços de colônia, de um antigo povoado formado por açorianos e construções estilo barrocas (CONSTANTINO, 1991, p. 38). Sendo elevada à categoria de Vila, era necessário fazer investimentos e melhorias, no sentido de transformá-la “em uma estrutura portuária, mercantil e fortificada (QUEVEDO, 2016, p. 35). Em 14 de Novembro de 1822, Porto Alegre é elevada à condição de cidade, e podemos observar algumas características do seu desenvolvimento a partir das obras de edifícios realizadas. A Igreja da Matriz foi edificada em 1794 e finalizada no século XIX, com a construção das duas torres em 1846. Dos prédios públicos próximos à Matriz, encontrava-se o Palácio da Presidência, erguido em 1789 (QUEVEDO, 2016, p. 42). Outro já existente no início do século XIX, era o Tribunal do Júri, que ficava vizinho à Matriz, tendo sua construção

sido concluída em 1858. De acordo com Quevedo, nas redondezas dos referidos locais, na Rua da Ponte, contemplavam-se as primeiras residências¹¹³.

Porto Alegre recebeu imigrantes a partir da chegada de imigrantes açorianos. Portugueses, alemães e italianos irão chegar no decorrer do século XIX, caracterizando com uma cidade marcada pela presença de diferentes grupos, além da população luso-brasileira e negros, egressos da escravidão. Na década de 1870, período que iniciamos nosso recorte temporal, Porto Alegre praticamente já possuía traços de modernização, com a introdução de bondes de tração animal, e iluminação pública a gás (CONSTANTINO, 1991, p. 46). Aos poucos ela foi incorporando “elementos cosmopolitas”, com centros de sociabilização pública, comércios de diversos gêneros (botequins, quitandas, açougues, oficinas, barbearias etc.) e grandes edifícios. (CONSTANTINO, 1998, p. 151-152). A capital da Província do Rio Grande do Sul, foi o primeiro destino de diversos imigrantes que chegavam antes de tomarem como destino principal as regiões do interior do estado, no mapa abaixo podemos observar os traços da imigração presentes em diferentes regiões do Rio Grande do Sul:

¹¹³ De acordo com Sandra Pesavento (1994), a Revolução Farroupilha trouxe algumas consequências para organização dos espaços da cidade. Isso porque, durante o conflito, a população precisou concentrar-se na área central da cidade, fazendo com que, posteriormente ao conflito, casas de todos os tipos ficassem aglomeradas em ruas e becos (PESAVENTO, 1994, p. 86). Ainda de acordo com a autora, a cidade passa desses limites centrais a partir da década de 1850, surgindo arraiais e zonas suburbanas. No entanto, essa expansão territorial não alterou a organização central, onde ricos e pobres viviam próximos. A partir desse problema urbano, os ricos transferem-se para outras regiões da cidade, construindo casarões na Duque de Caxias ou na Independência.

Figura 3 – Mapa da ocupação do território do Rio Grande do Sul



Fonte: RS. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul: Ocupação do território do RS. ISBN: 978-65-87878-08-9 Edição: 7ª ed. Data de atualização: setembro de 2022. Disponível em: <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/ocupacao-do-territorio>. Acesso: 22 jun. 2023. Editado pela autora.

O advento da imigração, tanto alemã quanto a italiana, foi importante para o desenvolvimento de Porto Alegre, pois ambos os grupos passaram a investir em atividades comerciais e diversos serviços na capital do Rio Grande do Sul. Ela também se tornou movimentada devido à comercialização dos produtos que vinham das zonas coloniais. Neste sentido, o cais do porto se tornou um local privilegiado de escoamento da produção colonial (MOREIRA, 2009, p. 186). A sua posição geográfica e portuária facilitava o acesso de barcos, que passavam pela “Barra do Rio Grande, Lagoa dos Patos e Lago Guaíba, que por sua vez aproximava e ligava o interior da província (para além da própria cidade) às rotas de navegação e comércio” (OLIVEIRA, 2018, p. 105). Além da importância do porto, o Mercado Público, que teve sua primeira edificação em 1844, tendo sido reinaugurado em 1870, também se tornou

um local de sociabilidade, mas também de controle sanitário. Por conseguinte, os órgãos de controle da Saúde Pública faziam o papel da fiscalização de gêneros alimentícios e do comércio. Com o crescimento populacional e os locais públicos cada vez mais frequentados, a preocupação em relação à salubridade também crescia.

Na década de 1870, a população de Porto Alegre era estimada em 43.998 pessoas. Era mais que o dobro em comparação ao ano de 1850, quando a cidade possuía aproximadamente 17.000 pessoas (OLIVEIRA, 2018, p. 106). Ao longo do século XIX, ela se tornou um importante receptor de trabalhadores, que vinham tanto do interior do Rio Grande do Sul quanto de outras partes do país e do exterior (OLIVERIA, 2018, p. 108). Essa chegada de pessoas também pode-se verificar a partir do advento da imigração, quando a cidade tem um aumento de 70% entre os anos de 1872 e 1900. São dois pontos importantes para se pensar o crescimento populacional da capital: a imigração de trabalhadores europeus e a imigração interna de zonas periféricas para a capital, algo que se intensifica com o fim da escravidão no final do XIX. Nesse período, novos agentes sociais são incorporados ao mundo do trabalho, como: imigrantes, escravizados que desempenhavam atividades extras, alforriados e pessoas livres (OLIVERIRA, 2012, p. 73).

Sobre a presença dos imigrantes europeus, é bastante significativo o “número dos que vinham diretamente da Europa e se dirigiam para Porto Alegre e se movimentavam entre as colônias” (VENDRAME, 2021, p. 81). De acordo com Magda Gans (2004, p. 26), os teutos se encontravam inseridos em diversas atividades ligadas ao comércio, sendo elevada a presença de homens e mulheres alemães em profissões e estabelecimentos comerciais nas principais ruas da capital, como na Rua “Caminho Novo (atual Rua Voluntários da Pátria). Havia uma concentração de negócios teutos em Porto Alegre, constituindo um total de quarenta estabelecimentos distribuídos entre importadores de ferros e ferragens e atacadistas de secos e molhados”¹¹⁴. Em 1872, a população de origem germânica que residia em Porto Alegre totalizava o número de 936, representando a segunda posição em termos de número de imigrantes europeus”¹¹⁵. (VENDRAME, 2021, p. 82)

¹¹⁴ De acordo com Magda Gans (2004, p. 21), “a população teuta em Porto Alegre, na segunda metade do século XIX, compunha um núcleo com expressividade equiparável ao núcleo de São Leopoldo, que era o centro com maior concentração de teutos na província”. Ainda de acordo com a autora, não podemos afirmar que esse grupo de teutos que existia em Porto Alegre era apenas aqueles que enriqueceram devido ao escoamento de produtos coloniais advindos do interior da província; esse grupo era diverso e “amplamente inserido na vida da cidade”. Sobre a presença teuta na cidade de Porto Alegre, as suas representações coletivas, e a realidade social destes na cidade, ver: GANS, Magda. *Presença Teuta em Porto Alegre no Século XIX (1850-1889)*. Porto Alegre: Editora da UFRGS/ANPUH/RS, 2004.

¹¹⁵ Segundo Vendrame (2021, p. 82), dentre os estrangeiros residentes, os africanos correspondiam a um total de 1.608, os portugueses 1.270 e os alemães 936. Em números menores irão aparecer os franceses, 232, os austríacos,

Com relação aos italianos, grupo de nosso maior interesse, a presença deles na cidade começou a crescer nas últimas décadas do século XIX¹¹⁶. De acordo com Núncia Constantino (1991), esses organizaram sociedades de beneficência, clubes esportivos, quadras de comércio, e aglutinaram-se para viver na “Cidade Baixa”, nos armazéns, confeitarias, barbearias, nos açougues, sapatarias, cafés, hotéis, etc. (CONSTANTINO, 1991, p. 12). A pesquisa sobre a presença dos italianos em Porto Alegre realizada pela autora, revela um aumento expressivo e gradativo da presença deste grupo étnico a partir de 1887. Essa informação revela todo o contexto que já analisamos no capítulo anterior: o apoio público à imigração europeia¹¹⁷. Assim como no Rio de Janeiro e em São Paulo, com o crescimento urbano e o número de habitantes aumentado com o advento da imigração, as autoridades de Porto Alegre também se preocupavam com a questão das doenças e da limpeza da cidade. Diversos acontecimentos como as epidemias de cólera e febre amarela irão impulsionar as políticas de saúde, bem como o aumento da presença de imigrantes.

3.2.1 Saúde, higiene e os imigrantes na cidade

A partir das mudanças de âmbito nacional com a implementação da Junta Central de Higiene, foram criados órgãos para representar a Junta nas Províncias, que seria a Comissão de Higiene Pública, criada também em 1850. Conforme vimos, essas comissões deveriam regular os assuntos sobre a saúde local, saneamento e controle de epidemias. Além disso, precisavam informar “os detalhes dessa atuação a uma Junta centralizada e com abrangência nacional” (BRIZOLA, 2014, p. 46). No Rio Grande do Sul, a Comissão de Higiene passou a funcionar de fato apenas em 1854.

Ao mencionar o que consideravam os fatores que mais causavam mortalidade no RS, Witter (2007) cita o relatório do Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba¹¹⁸, que atribui as doenças ao sistema digestivo. Ainda de acordo com a autora, diferente dos outros relatórios apresentados

170, italianos, 154, espanhóis, 98, etc. Fonte acessada pela autora: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv25477_v11_rs.pdf.

¹¹⁶ Núncia Constantino (1991) descreve que em Porto Alegre residiam uma grande quantidade de Italianos da região sul, mais especificamente da Campânia, Basilicata, Sicília e Calábria

¹¹⁷ A autora pesquisou livros de paróquia entre 1880 e 1893 (Matriz, Nossa Senhora das Dores, Conceição e Nossa Senhora do Rosário), bem como confirmou a procedência de famílias de regiões específicas, por exemplo, os meridionais (provenientes da Calábria). Além disso, Constantino (1991), a partir do levantamento destes registros paroquiais, encontra diversos sobrenomes e suas procedências das regiões italianas, e outras informações importantes como: a verificação de imigrantes temporários (que batizaram apenas um filho), a profissão dos italianos a partir dos dados dos pais, bem como a condição social.

¹¹⁸ Segundo Witter (2007), uma boa parte dos médicos assumiam cargos públicos no Rio Grande do Sul. O Dr. Ubatuba também era bastante atuante no cenário político, “foi deputado Provincial, atuou na Inspeção Pública e teve posto diplomático em Portugal” (WITTER, 2007, p. 61).

à Província sobre a saúde pública, a gestão do Dr. Ubatuba rompeu com a ideia de que naturalmente a Província era salubre. Logo, as autoridades atribuíam as causas das moléstias a falta de água potável, bem como o livre acesso da população a práticas de cura por boticários e medicamentos nas casas de negócio da cidade (WITTER, 2007, p. 62). A questão da água potável sempre foi muito debatida entre diversos setores que olhavam para o tema da salubridade.

Sobre as questões de distribuição de água na capital do RS, em 1864 é criada a Companhia Hidráulica Porto-Alegrense. As águas eram captadas no Arroio Dilúvio e levadas por canos até um reservatório próximo da Praça da Matriz (QUEVEDO, p. 66). A questão da água sempre fora um problema de higiene no Império, pois em praticamente todas as cidades com acesso ao mar, ou a um rio, os dejetos humanos e a sujeira eram neles depositados. Em Porto Alegre, por conta da deficiência no abastecimento de água potável, a população consumia a mesma água “para onde escoavam os dejetos urbanos” (QUEVEDO, p. 66). Pelo relatório do Provedor da Santa Casa em 1876, ainda percebemos que a questão do encanamento das águas entra na discussão sobre a salubridade do Hospital:

Achando-se estragados os canos gerais de esgoto que partem das enfermarias e vão despejar as matérias fecais e águas servidas nos depósitos que existem no pavimento térreo, comprei a companhia de gás canos de ferro fundido de diâmetro apropriado, e fiz substituir aqueles por estes, mandando colocar sobre os mesmos bacias de cobre, estanhadas.

É uma obra duradoura, e penso que tão cedo não terá a Santa Casa de fazer nova despesa com esses encanamentos. Longe, porém, está esse meio, e o serviço da condução das matérias fecais e águas servidas, de ser feito como convinha que o fosse, pois seria preciso encanar água com abundância para a lavagem desses encanamentos que partem as enfermarias, e construir-sem canos de esgoto subterrâneos que levasse essas matérias a um grande depósito onde se fizesse a desinfecção; mas como fazer obras dessas quando a receita mal dá para a despesa ordinária?

E, no entanto, é uma obra de bem urgente necessidade, pois é sabido que quanto maior for o asseio de um hospital, tanto melhores serão as suas condições higiênicas¹¹⁹.

A partir desse relato, percebemos a preocupação do Provedor da Santa Casa em relação aos dejetos humanos depositados em um pavimento do hospital, demonstrando os altos gastos feitos para que fossem despejados em local menos insalubre. No entanto, o Provedor destaca que essa competência não caberia somente a ele, demonstrando os possíveis impasses que a

¹¹⁹ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1876, P. 6. Provedor José Antonio Coelho Junior. Porto Alegre: Typographia do Jornal do Commercio, 1876. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Santa Casa tinha com as repartições públicas. Uma década depois, no Relatório da Província, a Inspetoria de Higiene menciona as medidas tomadas de distanciamento do lixo para um local longe da cidade a fim de respeitar às medidas higiênicas¹²⁰.

Voltando à questão das repartições públicas criadas na Província, Jaqueline Brizola, (2014) assim como Witter (2007), destaca que a criação de órgãos como a Junta de Higiene e as Comissões de Higiene, foi pensada a partir das epidemias do cólera e da febre amarela. No entanto, Brizola acrescenta que, para além das motivações referentes às epidemias, as autoridades imperiais já estavam discutindo a necessidade de centralizar e controlar as medidas referentes à Saúde Pública. Aponta ainda que “a questão do controle da prática da vacinação contra a varíola também pode ser um elemento importante a ser pensado para a compreensão desta movimentação por parte do governo” (BRIZOLA, 2014, p. 47-48). E, por fim, defende a ideia que havia uma preocupação frequente das autoridades referente às práticas de vacinação para conter a epidemia de varíola durante o século XIX.

A Comissão de Higiene tinha alguns impasses, nem todas essas demandas eram resolvidas, pois, de acordo com Witter, “a Comissão tinha o poder de sugerir, mas não de aplicar”, ou seja, estava sujeita ao Governo da Província (WITTER, 2007, p. 63). Neste sentido, o órgão prestava satisfações, principalmente ao Presidente da Província, apresentando mapas de vacinados, por exemplo. Os desacordos entre a Comissão e a presidência da província se tornaram mais evidentes durante a epidemia de cólera. Um exemplo disto, é a constatação feita pela Comissão sobre o mau estado sanitário da enfermaria dos presos na Santa Casa. No entanto, a reclamação não foi levada diretamente ao Provedor da Santa Casa, mencionando que esse encargo ficaria ao Presidente da Província. A partir destes dados e de outros, fica claro que a Comissão de Higiene “era para ser o principal órgão voltado para a saúde pública no país, [porém, ela] não tinha poder para esse tipo de atuação” (WITTER, 2007, p. 78).

Como vimos, as Câmaras Municipais eram bem atuantes em todo o Império, principalmente com a regularização feita a partir de 1828. As Câmaras Municipais eram compostas por uma elite que, muitas vezes, conflitava com os interesses dos médicos. Em 1886, com as reformas institucionais do Império, dividindo as atribuições terrestres e portuárias referentes à saúde e higiene, a Comissão de Higiene Pública foi substituída pela Inspetoria Geral de Higiene.

Para a medicina do século XIX, a estação do ano e os desequilíbrios naturais (secas, chuvas, ou calor e frio intensos) poderiam contribuir para a “predisposição epidêmica”. As

¹²⁰ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1886, p. 25. Edição: 00003. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=5700> Acesso: 15 maio. 2021.

medidas adotadas pós-epidemia de cólera foram centradas no controle de alimentos, bebidas adulteradas, na limpeza da cidade e no fornecimento de fontes seguras de água (WITTER, 2007, p. 48).

Acreditamos que no final do século XIX, a preocupação com a saúde, higiene e salubridade advinham dos movimentos migratórios, uma vez que Porto Alegre se tornou um espaço mais plural. Neste sentido, a circulação de imigrantes, principalmente na capital, foi tema recorrente nos Relatórios do Presidente da Província quando o assunto era imigração e Saúde Pública. No final da década de 1880, o Presidente da Província mandou orçar uma obra considerada urgente no edifício que se alojavam os imigrantes, para que se “encontrasse em condições higiênicas para o medicado fim¹²¹”. Nas partes destinadas à colonização e Saúde Pública, em todos os anos analisados, de 1875 até 1889, mencionavam-se questões sobre a saúde dos imigrantes, estado sanitário dos alojamentos, presença de médicos nas colônias e as epidemias que assolavam as regiões de colonização, principalmente os casos de varíola. Isso mostra que a saúde estava na agenda dos órgãos responsáveis pela imigração (Inspetoria Geral de Terras e Colonização), e a imigração era preocupação da Comissão de Higiene (Posteriormente Inspetoria de Higiene – 1886), e das Câmaras Municipais. Logo, uma repartição acabava dialogando com a outra.

Em Porto Alegre, os locais para receberem imigrantes eram uma das grandes preocupações das autoridades da Comissão de Higiene. O inspetor de higiene e da comissão urbana da capital pediam para que se tomassem providências quanto à falta de higiene encontrada na “casa que servia de alojamento aos colonos, bem como as más condições em que está colocada a latrina, mandando-se ao encarregado daquele alojamento que o conserve em perfeito estado de limpeza e removida a latrina para lugar apropriado”¹²². A Comissão de Higiene também voltava seu olhar às construções da cidade, principalmente àquelas que reuniam grande quantidade de pessoas, como é o caso dos alojamentos para os imigrantes¹²³.

¹²¹ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887) (Ordem:274; Ofício: 139; 05/02/1887; Recebido:05/02/1887).

¹²² AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887) (Ordem:196; Ofício: 121; 11/01/1887; Recebido:11/01/1887).

¹²³ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887) (Ordem:196; Ofício: 121; 11/01/1887; Recebido:11/01/1887).

3.3 As hospedarias de imigrantes no Rio Grande do Sul: recepção e cuidados com a saúde

Não há muitos trabalhos que se detém na análise das hospedarias no Rio Grande do Sul¹²⁴. É possível atestar a existência de locais destinados a abrigar os imigrantes a partir de Relatórios e Ofícios emitidos pelo governo provincial. A ausência de estudos sobre as hospedarias na capital do RS, torna a presente pesquisa mais desafiadora. Na capital da província não existia um local fixo para receber os imigrantes, assim como havia no Rio de Janeiro, visto anteriormente, e também em São Paulo. Nesse sentido, a ação tomada pelas autoridades provinciais foi a de alugar casas ou prédios para o alojamento dos recém-chegados, tanto na capital quanto nas colônias fundadas. Essas locações eram feitas com os recursos financeiros repassados pelo Ministério do Império para o Presidente da Província. Nos Relatórios emitidos pelo Presidente da Província do ano de 1868, descobrimos que o governo:

[...] mandou construir, nas colônias de Nova Petrópolis e Santo Ângelo, empreendimento que deveria correr por conta dos cofres gerais. Mais adiante, o presidente se referiu ao alojamento da capital; segundo ele, era notável que não existisse, até aquele momento, um edifício apropriado para receber os imigrantes chegados à província. Por este motivo, mandou estabelecer, “no terreno beira-rio em frente à praça da Harmonia”, um grande “barracão”, onde os imigrantes que chegassem à capital pudessem ser alojados (RIO GRANDE DO SUL, 1868 *apud* SILVA, 2014, p. 60).

O pedido estava relacionado com o decreto publicado em 1867, que ordenava que nas colônias deveriam existir locais onde os imigrantes pudessem se alojar até o recebimento de seus lotes. Mas antes disso, no início da segunda metade do século XIX, a legislação voltada à imigração sequer mencionava a questão da hospedagem dos imigrantes.

Em 1854, a lei nº 304 de 30 de novembro, determinava que as terras destinadas aos imigrantes fossem vendidas à vista ou à crédito, pagáveis em cinco anos. Essas condições geraram créditos ao governo provincial, possibilitando novas ações voltadas para a hospedagem e assistência aos colonos no momento da sua chegada. A lei orçamentária de 1857, nº 367 de 4 de março, liberou crédito ao Presidente da Província para o estabelecimento de casas em Porto Alegre e Rio Grande, a fim de receber os recém-chegados. Em 1858, foram adicionados a essa

¹²⁴ Destaco a dissertação de mestrado de Gabriela Ucoski da Silva (2014), intitulada *História e aspectos do cotidiano da Hospedaria de imigrantes do Cristal Porto Alegre (1890-1898)*. Sobre as legislações que eram direcionadas à imigração e colonização no estado do Rio Grande do Sul, ver: IOTTI, Luiza Horn, org. *Imigração e colonização: legislação de 1747 a 1915*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do RS. – Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

lei artigos que definiam que os valores dispensados à hospedagem, alimentação, socorros e transporte, seriam debitados aos colonos (SILVA, 2014, p. 59-60).

No entanto, é importante destacar que as discussões sobre os espaços de acolhimento aos imigrantes foram se ampliando na medida que a imigração ganhava mais força no estado. O governo necessitava criar um controle sobre aqueles que chegavam, bem como mostrar, a partir dessas leis, a atenção que dava aos imigrantes, incentivando a vinda destes de forma espontânea. Sobre a pouca atratividade na legislação em relação aos valores pagos ao estado para conferir assistência aos recém-chegados, destacamos trecho do relatório do Presidente da Província.

[...] o Inspetor Geral das colônias, Francisco Xavier Cunha, em seu relatório ao vice-presidente da província, comentou sobre a necessidade de existir auxílios para a imigração, pois era um erro esperar uma imigração espontânea sem a intervenção dos poderes públicos. Citou, como exemplo, os Estados Unidos, onde os imigrantes recebiam todas as acomodações e subsistência por preço fixo e diminuto, contando com agentes públicos que os dirigiam, além de hospitais que tratavam suas enfermidades. Da mesma forma, contavam com auxílios de sociedades de beneficência que contribuía com grandes recursos (RIO GRANDE DO SUL, 1866 *apud* SILVA, 2014, p. 59).

O Inspetor Geral das colônias não estava de acordo com a iniciativa privada de alugar os recém-chegados, acreditando ser mais eficaz a província providenciar locais fixos para a instalação dos imigrantes, o que não aconteceu de forma efetiva. Em 1867, o Presidente da Província informou que autorizou a construção de barracões nas colônias de Nova Petrópolis e Santo Ângelo, onde os gastos deveriam ficar por conta dos cofres gerais. Já na capital, em Porto Alegre, estabeleceu “no terreno beira-rio em frente à praça da Harmonia, um espaçoso barracão, onde possam ser recolhidos os colonos que se dirigem à esta capital até seguirem seus destinos”¹²⁵. A preocupação em aprimorar os locais de alojamento era constante. Em 1872, o Presidente da Província mandou que fossem construídos barracões no Porto Guimarães¹²⁶, também para abrigar os colonos que se dirigiam às colônias Nova Petrópolis e Conde d’Eu. Essas construções de barracões mostram que, ao mesmo tempo que possuíam o entendimento da necessidade de locais para o alojamento dos imigrantes, esses não eram alocados de forma organizada e efetiva, sendo transferidos com grande frequência.

¹²⁵ Relatórios do Presidente das Províncias: Império (RS). Ano: 1868, p. 28. Edição: 0001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=2959>. Acesso em: 4 maio 2022.

¹²⁶ Porto Guimarães é a atual cidade de São Sebastião do Caí/RS. A região do Caí ganha destaque nos estudos da colonização, pois possuía uma variedade étnica abrangendo, a partir de sua comarca, diversas colônias alemãs e italianas. Servia de ponte para o crescimento econômico das regiões de colonização localizadas na parte nordeste do território sul-rio-grandense. Um exemplo disso é a inserção da colônia Caxias ao mercado regional, que se deu devido à proximidade com São Sebastião do Caí.

Com o decreto de criação da Inspetoria de Terras e Colonização, em 1876, o trabalho de organização das hospedarias passou a ser realizado por funcionários contratados pela repartição da província. Foram diversos os acordos e leis firmadas no intuito de organizar essas questões referentes à hospedagem, mas, na prática, essa organização era falha e, no momento da chegada dos imigrantes, diversos fatores externos acarretavam a mudança de rota. Logo, o que se pode perceber nos registros que analisaremos a seguir, é de que a falta de espaço e cuidados com a higiene dos locais de acolhimento eram motivos de reclamações constantes e de doenças.

Como visto acima, foram criados decretos e leis que definiam os locais de recepção dos imigrantes na Província do Rio Grande do Sul. Foram disponibilizadas diversas hospedarias em Porto Alegre e nos principais pontos de passagem para as colônias do interior. No entanto, esses locais eram fechados a todo momento e alugados outros para se tornarem hospedarias. De acordo com Chrysostomo e Vidal (2014), sobre a localização das hospedarias em todo o Brasil, pode-se perceber um duplo movimento:

De um lado, as hospedarias instaladas nos portos marítimos, que formariam uma rede em torno da fachada atlântica, verdadeiro cordão sanitário para controlar a entrada dos imigrantes; de outro, um conjunto de hotéis, casas e armazéns localizados no interior dos estados e que obedeceriam a outra lógica, a penetração no território de forma reticular, seguindo caminhos e estradas de ferro e os interesses dos grandes fazendeiros e negociantes (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 11).

Diferentemente do Rio de Janeiro e de São Paulo, o Rio Grande do Sul, mais especificamente Porto Alegre, não possuía Hospitais, Lazaretos ou Hospedarias em ilhas isoladas dos centros urbanos. Os lazaretos funcionavam em períodos isolados, quando o cólera, a varíola ou a febre amarela ameaçavam o território. Alguns imigrantes que chegavam doentes eram encaminhados à Santa Casa de Misericórdia, e o restante, no geral, permanecia nas hospedarias providenciadas pelo governo. É importante destacar que a presente dissertação visa focar especificamente na cidade de Porto Alegre, mas não podemos deixar de mencionar que outras cidades portuárias também recebiam imigrantes, como a de Rio Grande, tendo locais destinados para o abrigo da população estrangeira, conforme constatamos nos Relatórios da Província.

O Governo Provincial procurava evitar que os recém-chegados ficassem muito tempo na capital, dando preferência que se dirigissem às colônias o quanto antes. Em relatório do Presidente da Província Joaquim Pedro Soares, em exercício no ano de 1882, esse relata que chegaram à província 379 imigrantes italianos. O grupo de italianos só possuíam a passagem de ida até a capital, não podendo se dirigirem às colônias de Conde d'Eu e D. Isabel. Alegando escassez de recursos, solicitou a concessão de passagens até São João do Monte Negro, devendo, depois, os imigrantes seguiriam a pé até as referidas colônias.

Assim, não podendo ser acomodados na capital, o Presidente da Província obteve do Ministério da Agricultura autorização para atender a reclamação dos italianos recém-chegados. Dos 379 imigrantes, 185 pediram para serem transportados para a colônia Silveira Martins, tendo recebido apoio do Governo para seguir pelo Rio Jacuí e depois por terra até a colônia de destino. No entanto, em relatório, o Presidente da Província informou que:

Não havendo terras devolutas na colônia que possam ser divididas em lotes, nem sendo possível estabelecer os imigrantes por meio do desdobramento dos prazos existentes, dirigi-me por telegrama ao Sr. Ministro da Agricultura, não só sobre a necessidade de tomar-se qualquer providência em relação àqueles imigrantes, como sobre a conveniência de ser esta Presidência autorizada a conceder transporte aos imigrantes que se dirigem a esta Província: até Montenegro aos que escolherem as colônias Conde d'Eu e D. Izabel, até S. Sebastião do Caí aos que preferirem a de Caxias, ficando igualmente habilitada a mesma Presidência a dispensar-lhes qualquer auxílio em caso urgente¹²⁷.

Sobre a medição dos lotes em Conde d'Eu e D. Isabel, a presidência pediu autorização ao Ministério da Agricultura para mandar proceder a medição dos lotes coloniais com urgência, a fim de que os imigrantes não ficassem aglomerados em estabelecimentos improvisados em más condições. O transporte concedido pela província era acordado com empresas particulares, conforme podemos observar em Ofício da Inspetoria de Terras e Colonização, em que o Presidente da Província informou à Inspetoria “ter aceito os preços apresentados por Carlos Guilherme Schilling e Companhia, para o transporte provisório de imigrantes da capital a São João do Monte Negro e São Sebastião do Caí¹²⁸”. Esses contratos poderiam perdurar até que fossem acordados outros valores.

Com relação à Colônia Silveira Martins, os 185 italianos que não estavam com seus lotes providenciados e sem a devida acomodação, o governo autorizou que permanecessem na

¹²⁷ Relatórios do Presidente das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 12-13. Edição:00002. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=4847>. Acesso em: 4 maio 2022.

¹²⁸ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). Ofício nº 2186, Ordem nº 117. Data: 17/12/1886; Recebimento: 17/12/1886.

capital. Esse caso demonstra que muitos chegavam já com interesse em fixar em determinada colônia. A forma com que o governo atendia à essas solicitações fazia parte de uma estratégia para impulsionar a colonização sem maiores problemas, bem como evitar que os estrangeiros ficassem vagando pelas ruas da capital, desviando-se do seu destino final.

Problema semelhante ocorreu na cidade de Pelotas, onde chegaram 33 imigrantes sem que fosse comunicado ao chefe da comissão da cidade, ficando os recém-chegados “expostos em uma praça pública, sendo depois recolhidos na casa de um indivíduo”. O engenheiro José Francisco de Brito (chefe da comissão), informou em seu ofício que o grupo de imigrantes foi alimentado e que uma mulher foi recolhida à casa de um cidadão de nome Adriano da Silva. No dia seguinte, chegaram mais 17 imigrantes alemães, os quais também receberam alimentação e agasalho. Contudo, Brito frisou em ofício que o agente do Rio Grande do Sul deveria comunicar toda vez que viessem imigrantes para o município, pois assim providenciariam em tempo um local adequado para recebê-los¹²⁹. A partir do exposto, destacamos que a ação de fornecer estadia em suas casas para os imigrantes acarretava oferecimentos de práticas terapêuticas para aqueles que chegavam doentes.

Na capital da província era comum que casas comerciais servissem de depósito de bagagens pessoais aos imigrantes que estavam de passagem pela cidade (MOREIRA, 2009, p. 89-90). Esse envolvimento da sociedade para receber e guardar as bagagens dos recém-chegados foi um hábito comum durante o século XIX, e, por vezes, o estado garantia subsídio. No entanto, em casos como o depósito de bagagens citado acima, os comerciantes aproveitavam-se da movimentação da cidade para aumentar a renda familiar.

Por outro lado, havia apoio por parte dos italianos que já estavam estabelecidos na capital ou mesmo no interior, nas colônias. O acionamento das redes de reciprocidade no momento da chegada se fazia essencial, e estas poderiam ser acionadas antes da partida. De acordo com Vendrame (2016, p. 82), “as famílias se utilizaram das relações de parentesco e reciprocidade como vínculo de transmissão de notícias e de auxílio, permitindo que, de diferentes maneiras, os indivíduos encontrassem espaço na sociedade receptora”. Na chegada, a casa de parentes ou conhecidos também era uma das alternativas que os italianos encontravam para a sua hospedagem até que seus lotes estivessem prontos ou até encontrarem locais favoráveis para a sua instalação. Ainda segundo a autora:

¹²⁹ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem nº 118; Ofício: nº 111; Data: 17/12/1886; Recebido: 21/12/1886).

As trajetórias dos imigrantes mostram que, após a chegada aos núcleos coloniais, movimentações internas ocorriam frequentemente. Como a intenção era garantir um local que apresentasse condições favoráveis às demandas do grupo, a hospedagem temporária em casa de conhecidos foi utilizada como um mecanismo estratégico enquanto avaliavam as opções. Essa prática parece ter sido recorrente na última década do século XIX, aproveitando que as famílias pioneiras já haviam obtido sua estabilidade. Como os novos núcleos de colonização estavam localizados distantes das primeiras ocupações, aqueles acabaram servindo como ponto de apoio e referência para as famílias que chegavam (VENDRAME, 2016, p. 83).

Contudo, nem sempre os imigrantes podiam contar com as redes de apoio entre os conterrâneos nos locais de chegada. Para isso, foram criadas associações que auxiliavam os novos imigrantes com agasalhos, alimentação e socorros médicos. Em fevereiro de 1882, o diretor das colônias de Conde d’Eu e D. Isabel, comunicou ao Presidente da Província haver-se constituído nas referidas colônias uma associação Auxiliadora dos Novos Imigrantes, “que tomará a si a construção de um barracão para agasalho desses imigrantes; seu transporte de S. João do Montenegro para aqueles núcleos e sustento até lhes ser dada a conveniente colocação”¹³⁰. O Presidente gratificou com belas palavras a iniciativa tomada pelo grupo de pessoas¹³¹ que compunha a associação, referindo-se à ação protetora e auxílio que ia ao encontro dos interesses do governo.

Sobre a chegada dos imigrantes em Porto Alegre, Olívio Manfroi destaca as críticas feitas pelo consulado italiano no ano de 1892, com relação ao serviço de imigração entre o porto do Rio de Janeiro e Porto Alegre, alegando as péssimas condições de serviços oferecidos às famílias que se encontravam desfalcadas, por conta das doenças e do seu estado miserável. A partir da declaração do Consul, o autor afirma:

Pode-se, facilmente, imaginar o espetáculo que ofereciam essas milhares de pessoas, cansadas, tristes, nostálgicas, pobremente vestidas e que invadiam as estações, as ruas, praças e estradas, qual um exército em conquista. Era uma multidão "que quase não sabia de onde vinha, onde se encontrava e para onde se dirigia". Manifestavam um só desejo, o de chegar o mais cedo possível à colônia, onde poderiam trabalhar, em paz, sobre uma terra que lhes pertenceria, longe de todas aquelas peripécias da viagem. Mas, não podiam imaginar as dificuldades que os aguardavam ainda, antes de gozar de um certo bem-estar e da tão esperada liberdade (MANFROI, 1975, p. 240).

¹³⁰ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 14. Edição:00002. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=4848>. Acesso em: 22 mar. 2022.

¹³¹ Essas pessoas são: Padre Giovanni Menegotto, Presidente Dr. José Alveres de Araujo e Souza, Vice-Presidente: Henrique Finger, Tesoureiro: Guilherme Augusto de Mendonça e Brito, Secretário: Dr. José Benetti, Carvalho & Ferreira, Paulo Wentzel, Dante Cavedagni, Letterio Bonarrigo, José Battisti, Lourenço Dexheimer, Broggioli Achille, membros (RIO GRANDE DO SUL, 1882, p. 14).

Podemos levantar uma problematização a partir do que foi exposto pelo autor: além de ser uma análise que destaca o sofrimento dos imigrantes, ela não leva em consideração as redes de apoio e estratégias buscadas pelos italianos ao chegarem ao Rio Grande do Sul. Não se pode negar as condições adversas da travessia e as consequências para a saúde dos imigrantes, no entanto, não se pode colocá-los como sujeitos abandonados ou totalmente desassistidos. Muitos agiam de forma estratégica e buscavam estabelecer relações com os conterrâneos já residentes nas cidades. Além disso, apesar dos problemas, existia apoio público para garantir o transporte dos imigrantes até as colônias e propiciar que se fixassem nos lotes de terras que receberiam, além da assistência dada pelos Hospitais, como no caso da Santa Casa. É preciso, através das informações extraídas das fontes primárias, perceber que os imigrantes são sujeitos ativos, que buscaram obter vantagens diversas durante o percurso migratório e nos locais de destinos (VENDRAME, 2007).

Em relação aos imigrantes recém-chegados nas cidades, de acordo com os relatórios da Província, eles recebiam alimentação nos locais de hospedagem, no entanto, era relatado que nas horas das refeições, muitos achavam-se ausentes, principalmente aqueles que se queixavam da alimentação, voltando à hospedaria somente à noite¹³². Outro problema descrito pelas autoridades responsáveis pela Inspeção de Colonização era que a aglomeração de imigrantes e a longa permanência na capital, se dava por aqueles que não desejavam dedicar-se ao trabalho agrícola nas colônias. Outros também retornavam das colônias à Porto Alegre, “exigindo outra colocação mediante altos salários”. Muitos recém-chegados que tinham como destino inicial o porto de Rio Grande, tomavam depois outros vapores para chegarem à capital. Sobre isso, o relatório aponta:

Também nas cidades de Rio Grande e Pelotas ocorreram semelhantes fatos, chegando alguns imigrantes, aos quais se proporcionara colocação em estabelecimentos particulares, ao ponto de retirar-se pouco tempo depois fazendo idênticas exigências sobre salários. O espetáculo que essa gente oferece nas ruas prejudica aparentemente os créditos do país em matéria de colonização, pois faz crer que aos estrangeiros que afluem para cultivar nossas terras negam-se, chegando aos centros populosos, transporte e alimentação¹³³.

¹³² Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1888, p. 50. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=6127>. Acesso em: 22 mar. 2022.

¹³³ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1889, p. 29. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=6324>. Acesso em 22 mar. 2022.

Nem sempre os imigrantes chegavam à capital com destino completamente definido. De acordo com Vendrame (2016), as relações em que os italianos se encontravam imersos eram diversas, poderiam ser horizontais, verticais, intensas e frequentes, e por isso não podemos vê-los como grupos isolados. Eles devem ser percebidos como sujeitos com projetos, escolhas e liberdades para tomarem decisões favoráveis.

Com relação aos serviços da hospedaria oferecidos aos imigrantes, era algo que tinha por objetivo, além de garantir acolhida aos estrangeiros com destino às colônias, buscava evitar que os mesmos ficassem vagando pelas ruas da cidade. Deviam permanecer pelo tempo previsto nas normas de cada hospedaria. Restrições em relação à permanência são mencionadas nos relatórios provinciais, bem como nos periódicos do período. Podemos encontrar esse incômodo sobre a permanência prolongada dos imigrantes nas hospedarias no *A Federação*:

Alguns imigrantes, em número de 96, chegando a este Estado há mais de 7 meses, foram alojados na hospedaria das Charqueadas, afim de serem d'ali transportados às colônias. Alguns por doenças, a maior parte, porém por se recusarem a tomar tal destino, o único que o Estado lhes deve dar, têm sido, até hoje, alimentados por conta dos cofres nacionais. Para fazer cessar semelhante despesa, inteiramente inútil, mandei que viessem à capital aqueles imigrantes com o fim expresso de serem transportados para as colônias. Em vista de sua nova recusa ao chegarem aqui, marquei-lhes o prazo de 48 horas, dentro do qual seriam ainda alimentados para tomarem um alvitre. Esse prazo finda-se amanhã, e se até então persistirem no propósito de não se estabelecer nas colônias, terão de ficar entregues aos seus próprios recursos, como refratários ao trabalho, para o qual foram introduzidos no país [...] ¹³⁴.

A resistência dos imigrantes em não tomar o caminho das colônias estava ligado ao fato de desejarem permanecer no espaço urbano realizando serviços na cidade. Essa permanência nas hospedarias e o uso do apoio financeiro do estado para a alimentação e estadia, certamente, fazia parte de uma série de estratégias dos imigrantes que optavam por permanecer mais tempo nas cidades para acumular capital. Contudo, alguns poderiam estar aguardando para tomar como destino outro local, e não aqueles determinados pelos agentes da imigração ao qual haviam estabelecido contrato.

Na passagem acima, trata-se da Hospedaria das Charqueadas, localizada mais distante da capital. Foi criada com a finalidade de afastar os imigrantes do centro urbano da cidade.

¹³⁴ A Federação, 7 de dezembro de 1889. Edição 00281. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=388653&pasta=ano%20188&pesq=&pagfis=5151>. Acesso em: 22 mar. 2022.

Anteriormente, a hospedaria se localizava na Rua 7 de Setembro¹³⁵, sendo transferida para o Porto Jacuí no intuito de evitar o contato dos estrangeiros com os nacionais, o que “os desencaminhavam, retardando sua partida para as colônias, ou desviando seus destinos”¹³⁶. A transferência para a hospedaria das Charqueadas era feita através dos paquetes que levavam e traziam os imigrantes. A estrutura da hospedaria era composta por:

(...) prédio principal, armazém, galpões e ranchos que constituem a citada hospedaria das Charqueadas paga-se o aluguel mensal de 210\$000 réis combinado com os respetivos proprietários, pelo Inspetor Especial das Terras e Colonização; tendo sido necessário executar ali reparos e melhoramentos, cuja despesa não posso aqui precisar, mas deve ser avultada¹³⁷.

De acordo com Silva (2014), essas hospedarias não deixaram uma documentação específica. Sabemos da sua existência devido às menções nos relatórios do Presidente da Província, bem como por conta das indicações presentes nos ofícios e correspondências do governo. Uma das hospedarias que possuem documentação disponível para pesquisa é a Hospedaria do Cristal, em Porto Alegre. Ela foi idealizada em 8 dezembro de 1890, através da solicitação do Presidente da Junta de Higiene Pública à Delegacia da Inspeção Geral de Terras e Colonização, a fim de substituir a Hospedaria das Charqueadas. A Hospedaria do Cristal está entre as maiores do Brasil, chegando a contar com mais de 2.000 pessoas em um só dia, conforme menciona Silva (2014, p. 120). Ela foi criada em um contexto de mudanças políticas no país, no início da República, momento em que os estados passaram a assumir maiores responsabilidades em relação aos serviços de imigração.

Segundo alguns relatos, a Hospedaria de Imigrantes do Cristal foi um “imenso edifício”, grande suficiente para alojar cerca de 3.000 imigrantes, podendo ser comparada à grande Hospedaria da Ilhas das Flores, no Rio de Janeiro (SILVA, 2013, p. 5 apud FILHO; FRANCO, 2004). Os registros da hospedaria do Cristal eram feitos de forma muito semelhante às outras hospedarias do Brasil, e também não se diferenciava da forma com que os enfermos eram registrados na Santa Casa, por exemplo. Eram recolhidos dados como: nome, sexo, idade, nível de instrução, profissão, estado civil. Estas informações eram importantes para quantificar o

¹³⁵ A Hospedaria da Rua 7 de Setembro se tratava de uma casa alugada pelo governo provincial a partir de 1887. E era considerada pelas autoridades um local que “respeitava todas as condições higiênicas”, sendo provido por móveis e utensílios necessários para o alojamento dos imigrantes (SILVA, 2014, p. 64).

¹³⁶ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1889, p. 12. Edição: 00002. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=6355>. Acesso em: 22 mar. 2022.

¹³⁷ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1889, p. 13. Edição: 00002. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=6355>. Acesso em: 22 mar. 2022.

número de imigrantes e garantir a solicitação de alimentos. A hospedaria também tratava os imigrantes que chegavam doentes, conta a enfermaria existente no prédio com um enfermeiro e um farmacêutico. Além destes profissionais, o referido estabelecimento possuía intérpretes, escrivães, guardas, serventes e ficiais (SILVA, 2013, p. 8)¹³⁸.

Acreditamos que, talvez, a hospedaria tenha sido importante no tratamento e acolhimento dos imigrantes no sentido de centralizar estes serviços, não deixando somente à cargo de instituições como Santa Casa o cuidado com os doentes, especialmente os imigrantes. Silva (2013, 2014) acredita que diversos fatores foram afetando o funcionamento e a organização da Hospedaria do Cristal. A Revolução Federalista que ocorreu no estado entre 1893 e 1895, prejudicou a imigração, bem como os serviços, não sendo desejado que os recém-chegados ficassem por muito tempo na capital. Os últimos documentos existentes sobre a hospedaria datam de 1898, acreditando que, a partir desta data, o estado passou a reduzir os gastos com a mesma.

A partir de todas as informações trazidas no presente capítulo, podemos afirmar que o Império passou a dar mais atenção às políticas de Saúde Pública com a intensificação dos movimentos migratórios, criando hospitais, hospedarias e lazaretos para receber os estrangeiros. No caso do Rio Grande do Sul, percebemos que a província possuía grande preocupação com os destinos que tinham os imigrantes recém-chegados, porém, não foram criadas hospedarias efetivas, com locais fixos para o recebimento destes. De forma provisória, o tempo de estadia era limitado e possuía regras que nem sempre os imigrantes estavam dispostos a cumprir.

¹³⁸ A autora consegue identificar o corpo de funcionários a partir dos vencimentos do pessoal empregado na hospedaria.

4 MIGRAR E ADOECER: OS ITALIANOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

No dia 04 de julho de 1878, foram internados 8 italianos que faziam parte de 4 famílias com os seguintes sobrenomes: Colla (2 adultos); Paviani (1 adulta e 1 criança); Basianeri (1 adulta e 1 criança); Tersella (1 adulta e 1 criança). Todos eles foram registrados como “colonos”. Duas das crianças faleceram: Ernesta Basianeri, com 3 anos, cuja moléstia “ignora-se”, e Cattulo Tersella, de 1 ano, sofria de “dentição”¹³⁹. As mães das crianças que faleceram também se encontram nestes registros e, ambas, não possuíam moléstia, e estavam como acompanhantes de seus filhos.

O menino Luiz Reginato, que também consta nos livros de matrícula, nada sofria e aparece junto à sua mãe, Apollonia Vedova Reginato, de 40 anos, viúva, que sofria de insuficiência mitral. A paciente veio a falecer e, um dia após, seu filho sai do hospital. O que aconteceu com esta criança? Foi acolhido por familiares? Ou ficou sob os cuidados da caridade? Os processos migratórios deixaram marcas na vida dos imigrantes. A decisão de abandonar o local de origem era marcada por incertezas e angústias, além disso, os projetos de vida dos imigrantes poderiam ser interrompidos por diversos motivos, como doenças e mortes.

Neste capítulo, pretendemos, a partir do levantamento dos dados coletados na pesquisa, analisar de forma quantitativa e qualitativa as doenças dos italianos e italianas que passaram pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, traçando o perfil do grupo por estado civil, profissão e pertencimento social. Os dados extraídos dos Livros de Matrícula Geral dos Enfermos permitem identificar o papel que a referida instituição teve em relação aos imigrantes italianos recém-chegados na capital da Província do Rio Grande do Sul. Na pesquisa com o Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, filtramos todos os registros daqueles que aparecem classificados como “Italianos”. No entanto também quantificamos em números a internação dos outros estrangeiros. Para traçar um perfil exclusivamente dos italianos, identificamos qual era a classe social, estado civil, profissão, e suas doenças. Ressaltamos que a quantificação se dá a partir do número de internação, e não de pacientes, visto que o mesmo paciente poderia ser internado mais de uma vez, e um novo registro era feito no Livro. Os dados em números, podem não ser precisos, por diversos motivos que são expressos na produção da fonte.

Sobre a classificação do perfil dos italianos, a classe social era designada com as seguintes categorias que aparecem nos LMGE: pobre, imigrante, emigrante, colono(a),

¹³⁹Livro de Matrícula Geral dos Enfermos N° 4 (1873-1880). Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

colono(a) geral, colono(a) provincial, presos (preso pobre, preso civil, preso sentenciado). Bem como outras classificações que aparecem na fonte de forma muito rara como: particular, pensionistas (1ª e 2ª classe), inválido(a), alienado(a), guarda cívica e sacerdote. Usamos essas classificações para identificar a condição dos italianos de recém-chegados ou já residentes na Província.

Os dados do LMGE foram transcritos em uma tabela Excel para cada livro, ou seja: Livro 4 (1873-1880), Livro 5 (1883-1888), Livro 6 (1888-1893). Em cada tabela foram transcritas as informações que constam nos livros: Número de internação, data de entrada, nome do paciente, idade, doença, nacionalidade, filiação, classe social, estado civil, profissão, cor, data da saída e observações. Nas observações, grande parte dos campos estão em branco, quando consta alguma informação trata-se das seguintes: se o paciente faleceu, saiu, saiu curado, pediu para sair, ou então se foi transferido para o Hospício São Pedro (a partir de 1884). Destacamos que as informações foram transcritas com a atualização ortográfica, exceto os nomes próprios, e algumas doenças que não identificamos a origem.

Para a realização do levantamento quantitativo das doenças, profissões e das nacionalidades, optamos por realizar de forma separada, por livro, a fim de observar as mudanças ao decorrer dos anos que constam preenchidos nos respectivos livros. Já para as informações gerais como: classe social e estado civil, realizamos o levantamento de todos os anos para identificar o perfil geral dos italianos na Santa Casa.

Almejamos classificar as doenças do(a)s italiano(a)s internado(a)s na SCMPA. A partir desta classificação, será possível identificar quais as doenças eram adquiridas durante a travessia, principalmente as contagiosas, que eram as que mais preocupavam as autoridades locais.

4.1 A Santa Casa e o combate às epidemias no contexto das migrações

Uma das principais preocupações do Império no combate às epidemias durante o século XIX, foi a criação de locais de isolamento dos recém-chegados. A província do Rio Grande do Sul não possuía um local fixo para o isolamento dos doentes com doenças contagiosas. Nesse sentido, diversos lazaretos foram criados nos momentos em que as doenças assumiam um caráter epidêmico. No final do século XIX, são três as doenças constantemente mencionadas nos relatórios do Presidente da Província: a varíola, o cólera, e a febre amarela.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Sobre as epidemias de varíola e cólera em Porto Alegre/RS, ver: BRIZOLA (2017) e WITTER (2007).

No relatório da Província de 1880, foi informado que, a partir de um comunicado do farmacêutico Laurindo José de Siqueira Coutinho, no município de São João do Monte Negro, havia muitas pessoas acometidas pela varíola. Por conta disso, o Governo Provincial abriu um crédito na quantia de 500\$000 réis com a finalidade de satisfazer os socorros dos indigentes acometidos pela doença¹⁴¹. Provavelmente, os enfermos variolosos se tratavam de imigrantes, pois, como já mencionamos, São João de Monte Negro e São Sebastião do Caí eram locais que faziam parte da rota, a principal delas, percorrida pelos estrangeiros que tinham como destino as colônias de D. Isabel, Conde d'Eu e Caxias do Sul.

Os imigrantes que chegaram com a doença também passaram pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. No Livro de Matrícula Geral dos Enfermos do Hospital que corresponde aos anos de 1874 a 1880, apresenta o registro de 28 imigrantes variolosos. Desses, 14 eram italianos, e o restante se dividia em 4 alemães e 4 do Estado Oriental (Uruguai); os demais eram provenientes da França, Áustria, Prússia, Inglaterra e Portugal. Do total de estrangeiros, 5 deles faleceram, todos eles italianos denominados como “colonos”. É provável que italianos doentes eram os recém-chegados que desembarcam em Porto Alegre ou os que haviam sido remetidos das colônias para a cidade.

De acordo com os relatórios analisados, os imigrantes que ficavam doentes nas colônias eram tratados por médicos¹⁴² enviados por pedido da Inspeção Especial de Terras e Colonização. No entanto, sabe-se da carência de profissionais habilitados que pudessem atuar de forma que correspondesse às exigências do governo. Em relatório da província de 1879, sobre a colonização, é especificado quais médicos atuavam nas principais colônias. Devido à preocupação com o envio de médicos, e a forma com que estes imigrantes poderiam lotar os hospitais como a Santa Casa, o envio destes profissionais às colônias é relatado ao Presidente da Província em 1879:

Acha-se encarregado do tratamento dos doentes nesta colônia Alexandre Romualdo, mediante a gratificação mensal de 60\$réis [...] Em Conde D'Eu e Dona Izabel, desempenhavam as funções de médicos Evasio Rabellino, pela gratificação de 200\$000 réis.

¹⁴¹ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1880, p. 40. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=4597>. Acesso em: 04 jun. 2021.

¹⁴² Por muitas vezes, além dos médicos, era mencionado a presença de práticos e boticários mandados pela província ao interior do estado. Demonstrando claramente que as artes de curar no Sul do país não eram exercidas por uma hierarquia clara, ou seja, poderiam ser acionados diversos praticantes. Neste caso, como temos um chamado oficial para que fossem curados os doentes nas colônias, dificilmente poderíamos presenciar a ação de outros praticantes de cura a não ser aqueles oficialmente habilitados.

Em Silveira Martins as funções eram desempenhadas pelo Dr. Primo Teixeira de Carvalho, contratado pela Inspetoria Geral de Terras e Colonização (grifos nossos)¹⁴³.

No ano de 1879, o provedor da SCMPA emitiu um ofício mencionando a “necessidade da construção de uma casa em um dos arrabaldes da cidade”, que deveria servir de enfermaria aos indigentes doentes, pois “a Santa Casa encontrava-se em dificuldades e avultadas despesas para obter um prédio para esse fim”. Também menciona que a casa poderia ser simples, desde que tivesse as condições para montar-se uma enfermaria, o que ajudaria nas dificuldades já enfrentadas pelo hospital da Santa Casa, que atendesse à população acometida de diversas doenças¹⁴⁴. Em outros relatórios da provedoria não encontramos outra menção em relação ao assunto, não sendo possível descobrir se a enfermaria foi construída. Porém, tal necessidade permaneceu na agenda do governo provincial.

No início do ano de 1882, o Inspetor de Saúde do Porto, lembra às demais autoridades da Província da necessidade de criar um lazareto, de forma preventiva “onde possam ser recebidos os indigentes”, pois as epidemias apareciam todos os anos e, com a crescente imigração, elas se desenvolveriam mais facilmente. Como já mencionamos, outras formas de prevenção da disseminação das doenças era a inspeção dos portos marítimos pela Inspetoria de Saúde dos Portos. No Rio Grande do Sul não foi diferente. No mesmo relatório em que fala da necessidade de criar um lazareto, o Inspetor informa as medidas adotadas referente ao vapor “Cervantes” que, supostamente, trazia grande número de doentes de escarlatina e sarampo. Foi ordenado que o vapor ficasse em observação até ser desinfetado. No entanto, a informação passada pelo comandante não conferia com a situação desta embarcação, pois, na verdade, havia somente “uma moça com varíola benigna, já em escamação”. O vapor seguiu vigem por não apresentar riscos maiores à salubridade¹⁴⁵.

Nesse sentido, o Presidente autorizou providenciar um prédio localizado preferencialmente nos subúrbios da cidade. Essa atitude reforça a ideia presente na época em

¹⁴³ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1879, p. 62. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=4413>. Acesso em: 4 maio 2022.

¹⁴⁴ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1880, p. 40. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=4597>. Acesso em: 04 jun. 2021.

¹⁴⁵ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 10-11. Edição: 00002. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=4845>. Acesso em: 04 jun. 2022.

relação aos miasmas, devendo, portanto, os hospitais e lazaretos ficarem afastados dos centros populosos¹⁴⁶.

O lazareto sugerido pelo provedor da Santa Casa e pelo Inspetor de Saúde começou a funcionar em 1º de julho de 1882, ficando encarregado de sua administração o então provedor da Santa Casa, o Tenente Coronel João Pinto da Fonseca Guimarães. Já o serviço médico ficou com o Dr. Carlos Lisboa. O provedor também designou os responsáveis pelos serviços do lazareto. Já o Presidente da Província ordenou, na mesma ocasião, que o Chefe de Polícia e a Câmara Municipal interviessem no recolhimento dos variolosos indigentes, providenciando também a desinfecção das casas onde viviam. Solicitou, ainda, que fosse dada devida atenção à vacinação dos praças e força de polícia em geral, bem como dos presos da cadeia civil.

Não podemos esquecer que a atenção dos médicos e do restante do poder público teria que se dar nos locais mais pobres, pois “era necessário aconselhar as classes menos abastadas”. Devido à situação de pobreza e ignorância, a varíola se fazia mais presente nos subúrbios, prisões e locais de grande movimentação de trabalhadores e mercadorias (BRIZOLA, 2014, p. 60). Conforme destacamos, as “classes perigosas” seriam as mais propensas em disseminar as doenças, especialmente devido aos seus hábitos e estigma que carregavam. Nesse sentido, destacamos o papel que a SCM exercia, tendo o seu provedor não só como administrador do lazareto, mas também como um dos seus idealizadores.

O funcionamento do lazareto não perdurou, sendo fechado em 25 de outubro, no mesmo ano da sua abertura. Após o fechamento, os utensílios médicos e mobílias foram enviados à SCMPA para serem reaproveitados. De acordo com o relatório fornecido pelo médico do lazareto, o número de doentes recolhidos não excedeu a 32, dos quais faleceram 7. Desses 32 doentes, 18 eram homens e 14 eram mulheres. A maior parte dos internados era brasileira, totalizando 24, tendo sido internado apenas 1 italiano. Chamou-nos a atenção a idade dos internados no lazareto: o número de crianças, adolescentes e adultos era próximo¹⁴⁷. Destacamos essa informação, pois sabemos que não era tão comum crianças serem internadas¹⁴⁸. Supõem-se que esse número de crianças se deva a uma das atenções que o governo deu para o internamento dos filhos e esposas dos soldados atacados pela epidemia nas imediações do

¹⁴⁶ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 11. Edição: 00002. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=4845>. Acesso em: 04 jun. 2021.

¹⁴⁷ De acordo com as faixas etárias, os internados estavam divididos da seguinte forma: 1 a 7 anos, eram 7 pacientes; de 8 a 15 anos, 7 pacientes; de 16 a 20 anos, 4 pacientes; de 21 a 30 anos, 7 pacientes; de 31 a 40 anos, 5 pacientes; de 41 a 50 anos, 1 paciente; e de 51 a 60 anos, 1 paciente (RIO GRANDE DO SUL, p. 26, 1882).

¹⁴⁸ No LMGE não há um número expressivo de internamento de crianças, com exceção dos registros das famílias de imigrantes que encontramos registradas nos livros.

quartel do 13º Batalhão da cidade. Sobre os internados, eles são descritos como: 12 brancos, 13 pardos e 7 pretos, 3 livres e 4 escravizados. No relatório do lazareto também é mencionado a efetivação da vacina contra a varíola e a pouca aceitação da população, visto que quase todos os doentes não eram vacinados, totalizando somente 8 vacinados¹⁴⁹.

Durante o pouco tempo de funcionamento, o lazareto buscou conter a disseminação do vírus, porém, foi marcado pela pouca procura da população. O médico e diretor, Carlos Lisboa, relata que grande parte do público internado que sofria de “varíola confluenta¹⁵⁰” não era vacinado. Já em relação aos vacinados, estes sofriam de “varíola” discreta. Essa informação foi salientada no sentido de afirmar a importância da vacinação e revacinação da população, uma vez que, no geral, as pessoas não encaravam a vacina como uma necessidade. Sobre o modo de vida da população, Lisboa relata que:

Se atentarmos para a miséria que vai nessas pequenas habitações situadas em ruas nimamente estreitas e imundas e onde se acham, aglomerados muitos indivíduos; se atendermos que nesses lugares não são observados os mais comezinhos preceitos de higiene, e sabendo-se que foram eles que concorreram, por assim dizer, com quase todo o contingente para o Lazareto, não é para admirar que a varíola apresentasse um de seus piores aspectos (LISBOA, 1882, p. 27).

Primeiramente, podemos inferir que a pouca procura por esses locais de cura, bem como a falta de interesse pela vacinação¹⁵¹ pode ser explicada pela maneira como a população pensava as doenças no período. De acordo com Witter (2007), os sofredores organizavam suas práticas de cura traçando “mapas” de todos os possíveis tipos de tratamentos que poderiam acionar sem uma ordem específica de importância, consultando curandeiros, práticos, benzedeiros e médicos. Através das redes de apoio existentes entre as pessoas que conviviam, o tratamento

¹⁴⁹ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 27. Edição: 00005. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=4966>. Acesso em: 04 jun. 2021. Sobre a vacinação contra a varíola em Porto Alegre destacamos o trabalho de Brizola (2014).

¹⁵⁰ Segundo o dicionário de medicina popular do Dr. Chernoviz, a varíola, ou então bexiga como era também nominada, distinguia-se em duas espécies: benignas ou discretas, e graves ou confluentes: estas últimas chamavam-se de “pele de lixa”, e “olho de polvo”. No caso da varíola grave ou confluenta, as crostas na pele seriam muito numerosas, espalhadas por várias regiões do corpo, confundindo-se umas com as outras. E todos os sintomas, como a febre, seriam mais intensos (CHERNOVIZ, 1890, p. 325-326).

¹⁵¹ Ao expor a forma com que a população assimilava uma epidemia, dando como exemplo a chegada do cólera, Witter (2007) salienta que o povo relutava em acreditar ser uma doença real, principalmente entre as classes trabalhadoras. Segundo a autora, na Inglaterra acreditavam que o cólera fosse um artifício utilizado por médicos, farmacêuticos, negociantes e autoridades governamentais para usar o dinheiro público de forma indevida, e tais boatos se espalharam por diversos países da Europa. Nesse sentido, podemos fazer uma relação com a assimilação da gravidade da varíola e aceitação do povo à vacinação.

das doenças era feito em casa¹⁵², com auxílio de vizinhos e familiares. Hospitais como a Santa Casa eram acionados em situações de abandono, miséria e não em todos os casos de doenças. Era apenas mais um dos meios de cura e assistência que poderiam ser acionados pela população.

Após o fechamento do lazareto, toda vez que uma doença de caráter epidêmico ameaçava a população, outros espaços foram abertos provisoriamente. No ano de 1883, o Presidente da Província mais uma vez mandou estabelecer um lazareto em uma chácara nos arrabaldes da cidade¹⁵³. Trouxemos estes exemplos no intuito de demonstrar a influência da Santa Casa nesses espaços, bem como as medidas adotadas pelo governo na tentativa de conter as epidemias em um contexto de crescimento urbano e movimentos migratórios intensos.

A SCMPA, por diversas vezes, mencionou a falta de espaços adequados para o tratamento dos doentes, principalmente aqueles com enfermidades contagiosas. Recusou, em diferentes momentos, o tratamento aos imigrantes recém-chegados portadores dessas doenças contagiosas. Em 1882, a instituição de caridade recusou-se receber 3 imigrantes variolosos chegados no paquete “Rio Paraná”. Por conta disso, o Presidente da Província aprovou a medida solicitada pelo Inspetor Especial em tratar os imigrantes em um barracão¹⁵⁴. Como esses não poderiam ser medicados na Santa Casa, alguns eram encaminhados às colônias mesmo estando doentes. Em janeiro de 1887, o chefe da comissão da Colônia de D. Isabel solicitou que fossem enviados médico e ambulância para tratar os colonos que estavam com a varíola, mencionando que a população local “acha-se impressionada com a vizinhança de epidemias”¹⁵⁵. De acordo com o Chefe da Comissão, as doenças se espalhavam facilmente, pois:

[...] os colonos se veem na contingência de se aglomerarem em grandes grupos e em pequenos compartimentos, visto que não se dispõem de barracão que preencham a menor das prescrições higiênicas. Que mandou enterrar um indivíduo falecido de varíola debaixo de todas as condições. [...] Os vigários de Conde d’Edu e D. Isabel tomaram as providências, sendo as despesas feitas por eles remetendo depois as contas¹⁵⁶.

¹⁵² Witter (2007) ainda destaca que o repouso em decorrência de uma moléstia não poderia ser feito por qualquer um, visto se tratar de uma sociedade desigual de oportunidades. Dessa forma, não se poderia pensar em um tratamento igual para todos os doentes. Uma população heterogênea, como a de Porto Alegre do século XIX, também ampliaria as possibilidades de cura, até mesmo nos cuidados primários.

¹⁵³ Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1883, p. 15. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=5001>. Acesso em: 04 jun. 2021.

¹⁵⁴ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem: nº 285; Ofício: nº 149; Data: 08/02/1887; Recebido: 08/02/1887).

¹⁵⁵ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem: nº 168; Ofício: nº 11; Data: 05/01/1887; Recebido: 08/01/1887).

¹⁵⁶ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem: nº 168; Ofício: nº 11; Data: 05/01/1887; Recebido: 08/01/1887). Data: 05/01/1887; Recebido: 08/01/1887) (grifos nosso).

Conforme declaração acima, o Presidente da Província precisava de certificação se realmente se tratava de uma doença de caráter epidêmico, para a liberação dos créditos concedidos pelo Ministério do Império. Sobre o pedido de envio de médicos, era necessário que se fizesse o quanto antes, pois nos jornais já era noticiado a chegada dos imigrantes doentes, o que piorava o pânico da população local¹⁵⁷. De acordo com o Presidente, o envio de socorros médicos até as colônias era de extrema importância para que a Santa Casa não precisasse ser acionada. Acreditamos que buscar evitar que os imigrantes recorressem à referida instituição pode estar relacionado a diversos fatores que já discutimos, como: a permanência do imigrante na capital por mais tempo, o que poderia acarretar o desvio de rota para as colônias; e o outro seria de que o governo deveria pagar subvenções pelo atendimento dos imigrantes. Contudo, os imigrantes continuaram fazendo uso da instituição, permanecendo nela por dias ou semanas.

A recusa da SCMPA de receber doentes contagiosos, como no caso dos variolosos, se dava porque as Misericórdias tinham proibições em determinados atendimentos. No caso da Santa Casa de Porto Alegre, que em 1827 adotou o mesmo Compromisso que a Misericórdia de Lisboa elaborado em 1618, não aceitava as categorias de doentes contagiosos. Mesmo que a Santa Casa viesse a recusar a entrada de enfermos com varíola e febre amarela, o provedor, em 1889, relatava que um grupo de colonos chegou até o Hospital com febre amarela:

Em princípios deste ano, tendo tido comunicado do administrador do Estabelecimento de que o médico de dia reconhecera a febre amarela nos colonos, que, tendo desembarcado, foram para aí mandados, convoquei logo uma reunião do corpo médico do Estabelecimento. Examinados os doentes, foi confirmado aquele diagnóstico. Imediatamente tomei as providências que a urgência do caso requeria, fazendo remover os colonos acometidos da moléstia diagnosticada para uma enfermaria especial que mandei preparar em um dos compartimentos do pavimento térreo, e ordenando constantes desinfecções por todo o edifício. Em seguida officiei à presidência da província ponderando-lhe a urgente necessidade da remoção dos aludidos colonos para fora do estabelecimento, e declarando-lhe que dessa data em diante deixariam de ser nele recebidos mais colonos, enquanto não cessasse o caráter epidêmico que apresentavam as moléstias dos imigrantes. S. Ex. mandou criar lazaretos, e os poucos colonos que estavam ainda em tratamento foram logo para os mesmos removidos. Devido às precauções tomadas, a moléstia não se desenvolveu no hospital, ficando circunscrita a essa pobre gente¹⁵⁸.

A partir da informação apresentada pelo provedor, verifica-se a preocupação com as doenças contagiosas de caráter epidêmico no hospital, bem como a criação de lazaretos para o

¹⁵⁷ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem: nº 295; Ofício: nº 489; Data: 11/02/1887; Recebido: 11/02/1887).

¹⁵⁸ Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre do biênio de 1888 e 1889 - Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

isolamento dos doentes. Demonstra também a relação de proximidade que a administração da Santa Casa mantinha com a província do Rio Grande do Sul. De acordo com Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, o grupo de imigrantes era constituído por 21 pessoas no total, dois homens haviam entrado no dia 26 de fevereiro de 1889 e o restante no dia seguinte. Não foi possível traçar um perfil dos italianos, pois a sua idade, filiação, estado civil e profissão estão em branco, constando somente o nome completo e a designação “imigrante”. Dos 21 internados, 10 vieram a falecer, 7 homens e 3 mulheres. No livro de Registro de óbitos do cemitério da Santa Casa¹⁵⁹ consta o local de falecimento dos doentes. Enquanto alguns faleceram na Misericórdia e outros no lazareto, há um registro de que um dos imigrantes faleceu na “Hospedaria de imigrantes”, porém, não aparece informando qual hospedaria se tratava. Pelo período em que ocorreu o caso, supomos que era a Hospedaria das Charqueadas, que funcionou no porto Jacuí entre 1889 a 1890, até a abertura da Hospedaria do Bairro Cristal.

Nos registros da Santa Casa, não foram encontradas indicações de imigrantes vindos das hospedarias. Com as informações coletadas até o momento, pode-se dizer que a Santa Casa era o destino de vários imigrantes que chegavam ao Rio Grande do Sul trazendo consigo moléstias, bem como de outros que buscavam apenas pouso, como foi possível constatar a partir de outros registros de internações.

4.2 O perfil dos imigrantes italianos na SCMPA

Até o momento, vimos as medidas adotadas pelo governo Imperial e Provincial na recepção, no isolamento e contenção das doenças epidêmicas dos imigrantes que entravam pelos portos. Como já mencionamos, no Rio de Janeiro foram criadas enfermarias na Hospedaria da Ilha das Flores para tratar as doenças menos graves, e alguns imigrantes também eram encaminhados ao Hospital de Santa Isabel ou então para as Santas Casas locais. No Rio Grande do Sul, os ofícios emitidos pela Inspeção de Terras e Colonização e os Relatórios da Província indicam que os imigrantes eram tratados por médicos que eram enviados às colônias ou então às hospedarias localizadas na capital. Os locais improvisados para receber os estrangeiros provavelmente não possuíam condições para atender quem chegava doente após uma longa viagem, sendo, portanto, os enfermos enviados à Santa Casa.

A partir da documentação oficial da província e da Santa Casa, foi possível constatar que a instituição de caridade recebia subvenções para o tratamento dos imigrantes, conforme

¹⁵⁹ Registrados no livro de Óbito do cemitério da Santa Casa de Misericórdia do dia 27 de fevereiro de 1889 a 4 de março de 1889 - Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

demonstramos. Contudo, não são em todos os relatórios da provedoria e documentos oficiais do governo que essas informações aparecem, o que nos leva a questionar que talvez nem todos os imigrantes fossem remetidos pelo governo, tendo, muitos deles, procurado a Santa Casa por conta própria. Também não podemos saber se todos os italianos que se internavam na Santa Casa, no período analisado, eram recém-chegados. Muitos poderiam já estar estabelecidos na capital e nas colônias.

Porém, para tentar responder a alguns questionamentos, acreditamos que podemos traçar um perfil dos imigrantes para encontrar indícios sobre a realidade social vivida por eles. O cruzamento com outras fontes também poderá esclarecer as dúvidas que temos. Para isso, primeiramente quantificamos os registros em número de internações. Entre o período do final do mês de janeiro de 1873 ao início de junho de 1893, foi contabilizado o total de 1.588 internações de pessoas da etnia italiana. Ressaltamos que a documentação possui uma falha no final do ano de 1880, indo somente até agosto. Em relação aos anos de 1881 e 1882, não há registros de internações de estrangeiros de nenhuma etnia. A quantificação foi, portanto, estabelecida a partir dos livros de matrícula número 4 (1873-1880), 5 (1883-1888) e número 6 (1888-1893), conforme consta na tabela abaixo:

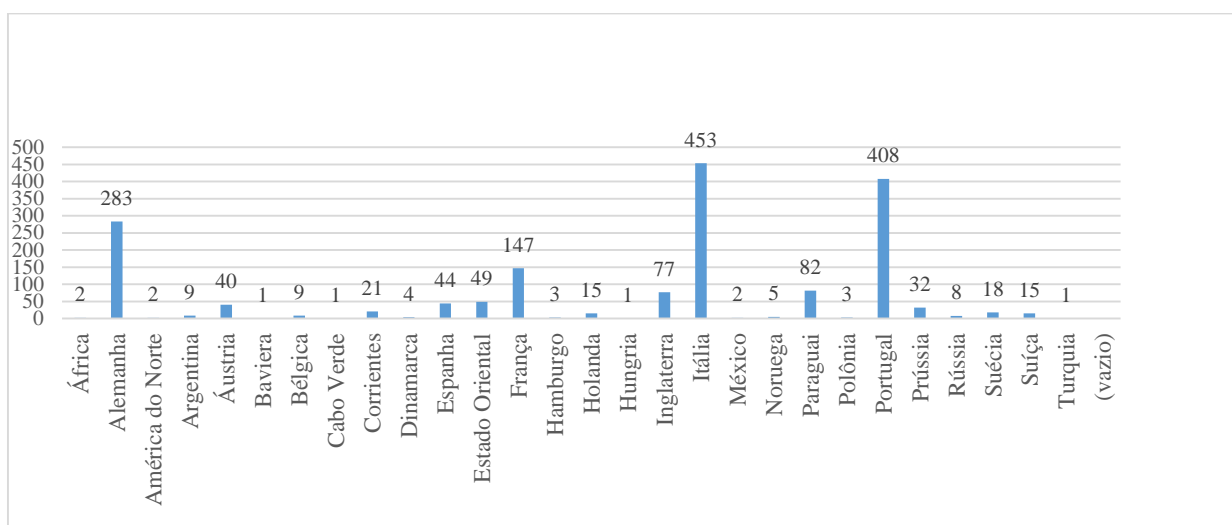
Tabela 4 - Número de internações dos imigrantes de etnia italiana por Livro

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos da SCMPA – período	Número de internações dos italianos
Livro nº 4 (27/01/1873 a 31/08/1880)	453
Livro nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888)	486
Livro nº 6 (07/07/1888 a 06/06/1893)	649
	Total: 1588

Fonte: Livro de Matrícula Geral dos Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre / RS – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Nos períodos analisados, o número de imigrantes italianos em comparação com as outras etnias, como os alemães, franceses e portugueses, aumentaria mais a cada ano. Dentre os estrangeiros, os italianos representam o grupo mais significativo, conforme podemos perceber nos gráficos abaixo:

Gráfico 1 - Contagem de internações por nacionalidade estrangeira (27/01/1873 a 31/08/1880)

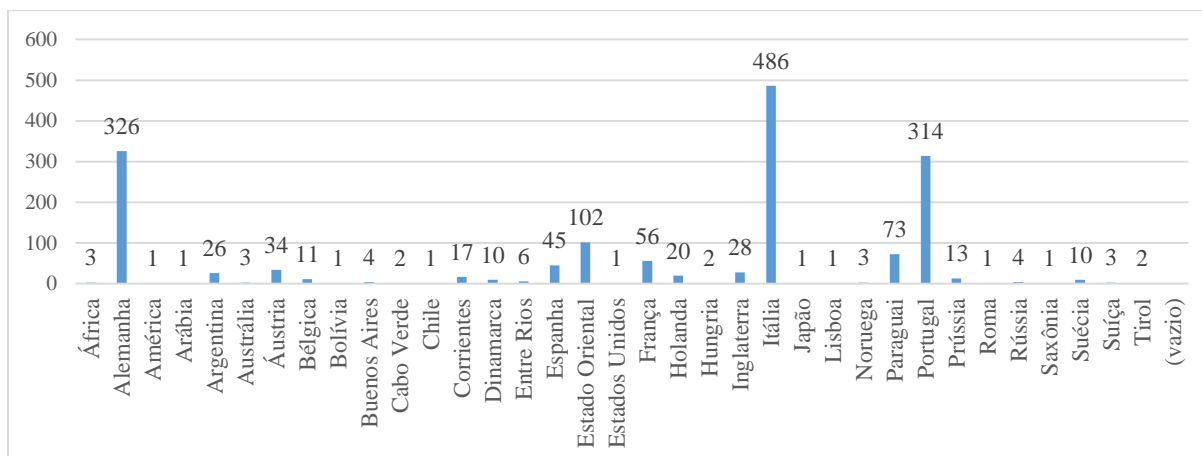


Fonte: Livro de Matrícula Geral dos Enfermos N° 4 (27/01/1873 a 31/08/1880) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC)¹⁶⁰.

Conforme consta no gráfico acima, o maior número de estrangeiros, passando de cem, fica entre os alemães, franceses e portugueses, porém, o mais expressivo é dos italianos. Contudo, não podemos deixar de mencionar a grande quantidade de etnias presentes no hospital, que não se restringe somente aos imigrantes europeus. Constatamos a presença de sul americanos como argentinos, uruguaios (Estado Oriental) e paraguaios, o que demonstra o movimento de pessoas entre as fronteiras do Rio Grande do Sul e os países vizinhos. Nesse sentido, o espaço da caridade e assistência pode ser percebido como um local pluriétnico. Podemos perceber no gráfico abaixo que o número de italianos continua aumentando no decorrer da década de 1880:

¹⁶⁰ As Nacionalidades foram transcritas e contabilizadas de acordo com o que consta nos Livros de Matrícula Geral dos Enfermos.

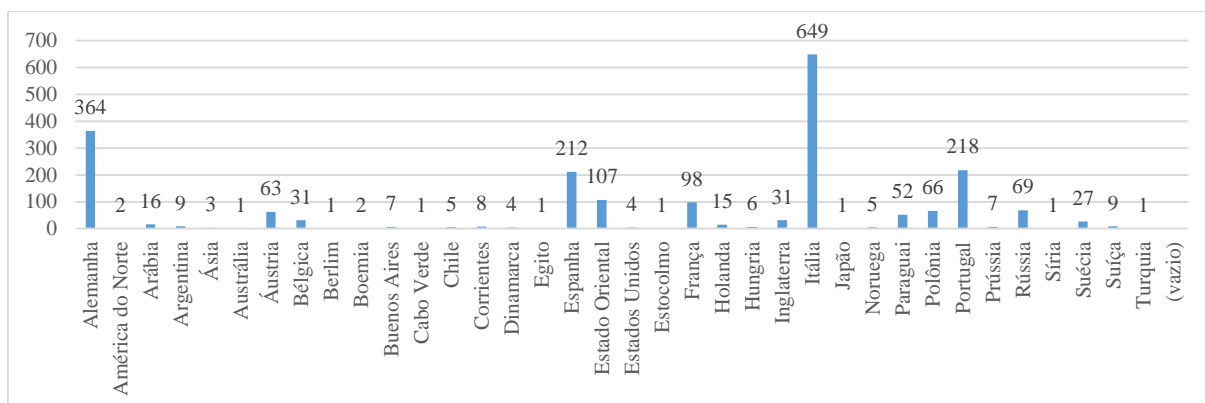
Gráfico 2 - Contagem de internações por naturalidade estrangeira (01/01/1883 a 30/06/1888)



Fonte: Livro de Matrícula Geral do Enfermos Nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Esse crescimento está ligado ao aumento populacional em Porto Alegre, conforme destacamos no capítulo anterior. Isso pode ser visto com clareza a partir das internações no Hospital, não só pela grande quantidade de italianos, mas também de outras etnias. O número de italianos também acompanha o crescimento da entrada destes na Província. Constantino (1991) aponta que, de acordo com o Relatório do Presidente da Província de 1885, consta que entraram na província, em 1884, 1.103 italianos, sendo que 584 ficaram em Porto Alegre. No ano seguinte esse número aumenta, passando para 4.355 italianos (CONSTANTINO, 1991, p. 57). Esses números continuam aumentando nos registros seguintes, referentes aos anos de 1888 a 1893.

Gráfico 3 - Contagem de internações por naturalidade estrangeira (07/07/1888 a 06/06/1893)



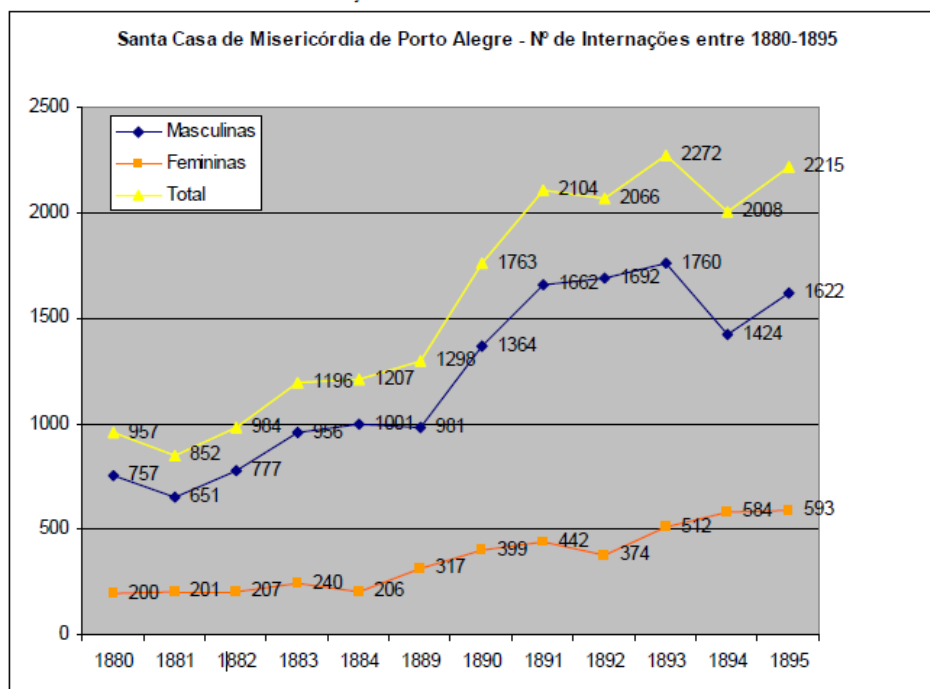
Fonte: Livro de Matrícula Geral dos Enfermos Nº 6 (07/07/1888 a 06/06/1893) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC)

A presença italiana continua sendo maior em comparação às outras etnias. É interessante perceber que este número de internamentos que aumentam não possui interferência com a maior atenção da província no estabelecimento das hospedarias para receber os imigrantes (não só os italianos), como a de Charqueadas e do Bairro Cristal, bem como ao menor fluxo de estrangeiros chegados ao estado. Como vimos, essas hospedarias também contavam com atendimento médico, possuindo pequenas enfermarias, que ganharam mais força no final do século XIX, além da atenção dada pelas Comissões de Higiene no envio de médicos e no estabelecimento de cuidados aos imigrantes nas colônias. Afinal, o transporte e a estadia destes na capital e as subvenções pagas pela Santa Casa, custava dinheiro aos cofres públicos, no entanto os imigrantes italianos continuam fazendo uso da Santa Casa.

Sobre o sexo dos internados, na análise feita por Daniel Oliveira (2012) a partir das internações das mulheres na Santa Casa de Porto Alegre, entre 1880 e 1895, a quantidade de mulheres em relação ao número de homens era bem menor, permanecendo em média 23% dos internamentos no total. O autor aponta que o número de internações nesse período crescia com pequenas oscilações.

Gráfico 4 - Internações de homens e mulheres de todas as nacionalidades na Santa Casa de Misericórdia Porto Alegre (1880 e 1895)

Gráfico 5: Internações na SCMPA entre os anos de 1880 e 1895



Fonte: LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS N.º 5 ao 9, 1883 – 1899. RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, 1890-1896. Centro Histórico-Cultural Santa Casa (CHC) de Porto Alegre.

Fonte: (OLIVEIRA, 2012, p. 226)

O aumento nas internações pode estar ligado a diversos fatores, como o crescimento populacional da cidade de Porto Alegre, bem como às mudanças dos espaços do hospital da Santa Casa, que procurou melhorar a estrutura das enfermarias a partir das reformas nos compartimentos, pintura e encanamento de água, etc. O número de médicos aumentou, puxado por mudanças na administração da instituição a partir de 1890, com a presença de médicos nesses cargos, e a criação de novas especialidades e enfermarias.

Na pesquisa de Oliveira (2012), as mulheres italianas aparecem nos registros em menor quantidade comparando com os homens desta mesma etnia¹⁶¹. Nos anos da nossa pesquisa foram contabilizadas o total de 310 mulheres italianas. Esse número pode estar relacionado a diversos fatores, um deles foi mencionado pelo referido autor: as mulheres procuravam os hospitais em situações incomuns, menos corriqueiras. Deslocavam-se até ele para acompanhar

¹⁶¹ Para uma análise minuciosa das mulheres imigrantes na Santa Casa, seria necessário realizar um recorte mais específico para dar conta de analisar as particularidades que envolvem as questões de gênero.

algum familiar, como os filhos, ou, então, quando não possuíam o cuidado de sua rede de apoio, quando a doença se agravava após outros meios de cura terem se esgotado, assim como em situações de extrema pobreza¹⁶².

Os dados trazidos na tabela abaixo indicam o perfil de estado civil das mulheres italianas. Enquanto os homens em sua maioria eram solteiros, o número de mulheres solteiras e casadas é bastante próximo.

Tabela 5 - Estado civil das mulheres de etnia italiana (1873-1893)

Estado civil	Livro 4 (27/01/1873 a 31/08/1880)	Livro 5 (01/01/1883 a 30/06/1888)	Livro 6 (07/07/1888 a 06/06/1893)	Total
Solteira	46	49	44	139
Casada	21	42	73	136
Viúva	1	3	22	26
Menor¹⁶³ (6 a 11 anos)	5	-	-	5
Inocente (6 meses a 5 anos)	4	-	-	4
				Total: 310

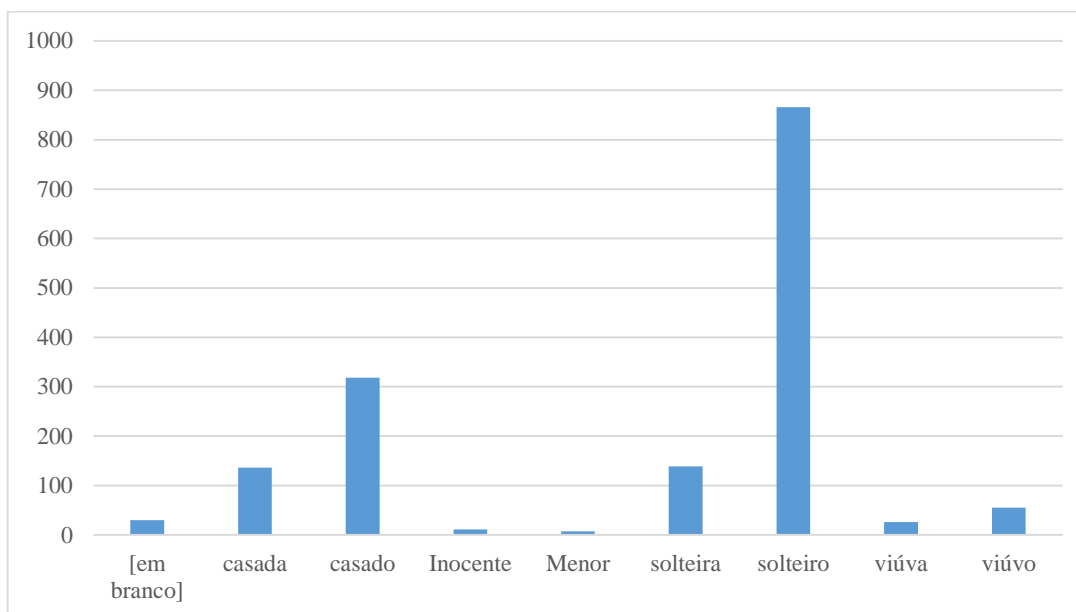
Fonte: Livro de Matrícula Geral dos Enfermos SCMPA N° 4, 5, 6 – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC)

A comparação do estado civil de homens e mulheres italianas em todo o recorte temporal pesquisado pode ser analisada a partir dos gráficos abaixo:

¹⁶² No caso dos partos, assim como a historiografia mostra, no século XIX, era incomum as mulheres recorrerem aos hospitais ou aos cuidados médicos no momento do parto. Era comum o recurso às parteiras em casa, e os chamados médicos e a procura ao hospital só de dava em casos de graves complicações. O autor constatou que houve um pequeno aumento nos atendimentos relacionados ao parto, à primeira infância e à ginecologia no final do século, bem como um decréscimo no número de óbitos. Ele atribuiu esse aumento às modificações promovidas pelos médicos Protásio Alves, Victor de Britto e Ramiro Barcellos na SCMPA. Essas modificações seriam referentes à maior intervenção da Faculdade de Medicina, o aumento das enfermarias (OLIVEIRA, 2012).

¹⁶³ As classificações de “menor e inocente” não se trata de um padrão de classificação de estado civil de todos os livros, neste caso só foi encontrado no livro N° 4 (27/01/1873 a 31/08/1880).

Gráfico 5 - Porcentagem do estado civil dos italianos de ambos os sexos na SCMPA (27/01/1873 a 06/06/1893)



Fonte: Livro de Matrícula Geral dos Enfermos nº 4, 5, 6 (27/01/1873 a 06/06/1893) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Ao compararmos ambos os sexos e seus respectivos estados civis, a maioria dos internados italianos era de homens solteiros e pobres, assim como a maior parte do perfil dos internados na SCMPA. De acordo com Rossi (2019, p. 118), “os laços de proteção são elementos importantes dentro do universo da pobreza.” Neste sentido, homens solteiros, sem uma rede familiar, em um ambiente urbano em constantes transformações, estavam mais propensos a ficarem sem uma rede de proteção, necessitando da assistência da Santa Casa de Misericórdia. Como o maior número de imigrantes que chegava nas últimas três décadas do século XIX em POA era de italianos, esse é o grupo que irá aparecer de forma mais significativa entre os internados. Como os pobres, os estrangeiros também acabavam estando mais suscetíveis a não contar com auxílio de redes de apoio familiar e parental.

Analisando um pouco mais o perfil do imigrante italiano na SCMPA no período proposto pela pesquisa, e para compreender o sentido dos seus acessos ao hospital, precisamos ir além. Como inferir que a maior parte desses italianos eram de recém-chegados? Vinham das colônias ou se encontravam vivendo na cidade de Porto Alegre? Uma das questões que dificulta a resposta a esses questionamentos é que nos registros analisados não é informado o local de

onde as pessoas vinham. Porém, a partir da classe social e da sua profissão é possível responder as perguntas.

Ao analisarmos os Livros de Matrícula Geral dos Enfermos (LMGE), identificamos a predominância da classe social de todos os enfermos, incluindo os italianos: eram predominantemente pobres. Como mencionado, as Santas Casas eram locais para atender aos pobres, porém, nem todo o pobre era merecedor da assistência nas Misericórdias.

Para pensar a questão da pobreza meritória no Rio Grande do Sul, Rossi (2019) estabeleceu diálogo com a antropóloga Claudia Fonseca (2015) para pensar a “fluidez do significado de pobreza” na sociedade porto-alegrense do século XX. Dependendo das situações vivenciadas, o indivíduo poderia se declarar pobre ou não, podendo variar de acordo com o momento: se internava por motivo de doença, por viuvez, por desastres naturais, por abandono, etc. (ROSSI, 2019, p. 121). Ainda referenciando Rossi (2019), que analisou os pedidos de isenção de impostos em Santa Maria do século XX, bem como as declarações de pobreza que acompanhavam esses pedidos, a autora identificou que as solicitações eram feitas por pessoas com propriedades ou então donas de negócios comerciais. Por essa mudança de status, a autora definiu como “derrapagem social”, ou seja, se tratava de um momento em que o indivíduo passava por dificuldades com relação ao seu trabalho e que precisava recorrer ao auxílio municipal. Neste sentido, esse grupo poderia se qualificar como pobre meritório, tendo, portanto, legitimidade o seu pedido de ajuda.

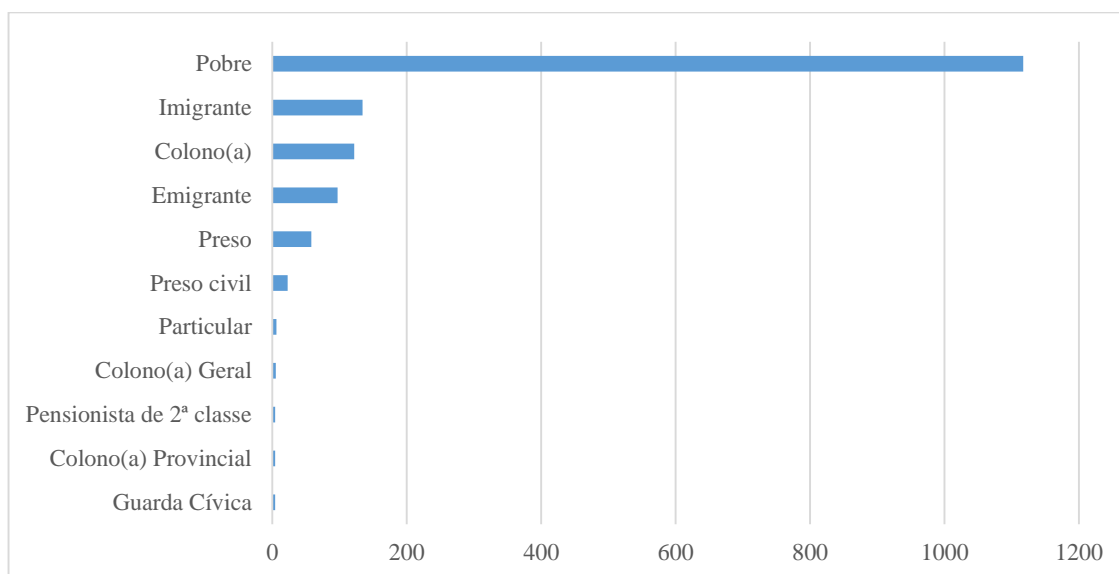
De acordo com Abreu (2014), o conceito de pobre quando é aplicado ao hospital deve ser repensado, não devendo ser considerado apenas o “sistema de caridade e assistência, mas também no mercado de trabalho” (ABREU, 2014, p. 280). Em Portugal, no século XVIII, muitos administradores dos hospitais queixavam-se de doentes que podiam pagar pelos seus tratamentos, mas omitiam as suas capacidades financeiras de forma estratégica. Assim, aparece como uma característica comportamental que trabalhadores que migravam para as cidades omitissem informações para poderem poupar dinheiro para o regresso às suas terras (ABREU, 2014, p. 281)¹⁶⁴. Os administradores dos hospitais justificavam o aceite por generosidade, mas como bem pontuou a autora, para além da caridade, havia questões financeiras e estratégicas por parte dos hospitais.

No caso dos italianos, podemos fazer uma relação com o que Abreu apontou. Os imigrantes poderiam se internar e ter outras despesas hospitalares, mas preferiam deixar nas

¹⁶⁴ Abreu (2014) analisa esses casos no Hospital de Todos os Santos em Lisboa e no Hospital do Espírito Santo em Setúbal. É importante destacar que a autora deixa claro que não quer dizer que nem todos eram pobres, mas entre os pobres, existiam sim uma parte dos doentes que eventualmente podiam pagar a sua estadia.

mãos do estado os custos de seu tratamento. Ou ainda, a pobreza poderia não corresponder apenas a uma ausência de bens materiais, mas significava uma falta de laços, redes de apoio ou, então, uma situação temporária de baixos recursos. Podemos ver que a maioria dos italianos se declaravam pobres, representando 70% dos 1.588 internamentos entre o período de 1873 a 1893:

Gráfico 6 - Classe social dos imigrantes italianos internados na SCMPA (1873-1893)

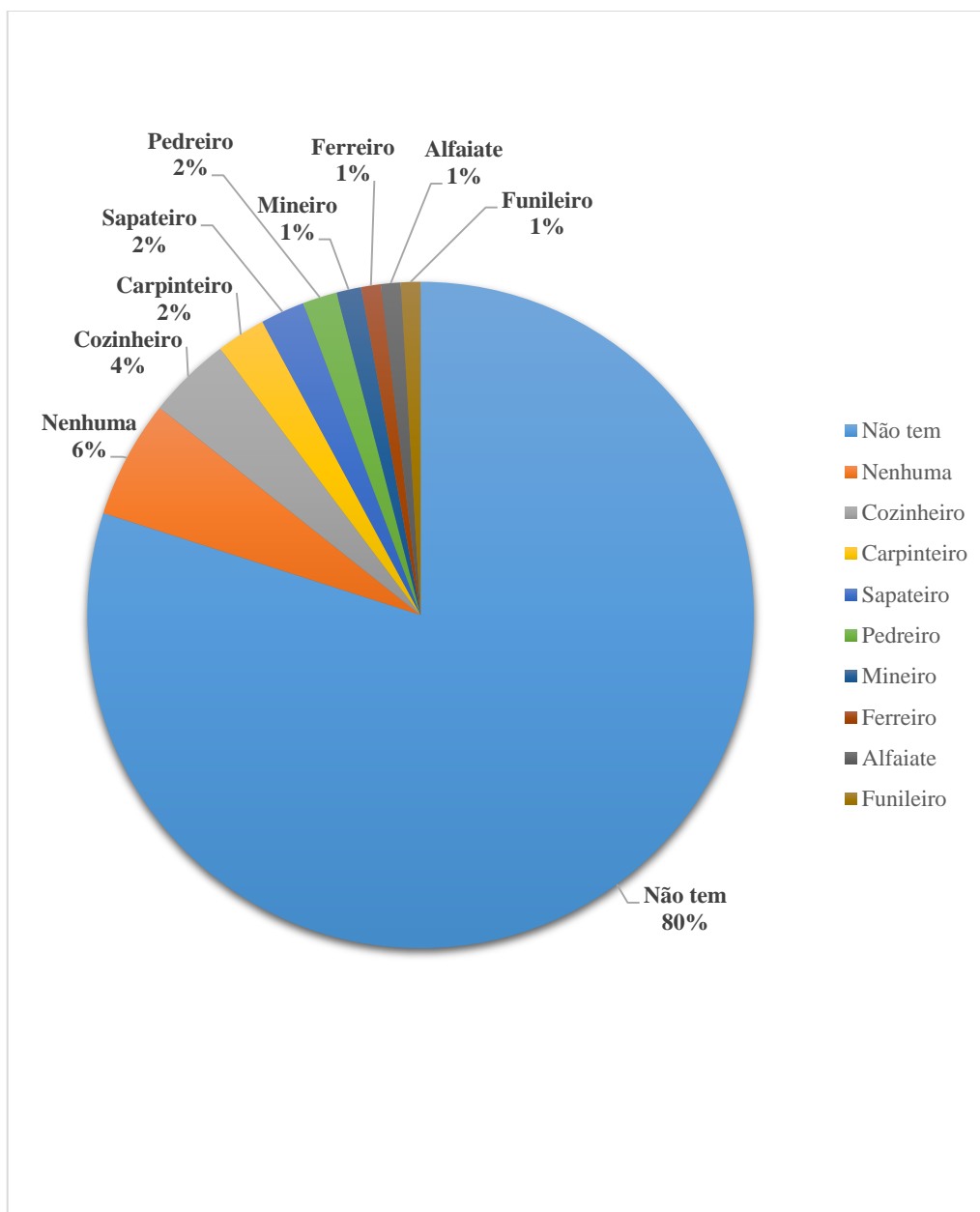


Fonte: Livro de Matrícula Geral dos Enfermos nº 4, 5, 6 – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Como podemos perceber no gráfico acima, além da classificação de pobres, aparecem também descritos como “imigrantes, emigrantes, colono(a), colono(a) geral e provincial”. Com essas classificações, podemos inferir que esses grupos são de recém-chegados, e ainda: ser imigrante ou colono poderia significar o mesmo que ser pobre e precisar da assistência da Santa Casa.

Como mencionamos, declarar-se pobre sendo imigrante pode estar ligado a uma pobreza temporária ou ao fato de serem estrangeiros recém-chegados, que não possuíam meios de subsistência, trabalho e redes de apoio. No caso dos italianos analisados, há a declaração da profissão dos internados, conforme gráfico abaixo feito a partir de levantamento realizado dos anos de 1873 a 1880:

Gráfico 7 - Profissões dos italianos internados na SCMPA (27/01/1873 a 31/08/1880)



Fonte: Livro de Matrícula Geral dos Enfermos nº 4 (27/01/1873 a 31/08/1880) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

De todas as 1.588 internações que abrangem os anos pesquisados, 1.079 internados não possuíam profissão, aparecendo como “sem ofício” e nada registrado. O fato de esses imigrantes aparecerem como “sem profissão”, talvez esteja ligado ao momento vivido pelo(a) estrangeiro e estrangeira, que no caso era um(a) recém-chegado(a), e não possuía forma alguma de sustento. Alegar se encontrar numa condição de pobreza também era um modo de conseguir assistência temporária no espaço urbano. Optamos por selecionar as 10 profissões que mais

prevaleciam. Constatam também profissões como: jornalista, padeiro, marítimo, agricultor, colono, chapeleiro, serralheiro, etc, No entanto, os italianos que tinham essa profissão no período de 1873 a 1880, não passava de 1 caso.

Outro indício que temos de que muitos dos imigrantes desembarcados em Porto Alegre também iam até a SCMP, são alguns registros encontrados nos livros de entrada dos imigrantes em Porto Alegre e cruzados com os LMGE:

Tabela 6 - Relação de nomes de imigrantes chegados em Porto Alegre em 1886 com àqueles que foram internados na SCMPA

Livro de entrada dos imigrantes em POA	Livro de Matrícula Geral dos Enfermos
Nº: 244 - Gai Pietro, 55 anos, casado, saiu do Rio de Janeiro em 05 de janeiro de 1886. Chegou em Porto Alegre 12 de janeiro de 1886 no paquete Rio Paraná. Destino: Silveira Martins.	-
Nº 245 - Gai Anna, 46 anos, casada	Livro 5. Nº 34 - Com a moléstia: Supressão de Transpiração. Filiação em branco. Classe: colona ¹⁶⁵ . Estado civil em branco. Profissão: colona. Saiu dia 26 de janeiro de 1886.
Nº 246 – Gai Giacomo, 22 anos, solteiro	-
Nº 247 – Gai Anna, 19 anos, solteira	-
Nº 248 – Gai Antonio 17 anos, solteiro	-
Nº 249 – Gai Catharina 13 anos, solteira	-
Nº 250 – Gai Pietro, 11 anos	-
Nº 251 – Gai Vincenzo, 8 anos	-
Nº 252 – Gai Lorenzo, 4 anos	Livro 5. Nº 35 – Com a moléstia: Feridas Contusas. Filiação: Gai Anna. Classe social: colono. Estado civil: inocente.

¹⁶⁵ No quadro acima aparece a palavra “colono”. Certamente essa denominação indica que esses imigrantes já tinham como destino às regiões coloniais.

	Profissão: colono. Saiu dia 26 de janeiro de 1886.
Nº 253 – Gai Roza, 1 anos	Livro 5. Nº 36 – Com a moléstia: enterocolite. Filiação: Gai Anna. Classe social: colona. Estado civil: inocente. Profissão: colona. Saiu: 28 de janeiro de 1886, por falecimento.
Nº 1694 – Palesco Antonio, 52 anos, casado, chegou ao RJ em 17 de abril de 1886 e em Porto Alegre 23 de abril de 1886 no paquete Rio Pardo, com destino à Caxias.	-
Nº 1695 – Palesco Candida, 49 anos, casada	Livro 5. Nº - 384, (o sobrenome consta como Pallesca. Sem doença. Filiação: Costa Baptista. Classe social: Emigrante. Estado civil: solteira . Profissão: não tem. Saiu: 02 de maio de 1886
Nº 1703 – Palesco Elizabetha, 10 anos, solteira	Livro 5. Nº 385 – Pallesca Elizabetha, 10 anos. Com a moléstia: angina. Filiação: Costa Baptista. Classe social: Emigrante. Estado civil: solteira. Profissão: não tem. Saiu: 01 de maio de 1886, por falecimento.
Nº 1696 – Palesco Giuseppe, 26 anos, casado	-
Nº 1697 – Palesco Natalina, 21 anos, casada	Livro 5. Nº 386 – Sem moléstia. Filiação: Costa Baptista. Classe: Emigrante. Estado civil: solteira. Profissão: não tem. Saiu em 2 de maio de 1886.
Nº 1698 – Palesco Luigi, 2 anos, solteiro	Livro 5. Nº 387 - Pallesca Luigi. 2 anos. Com a moléstia: angina. Filiação: Costa

	Baptista. Classe: Emigrante. Estado civil: solteiro. Profissão: não tem. Saiu: 02 de maio de 1886, por falecimento.
Nº 1700 – Palesco Angelo, 58 anos, casado	-
Nº 1701 – Palesco Maria, 56 anos, casada	-
Nº 1702 –Palesco Maximiliano, 22, solteiro	-
Nº 1704 - Palesco Rosa, 12, solteira	-
Nº 1815 – Marcante Francesco, 24 anos, casado, veio do Rio de Janeiro em 17 de abril, chegou em Porto Alegre em 23 de abril no paquete Rio Pardo, com destino à Caxias	-
Nº 1816 – Marcante Maria, 27 anos, casada.	Livro 5. Nº 379 – Consta com 23 anos. Sem moléstia. Filiação: Rincon Luig. Classe: emigrante. Estado civil: casada. Profissão: Não tem. Saiu em 02 de maio em 1886.
Nº 1817 – Marcante Regina, 6 anos	Livro 5. Nº 380 – Com a moléstia: parotidite. Filiação: Rincon Luig. Classe: emigrante. Estado civil: solteira. Profissão: não tem. Saiu em 02 de maio de 1886.
Nº 1818 – Marcante Albano, 6 anos, solteiro	Livro 5. Nº 381 – Com a moléstia Bronquite. Filiação: Rincon Luig. Classe: emigrante. Estado civil: solteiro. Profissão: não tem. Saiu em 02 de maio de 1886.
Nº 1819 – Marcante Thereza, 3 anos, solteira	Livro 5. Nº 382 – Com a moléstia: Úlceras. Filiação: Rincon Luig. Classe: emigrante. Estado civil: solteira.

	Profissão: não tem. Não tem. Saiu em 02 de maio de 1886.
Nº 1820 – Marcante Angela, 3 meses	Livro 5. Nº 382. Consta com 1 ano. Sem moléstia. Filiação: Rincon Luig. Classe: emigrante. Estado civil: solteira. Profissão: não tem. Saiu em 2 de maio de 1886.
Nº 2249 – Reginato Francesco, 49 anos, casado, chegou no Rio de Janeiro em 11 de junho de 1886 e em Porto Alegre em 21 de junho de 1886 no pacote Rio de Janeiro, com destino à Porto Alegre.	-
Nº 2250 – Reginato Appolonia, 35 anos, casada	Livro 5. Nº 568. Consta somente como: Appoloia. Sem moléstia. Filiação: Reginato Francisco. Classe: colona provincial. Estado civil: solteira. Profissão: não tem. Saiu em 02 de setembro de 1886.
Nº 2251 – Reginato Giuseppe, 12 anos, solteira	Livro 5. Nº 569. Consta somente como: Giuseppe. Com a moléstia: Angina. Filiação: Reginato Francisco. Classe: colono provincial. Estado civil: solteiro. Profissão: não tem. Saiu em 29 de junho de 1886.
Nº 2253 – Reginato Virginia, 6 anos, solteira	Livro 5. Nº 570. Com a moléstia: angina. Filiação: Reginato Francisco. Classe: colono provincial. Estado civil: solteiro. Profissão: não tem. Saiu: 28 de junho de 1886, por falecimento.
Nº 2254 – Reginato Angela, 4 anos, solteira	-

Nº 2255 – Reginato Luigi, 2 anos, solteiro	Livro 5. Nº 637. Com a moléstia: Angina. Filiação: Reginato Francisco. Classe: imigrante. Estado civil: solteiro. Profissão: não tem. Saiu em 30 de julho de 1886.
Nº 2256 – Reginato Anna, 1 ano, solteira	Livro 5. Nº 571. Com a moléstia: Angina. Filiação: Reginato Francisco. Classe: colona provincial. Estado civil: solteira. Profissão: não tem. Saiu em 12 de julho de 1886, por falecimento.

Fonte: Livro de Matrícula Geral dos Enfermos nº 5 – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC); Livro de entrada dos imigrantes em Porto Alegre RS no ano de 1886 – AHRS

O que chama atenção nessa tabela com registros das famílias é que todas possuem crianças e a maioria possui internação na SCMP. Como podemos perceber pelo sobrenome e idade, as mães e as crianças estão junta no hospital, pois nos registros essas mulheres estão sem moléstias, não sendo localizados registros da internação dos pais. O cruzamento das informações permite acompanhar o destino dos imigrantes recém-chegados, os problemas que enfrentaram, como a perda de um familiar, o tamanho da família, as condições de saúde, as doenças e o itinerário dos estrangeiros e estrangeiras assim que desembarcavam na capital Porto Alegre.

4.3 As doenças dos imigrantes italianos na SCMPA

Já destacamos as doenças de caráter epidêmico e a preocupação do Império e da Província do RS na contenção e prevenção das mesmas. Além do governo, a Santa Casa possuía suas preocupações com as questões de saúde pública em tempos de epidemias e precisava manter o diálogo com as Câmaras Municipais e as demais autoridades. Nesses momentos em que as doenças se espalhavam pelas cidades, os Hospitais como as Misericórdias movimentavam-se para atender todos os tipos de enfermidades (ARAÚJO, p. 148-149). Nesse sentido, era necessário que o Hospital e o governo colaborassem para evitar os avanços das epidemias.

Para além das doenças de caráter contagioso que poderiam desencadear uma epidemia, os movimentos migratórios geraram também uma mudança na vida de quem se deslocava. Entre

esses impactos estavam as doenças, elas alastravam-se a partir das condições insalubres e da alimentação. A partir de um ofício do chefe da comissão da colônia de D. Isabel, o engenheiro Júlio da Silva e Oliveira, podemos observar um pouco mais dos impactos das doenças de caráter endêmico no Estado. Inicialmente, o referido engenheiro traz algumas informações sobre a passagem da varíola em 1887 nas linhas da colônia de D. Isabel e Conde d'Eu, depois alerta as autoridades sobre as medidas tomadas por ele: “que mandou ir uma ambulância, e se não fora as providências que tomou seriam muito tristes as condições daquela população de 22 mil almas”. A partir desse relato, é possível perceber a menção sobre a atenção do governo provincial com a saúde dos “colonos” estabelecidos no interior. Sobre as outras doenças, o engenheiro informa que: “além da varíola, que já tem feito algumas vítimas e entre outras um pai de 7 filhos, grassa o sarampão, angina e moléstias dos órgãos digestivos”¹⁶⁶.

Ao mencionar sobre as doenças da travessia, Stiaccini (2011) destaca que além das que são constantemente mencionadas na historiografia, como a febre amarela, eram comuns principalmente na terceira classe dos navios por conta das condições de insalubridade, que favoreciam o aparecimento de doenças contagiosas como: sarampo, escarlatina, difteria, outras patologias gastrointestinais e bronco pulmonares (STIACCINI, 2011, p. 15). O autor cita essas informações de periódicos italianos e ofícios que circulavam pelo país e levavam informações sobre as viagens que ocorriam para a América. Esses dados trazidos pelo autor são relevantes para compararmos com o que era descrito nos jornais e diários de bordo das viagens, o que refletia nos tipos de doenças de internados em hospitais, hospedarias e lazaretos no Brasil. É fundamental acessarmos esses relatos de italianos para percebermos a troca de informações transatlânticas sobre as doenças.

As enfermidades mencionadas são percebidas na tabela exposta acima, em que aparecem os italianos desembarcados em Porto Alegre que foram encaminhados à SCMPA. Das 16 crianças, 6 estavam acometidas pela angina. Sobre essa doença, é importante destacar que, de acordo com o dicionário Chernoviz, era classificada em diferentes tipos: a angina simples, membranosa e angina do peito, que era mais comumente chamada de nevralgia do coração ou nevralgia cardíaca. Os primeiros dois tipos (simples e membranosa) estavam relacionadas com os sintomas da garganta, que causavam febres e inflamações das amídalas. A angina também era um sintoma das bexigas (varíola) e, como mencionado, a população imigrante estava constantemente sendo atacada pela doença, assumindo ela um caráter

¹⁶⁶ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). Ordem nº sem número; Ofício: sem número; Recebido: 28/01/1887.

epidêmico. Com relação à angina membranosa, de acordo com o dicionário da época, ela se alastrava entre um grande número de pessoas em um local circunscrito, às vezes epidemicamente, atacando frequentemente crianças e jovens, o que pode explicar a quantidade considerável dos que eram acometidos pela doença em nossos registros.

Sobre o “sarampão”, também conhecido como sarampo, mencionado nos relatórios, ele acometia majoritariamente as crianças. Observamos poucos casos de sarampo entre o grupo de italianos: total de 12 dentro do período analisado, e todas eram crianças. A predominância infantil de algumas doenças torna-se interessante para perceber por quais motivos as crianças eram encaminhadas para a SCMPA. As que encontramos acometidas com sarampo possuíam de 1 a 9 anos, permanecendo no hospital em torno de 10 dias, tempo médio de diminuição dos sintomas. Observa-se também crianças do mesmo grupo de imigrantes com a doença, como, por exemplo, 4 crianças que adentraram o hospital no dia 13 de janeiro de 1886, com “sarampão”. Elas obtiveram alta quase um mês depois da entrada, sendo um caso excepcional que passou dos 10 dias de internação, e não consta observações sobre a cura¹⁶⁷. Podemos observar as mães acompanhando as crianças. Nas viagens da América do Sul, num total de 47 mortos, 24 eram crianças, de 0 a 10 anos, 19 dos quais mortos por sarampo; nas viagens de volta tiveram 72 mortes, mais da metade eram crianças e bebês, vítimas de epidemias de sarampo. É importante destacar que as doenças infectocontagiosas, como o caso do sarampo, podiam ser registradas nos livros com outros nomes, especialmente por conta dos sintomas comuns que ela provocava, como febre, fadiga, dores no corpo, etc. Isso também impede de tomarmos como exatos os números de internados com essa doença no hospital da Santa Casa.

Com maior número, estavam as enfermidades do sistema digestivo, entre os anos de 1873 a 1888. Essas eram ocasionadas por diversos fatores, como a má alimentação, exposição a bactérias e a água não potável durante a viagem, como também nos alojamentos ou nas colônias. Vale lembrar que na pesquisa já realizada por Oliveira (2012), as doenças de caráter digestivo são predominantes em suas análises. No entanto, o autor utiliza como recorte as mulheres, identificando que 25,30% das internações na SCMP eram por enfermidades digestivas, principalmente os casos de diarreia. Essa informação demonstra que não eram apenas os imigrantes acometidos por doenças que atacavam o sistema digestivo, mas a população de um modo geral, muito por conta das condições do tratamento da água e esgoto do período, conforme analisamos no capítulo anterior.

¹⁶⁷ LMGE nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888). Nº da ordem das internações: 41; 42; 43; 44. Data: 13/01/1886. Arquivo do CHC.

Stacciani (2011) destaca a primeira viagem para o Brasil do Vapor Italiano *Giulio Cesare*. Nas páginas dos jornais locais, em novembro de 1892, era noticiado que nele se encontravam 900 passageiros, porém, por conta de doenças a bordo precisou adiar a partida. A informação apresentada é de que “quase todos os emigrantes já haviam embarcado, e, após a primeira refeição, cerca de quarenta deles foram acometidos por dores agudas no estômago, vômitos, etc.”. A causa da doença se deu à reação causada pelo enlatamento recente das tigelas, sendo estas substituídas por novas. De acordo com o autor, “o mau estanhamento ou soldagem dos objetos metálicos e vasilhames utilizados a bordo dos vapores para a administração das refeições pode ocasionar até formas graves de intoxicação”¹⁶⁸ (STIACCINI, 2011, p. 11-12). As condições de viagem e o estado de saúde dos imigrantes que chegavam ao destino final refletiam no tipo de atendimento que os doentes demandavam nos hospitais e Santas Casas.

Sobre as condições da viagem, utilizamos uma fonte citada por Molinari (2017, p. 12), da Direção Geral de Saúde Pública da Itália, sendo o relato feito em 1906 por um médico de bordo:

As condições sanitárias da viagem de ida foram pouco satisfatórias: além dos 1.401 emigrantes, tive 48 internados na enfermaria de bordo, dos quais apenas três se recuperaram durante a travessia, 44 desembarcaram doentes e um deles teve um destino fatal. A causa do alto percentual de doentes deve ser atribuída ao fato de ter ocorrido quase contemporaneamente três diferentes tipos de doenças infecto contagiosas: varíola, varicela e sarampo (MOLINARI, 2017, p. 12)¹⁶⁹.

Nesse relato, podemos tirar algumas informações importantes, uma delas é de que os navios possuíam enfermarias no seu interior, assumindo o papel de “hospitais flutuantes”, conforme destaca Molinari (2017), que deveriam dar conta de atender os doentes e controlar as doenças epidêmicas. Mas o que percebemos, é que nem sempre as enfermarias davam conta de tratar dos doentes, visto que muitos desembarcavam em más condições de saúde e eram atendidos pelos hospitais no local de chegada.

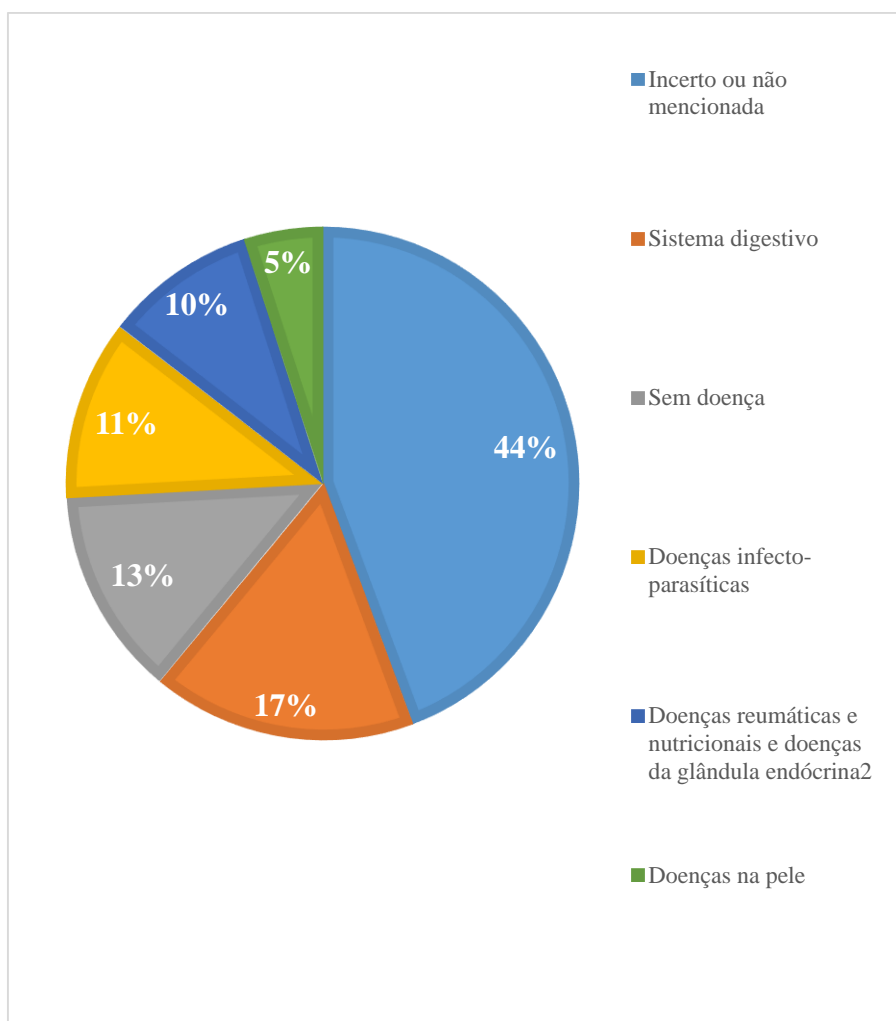
Conforme é possível observar no próximo gráfico, entre os anos de 1873 a 1880, as doenças do sistema digestivo contabilizaram 17% dos internados na SCMP. Das 65 doenças, as mais recorrentes eram: diarreia, “gastralgia” (dor de estômago), constipação, gastroenterite (gastrites no geral). Optamos por demonstrar os casos mais prevalentes das doenças. Da

¹⁶⁸ Segundo Stacciani (2011), havia um regulamento aprovado em 3 de agosto de 1890 que tinha como finalidade fiscalizar os aspectos relativos à higiene dos alimentos, bebidas e utensílios domésticos utilizados nos navios. No entanto, episódios como o ocorrido a bordo do *Giulio Cesare* continuaram a aparecer nos jornais durante vários anos, relatando, inclusive, outros acontecimentos de navios que tinham como destino o Brasil.

¹⁶⁹ Fonte consultada pela autora no Arquivo Central do Estado (de agora em diante ACS); Ministério do Interior; Direção Geral de Saúde Pública. Relações sanitárias (1882-1915), p. 992.

classificação que elaboramos, as doenças venéreas, e as de causas variadas como febres, úlceras, ferimentos, dores, e contusões, bem como as do sistema nervoso, casos de gravidez e puerpério, não chegaram a representar 2% dos casos de internações.

Gráfico 8 - Classificação das doenças dos italianos (05/11/1873 a 31/08/1880)

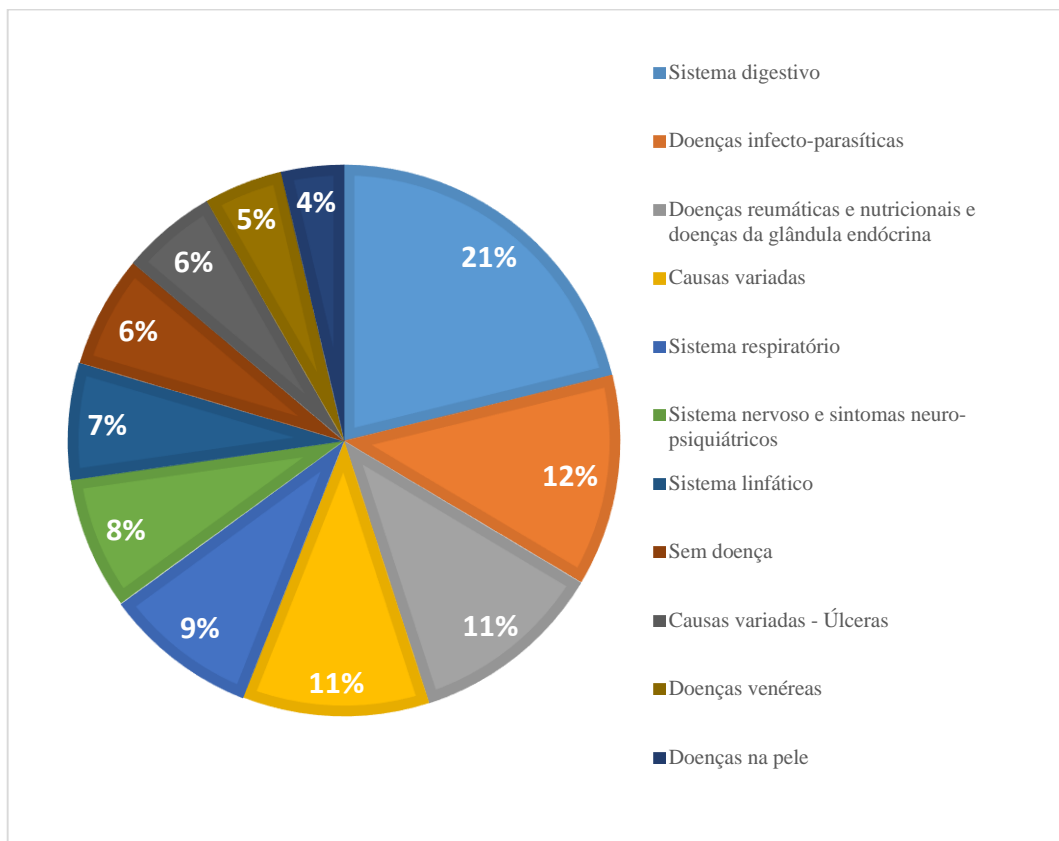


Fonte: LMGE Nº 4 (27/01/1873 a 31/08/1880) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Conforme consta no gráfico abaixo, entre 1883 a 1888, houve um aumento nas doenças do sistema digestivo. Além da diarreia, incluem-se, agora, uma grande incidência de acometidos com “embaraços gástricos”. Esse tinha como sintomas: desconforto estomacal, febres, fadiga, diarreia ou então prisão de ventre. De acordo com o Chernoviz (1890, p. 35-36), as causas estavam no excesso de comida, abuso de álcool, alimentos muito temperados, cansaço

exagerado, bem como a influência do clima, demonstrando o resultado das condições da viagem.

Gráfico 9 - Classificação das doenças dos italianos (01/01/1883 a 30/06/1888)



Fonte: LMGE N° 5 (01/01/1883 a 30/06/1888) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Observando os dois gráficos acima, é possível perceber que as doenças do sistema digestivo e infecto parasíticas eram prevalentes. No entanto, o que nos chama a atenção é a grande quantidade de italianos internados sem constar diagnóstico de doença alguma. Isso pôde ser observado, principalmente, no gráfico 11, que corresponde aos anos de 1873 a 1880. Nele, vemos que entre todas as causas das internações se sobressai a classificação “incerto ou não mencionado”, que correspondem aos registros que encontramos em branco. Na grande maioria destes registros, não podemos conferir a data de saída. Essa característica da fonte pode estar atrelada a diversos fatores: um deles é uma questão de preenchimento do documento, ou seja, quem ficava responsável por registrar as doenças não preencheu a moléstia – afinal, sabemos que neste período a Santa Casa voltava muito de suas atividades à caridade, com pouco foco nos cuidados médicos; já outro fato é que os imigrantes chegavam sem doença ou a mesma não

era registrada. Um exemplo disso é o registro de 12 italianos, pertencentes a 3 famílias¹⁷⁰, que ingressaram no hospital no dia 01 de fevereiro, todos sendo registrados como “emigrantes” e sem profissão. A moléstia não foi preenchida, bem como a data da alta.

Para os casos registrado no grupo “sem doença”, o que foi anotado é: “sem moléstia”, “nenhuma”, “nada sofria”, “nula”. Para estes casos, está claro que os internados não possuíam enfermidade alguma. Nesse sentido, destacar destacamos que nem todos os imigrantes italianos que chegavam à SCMPA estavam doentes. Talvez tenham buscado a instituição como um local que lhes garantisse repouso por alguns dias. Nestes casos em que os italianos davam entrada no hospital sem doença, é pertinente destacar que o tempo de estadia, no período analisado entre 1875 a 1880, geralmente variava entre 1 a 3 dias, sendo raro as situações que passavam de uma semana. O que sugere que a entrada na Santa Casa se dava para passar noite, receber alimentação, etc.

Já no gráfico de número 12, os casos sem doenças diminuem em comparação ao anterior, bem como aqueles casos em que o campo da moléstia não era preenchido, não sendo os casos mais prevalentes. Destacamos que as causas variadas das doenças são referentes aos casos que não se enquadram nas demais categorias, como por exemplo: casos de fraturas, luxações, cirurgias de amputação de membros, abscessos, etc. Para os casos em que os imigrantes ingressavam sem doença, o tempo médio de permanência no hospital ainda é curto, no entanto, destacamos alguns casos em que a estadia excede esse padrão. Como exemplo, citamos a internação da italiana Appolonia, 35 anos, solteira, sem profissão, “colona provincial”, que deu entrada no hospital no dia 26 de junho de 1886 e saiu no dia 2 de setembro do mesmo ano, sem que fosse feito qualquer outro registro. Destacamos que no dia da internação de Appolonia, nenhum outro imigrante italiano deu entrada, o que era comum nos anos anteriores, em que grupos de imigrantes adentravam em sequência no mesmo dia.

O tempo de internação para outras doenças, como as do sistema digestivo, variava entre 3 a 10 dias, principalmente nos casos de diarreia. Por ser uma doença que requer hidratação e repouso, a média do tempo de internação é justificável. A maior parte dos casos em que identificamos grupos de italianos que chegavam em um mesmo dia na Santa Casa, pelo menos um tinha diarreia. No dia 14 de julho de 1878, adentraram 22 italianos, deste grupo 5 apresentavam este quadro e todos eram crianças de 1 a 5 anos de idade, e os pais que os

¹⁷⁰ Podemos constatar as famílias a partir dos sobrenomes: Bianchini, Lorenzo, Baschiete. Livro de Matrícula Geral dos Enfermos – Livro nº 4 (1879-1880). Ano: 1880. Registros: 87;88;89;90;91;92;93;94;95;96;97;98. Arquivo do CHC.

acompanhavam não tinham doença, recebendo alta no mesmo dia¹⁷¹. Quatro dias antes, no dia 10 de julho, o hospital também recebeu um número de 10 italianos, sendo que 6 estavam com diarreia, sendo duas crianças de 4 e 6 anos, e os outros casos também eram de doenças digestivas como gastroenterite e constipação. O tempo que estes italianos permaneceram no hospital foi de 3 a 10 dias¹⁷².

Como vimos, as hospedarias faziam o papel de estadia aos estrangeiros desembarcados na capital. Temos um considerável número de registros a partir da década de 1880. A Santa Casa poderia ser acionada na falta de um local para abrigar os recém-chegados, mas também como um espaço que possuía recursos para atender as necessidades ou demandas do grupo familiar que há pouco havia aportado na capital. O tempo de estadia nas hospedarias era limitado, bem como na Santa Casa. Nesses espaços, podiam contar com recursos diversos, como abrigo, vestuário, alimentação e o tratamento das enfermidades.

No início de 1887, um grupo de imigrantes que se dirigia à Silveira Martins reclamou ao chefe de comissão de trabalhos, afirmando que desembarcaram em Porto Alegre e receberam somente uma refeição, e que no restante da viagem de quatro dias passaram fome. Questionaram se a alimentação era ou não fornecida pelo Estado. Prontamente, o chefe de comissão emitiu um ofício pedindo que os imigrantes fossem devidamente informados e prevenidos sobre o fornecimento da alimentação¹⁷³. As queixas referentes à alimentação podem nos levar a crer que a assistência aos imigrantes na SCMPA era acionada não apenas pelo Governo, mas também pelos próprios estrangeiros em busca de alimentação e abrigo. Como nem sempre o governo fornecia tais meios ou atendia as demandas dos recém-chegados, o grupo encontrava estratégias para alcançar algum sustento, seja circulando pela cidade, frequentando as hospedarias por mais tempo ou, então, buscando o espaço da assistência.

Em comparação com a análise feita acima, podemos observar no gráfico a seguir que, entre os anos de 1888 a 1893, surgiram muitas doenças infecto-parasíticas. Estas doenças foram comuns entre os italianos nos anos de 1888 a 1893: de 649 casos, 121 eram de doenças deste grupo, totalizando 19% dos casos. Outra questão que nos chama atenção é a grande variação das causas das internações, ou seja, a diversidade de doenças, o que demonstra não somente um

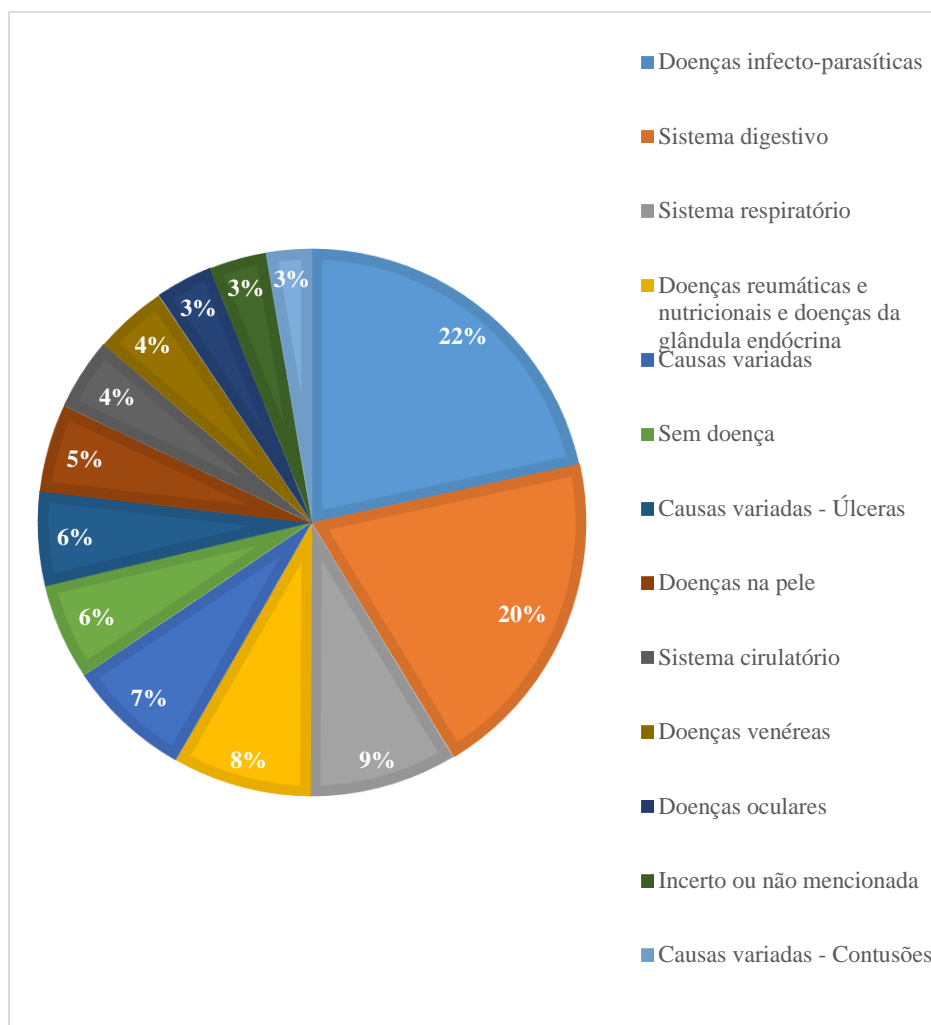
¹⁷¹ Livro de Matrícula Geral dos Enfermos – Livro nº 4 (1879-1880). Ano: 1878. Registros:477 até 498. Arquivo do CHC.

¹⁷² Livro de Matrícula Geral dos Enfermos – Livro nº 4 (1879-1880). Ano: 1878. Registros:456 até 465. Arquivo do CHC.

¹⁷³ AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). Ordem nº 287; Ofício: Sem número; Data: 08/02/1887; Recebido:14/02/1887.

aumento no número de pacientes, mas também a evolução nos diagnósticos dados pelos médicos.

Gráfico 10 - Classificação das doenças dos italianos (07/07/1888 a 06/06/1893)



Fonte: LMGE nº 6 (07/07/1888 a 06/06/1893) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

A partir deste gráfico, podemos observar algumas pequenas mudanças nas internações dos italianos, que dizem respeito a mudanças ocorridas na SCMPA e na cidade de Porto Alegre, principalmente no início da década de 1890. Como estamos demonstrando deste o primeiro capítulo, a SCMPA acompanhou o crescimento de Porto Alegre e os diversos acontecimentos que abrangem a história da cidade: como as epidemias, a intensificação dos movimentos migratórios e a inserção de grupos estrangeiros nos espaços urbanos. Já a partir da década de

1880, essas modificações começaram a ficar evidentes, com a presença de médicos que permaneceram durante anos atuantes na instituição e em alguns cargos públicos.

Conforme observamos no primeiro capítulo, as reformas realizadas pelo Provedor Coelho Júnior deram início a uma série de medidas que foram fundamentais para a organização dos espaços do hospital, no que diz respeito às enfermarias e à limpeza sanitária. Essas mudanças refletem o interesse e as doações de uma elite interessada na organização dos espaços públicos e na higiene da cidade, mas ainda não dizia respeito a inovações médicas.

Da década de 1850 até o final de 1880, atuava na instituição uma média de dois a três médicos, além de alguns enfermeiros, o que variava entre quatro e cinco, além de um boticário (OLIVEIRA, 2012, p. 139). Observamos no Relatório da Provedoria do ano de 1879, que atuavam os médicos: Dr. Manoel Martins dos Santos e Dr. Israel Rodrigues Barcellos, sendo que este último era cirurgião e atuava de forma voluntária como médico dos expostos. De enfermeiros eram quatro no total, sendo que uma era mulher¹⁷⁴.

Para demonstrar a pouca atuação de profissionais habilitados, em Relatório de 1876, foi afirmado que o encarregado pela botica Pedro Mendonça também prestava serviços como enfermeiro sempre que necessário, “com a maior dedicação e boa vontade”¹⁷⁵. Neste período, as atividades da Santa Casa ainda estavam muito calcadas na caridade, mas, com o passar das décadas, torna-se cada vez mais atuante a fiscalização sobre as questões sanitárias da província e a exigência de profissionais qualificados. Em 1882, o então boticário Ernesto Alves da Silva, foi dispensado por solicitação do Inspetor de Saúde Pública e substituído por um “farmacêutico de carta”¹⁷⁶.

Uma década depois, no Relatório de 1889, os cargos aparecem mais especificados e o número de médicos aumenta: o Dr. Israel Rodrigues Barcellos Filho, médico diretor, e encarregado da enfermaria de cirurgia; eram médicos também: Dr. João Plínio de Castro Menezes, e o Dr. Luiz Nicolau Masson. Sobre a atuação da botica do hospital, o responsável já não aparece mais como “boticário” e sim como o farmacêutico Francisco de Carvalho Freitas, sendo seu ajudante Mamede Ferreira Borges. Já os enfermeiros surgem especificados como:

¹⁷⁴ Os enfermeiros eram: Marcellino José Pinheiro, Antonio José de Souza, Antonio Fernandes Loureiro, Elisa Flor da Silva Bandeira. Fonte: Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul. Provedor José Antonio Coelho Junior. Quadro nº 15. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

¹⁷⁵ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul do ano de 1876. Provedor José Antonio Coelho Junior. p.5. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

¹⁷⁶ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul do ano de 1882. p. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

Enfermeiro-mor; enfermeiro de medicina; enfermeiro de cirurgia; enfermeira; ajudante de enfermeira; ajudante de cirurgia; ajudante de inválidos¹⁷⁷.

Conforme destacado por Oliveira (2012), a atuação dos médicos na Santa Casa costumava ser longa¹⁷⁸, principalmente se observarmos o caso do Dr. Israel Rodrigues de Barcellos Filho¹⁷⁹. Esse médico foi eleito Inspetor de Higiene da Província nos anos de 1886, 1887 e 1888, o que demonstra as relações dos médicos atuantes na Santa Casa com o poder público. A atuação do Dr. Barcellos Filho na SCMPA foi constante e significativa para as mudanças na medicina da Instituição, incentivando, em 1883, que a Provedoria adquirisse um arsenal de cirurgia, algo que não foi concretizado por falta de recursos para a compra (OLIVEIRA, 2012, p. 144)¹⁸⁰. O Relatório da Provedoria do ano de 1883 informa que o Dr. Barcelos realizou as seguintes cirurgias:

Recessão de toda metade direita do maxilar inferior – 1
 Ablação completa de peitos – 1
 Hydrocele vaginal seguidas de infecção iodadas – 5
 Extração de balas – 4
 Paraphimosis – 1
 Phimosis – 1
 Amputação do pênis com esmagador de Chassaignac – 1
 Enucleação do globo ocular direito – 1
 Amputação de coxas – 2
 Ablação de tumores hemorroidais – 1
 Extirpação de tumores cancerosos – 3
 Operação de fístulas – 5
 Ditas de kystos – 1
 Urethrotomia interna – 2
 Paracentesis – 1
 Amygdalatomias – 1
 Total - 31¹⁸¹

Nos chama atenção o número de cirurgias realizadas no hospital, o que demonstra uma evolução nos procedimentos médicos que ocorriam na Santa Casa. Esses aspectos trazidos nos

¹⁷⁷ Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Biênio de 1888 e 1889. Provedor Joaquim Pedro Salgado. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

¹⁷⁸ O autor exemplifica com os cargos dos médicos: Dr. Porfírio Joaquim Macedo (1855-1872); Dr. Domingos Gonçalves Ramos (1857-1872); Dr. Thomaz Lourenço de Carvalho (1867-1872)

¹⁷⁹ Israel Rodrigues Barcellos Filho (1845-1923) era natural de Porto Alegre, formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1870, era filho do também médico Dr. Israel Rodrigues Barcellos. Além de atuar na SCMPA, possuía um consultório na cidade e ficou conhecido por administrar a homeopatia como principal forma de tratamento nos seus pacientes (OLIVEIRA, 2012, p. 142).

¹⁸⁰ Segundo Weber (1999, p. 146), em 1914, após a consolidação da Medicina nesta área com as descobertas da anestesia e da assepsia, foi criado um bloco cirúrgico na SCMPA. No entanto, mesmo antes da criação deste bloco, já eram realizadas operações no Hospital.

¹⁸¹ Optamos por deixar o nome das operações conforme consta em relatório. Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul, 1883, p. 6 Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

relatórios da provedoria são importantes para que possamos fazer uma análise da evolução dos casos de internação dos imigrantes italianos. Conforme destacamos no gráfico nº 13 das doenças que abrangem os anos de 07/07/1888 a 06/06/1893, estas aparecem qualificadas em mais categorias com relação aos anos anteriores e alguns casos de internação são mais especificados. Assim, é possível identificar as motivações das internações, se eram recém-chegados, já residentes, ou então imigrantes em trânsito na capital. Além das doenças expostas no gráfico de número 13, conforme demonstrado na tabela abaixo, outros tipos de doenças começam a ser registradas no Livro de Matrícula Geral dos Enfermos:

Tabela 7 - Classificação das doenças dos italianos (07/07/1888 a 06/06/1893)

Classificação das doenças	Número de casos
Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos	14
Causas variadas – Cancros	11
Gravidez, parto e puerpério	9
Sistema linfático	8
Causas variadas – Febres	8
Causas mal definidas	7
Sistema geniturinário	6
Violência ou acidental	6
Primeira infância e malformações congênitas	4
Causas variadas – Tumores	3
Causas variadas – Ferimentos	2
Doenças venéreas; Sistema digestivo	1
Causas variadas – Dores	1
Doenças na pele. Sistema digestivo	1
SAM (sem assistência médica)	1
Primeira infância e malformações congênitas	1
Sistema respiratório; Doenças infecto-parasíticas	1
Doenças venéreas; Causas variadas	1
Sistema digestivo. Causas variadas	1

Fonte: LMGE nº 6 (07/07/1888 a 06/06/1893) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

A partir da tabela acima, podemos perceber que a atuação dos médicos era cada vez mais atuante devido aos diagnósticos mais detalhados, e em alguns casos, com mais de uma doença registrada. Nos anos anteriores, não era comum a ocorrência de casos de parto, gravidez ou puerpério, sendo mais comum a partir dos anos de 1890. Esses dados, indicam também que a população, neste caso os imigrantes italianos, faziam usos da Santa Casa de acordo com a

realidade que eles vivenciavam. Já residentes no estado, as necessidades de recorrer à assistência já não eram as mesmas de quando eram recém-chegados.

Sobre a situação da instituição no final do século XIX, ocorreu uma mudança significativa, se não a mais significativa até então: a transferência dos alienados da Santa Casa para o Hospício São Pedro. Como foi visto no primeiro capítulo, a Santa Casa recebia os alienados da Província em uma enfermaria destinada para esses desde 1863.

Mesmo com a fundação da referida instituição, ainda observamos casos de entrada na Santa Casa após 1884, de pessoas com alienação. Dos 5 casos que encontramos, 3 eram mulheres, todas solteiras e sem profissão, assim como grande parte dos homens. Em 23 de maio de 1886, Racheli Farali, com 34 anos, pobre, solteira, e com a filiação ignorada, ingressou na Santa Casa com alienação, saiu em 12 de junho de 1886, e não consta observações de transferência para o Hospício. O mesmo aconteceu com Sandro Alexandro, italiano de 28 anos, casado, classificado como colono, lavrador, entrou em 14 de novembro de 1886 com alienação, saiu poucos dias depois da entrada, em 30 de novembro, e também não consta saída por transferência.

Há também registros de italianos que ingressaram na Santa Casa, mas que foram transferidos para o Hospício. Foram encontradas 5 internações de italianos considerados alienados entre os anos de 1883 até o final do primeiro semestre de 1888. A italiana Roza Donat, de 56 anos, pobre, solteira, sem profissão, entrou no dia 4 de dezembro de 1884 e no ano seguinte, em 26 de fevereiro de 1885, foi transferida para o Hospício São Pedro. No caso de Roza, esta não fora registrada com alienação, no entanto, nos quase dois meses internada na SCMPA, os médicos podem ter dado o diagnóstico de loucura. Infelizmente, não temos como acessar detalhes dessas internações a não ser os dados presentes nos livros de entrada e saída¹⁸². O fato de ser “pobre”, não possuir profissão e nem uma rede de assistência entre familiares e conhecidos, certamente pode ter sido um dos motivos que fazia com algumas pessoas, ao manifestarem ou não sintomas de doenças, fossem encaminhadas para o hospício. O mesmo pode ter acontecido com Christiano Purcher, italiano, de 61 anos, pobre, solteiro e sem profissão, entrou na SCMPA em 17 de agosto de 1885, sendo destinado em 28 de outubro de 1885 para o Hospício¹⁸³. Neste caso, não consta registro de doença alguma, o que leva a supor que fosse alguém que não possuía uma rede de apoio e cuidado entre familiares.

¹⁸² Livro de Matrícula Geral dos Enfermos Nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888). Registro nº 1094. Data: 04/12/1884. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

¹⁸³ Livro de Matrícula Geral dos Enfermos Nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888). Registro nº 698. Data: 17/08/1885. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Como foi possível constatar no presente capítulo, a partir dos registros da Santa Casa e dos Relatórios da Província, fica claro que os imigrantes que chegavam doentes da viagem eram encaminhados à Santa Casa ou providenciados cuidados médicos nas colônias. As doenças ligadas à travessia atlântica aparecem a partir da década de 1880, quando tem um elevado número de italianos entrando na província. No entanto, nos livros da Santa Casa, esses indícios de recém-chegados ficam menos recorrentes a partir das internações do início da década de 1890. A própria instituição ressaltou que o alto movimento hospitalar do ano de 1891 não se deu devido à presença de imigrantes:

Foi tão elevado o número de enfermos recolhidos, que dias houve em que as respectivas enfermarias eram pequenas para contê-los [...]. Quer me parecer que essa afluência significa a confiança no excelente tratamento que recebem os enfermos. Não acredito que o mau estado sanitário da cidade em alguns meses a determinasse, porquanto temos passado por quadras bem calamitosas. E entretanto o hospital, apesar de menos vasto do que hoje, não registrou número tão elevado de enfermos; e nota-se que o elemento imigratório não contribuiu este ano para aquele aumento¹⁸⁴.

Isso não significa que o número de italianos que chegavam doentes tenha diminuído. O que parece ter acontecido foi um maior esforço por parte do estado em providenciar locais específicos para o acolhimento e tratamento dos imigrantes recém-chegados, com a fundação de hospedarias, como a do Bairro Cristal. Os registros da Santa Casa apontam elementos para pensar as escolhas dos imigrantes assim que chegavam a Porto Alegre, com alguns desejando permanecer no meio urbano e não se dirigirem para as colônias.

No Livro de número 4, que inicia no ano de 1873 e segue até 1880, a profissão entre os italianos raramente é apresentada, e agricultor não era uma profissão que constava nesse período. Já a partir do livro de número 5 (1883-1888), as profissões “agricultor”, “lavrador” e “colono” (que também é um termo utilizado na categoria de classe), já aparecem, mas com pouca frequência. Nestas duas profissões são identificados 55 internados. No livro 6 (1888-1893), a categoria de profissão agricultor aumenta pouco em comparação ao livro anterior, totalizando 74 internados. Essas informações são relevantes para confirmarmos a hipótese de que, nos primeiros anos da nossa pesquisa, grande parte desses italianos que se dirigem à Santa Casa são recém-chegados, não possuindo ainda outra profissão para que possam ser classificados de modo diferente. Ressaltamos que esses italianos já tinham uma profissão ao

¹⁸⁴ Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul do ano de 1891. Provedor interino Dr. Victor de Britto. P. 7. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC).

partirem da Itália, mas o que a fonte indica é que essa informação não é levada em conta no momento que estes são internados. Não podemos cair no erro de generalizar todos os italianos conforme a fonte nos mostra, visto que ela está sendo produzida em uma determinada circunstância, que é o momento em que estes italianos chegam até a Santa Casa.

No decorrer dos anos, não podemos afirmar que a Santa Casa deixa de receber recém-imigrados. Podemos observar, a partir da classe declarada dos italianos, que estes continuam sendo classificados como “imigrantes”, “colonos”, “emigrantes”, mesmo que a categoria “pobre” sempre prevaleça em todos os anos pesquisados. Alguns indícios vão nos mostrando que a tendência do perfil é mudar ao longo dos anos, mas, para verificar uma alteração significativa, é necessário avançar para além do início da década de 1890.

As classificações das doenças demonstram que, aos poucos, esse perfil do imigrante italiano muda. As doenças da travessia como diarreia, “gastralgia”, angina, sarna, sarampo e doenças que demandavam atenção das autoridades como a varíola e a febre amarela, estão presentes em todos os anos analisados. O que muda é que no início da pesquisa são maiores os números de casos em que italianos procuram a Santa Casa como local de descanso, não possuindo nenhuma enfermidade. A incidência de famílias ingressando juntas na Santa Casa, nos mostram que o padrão de internação entre 1873 até o início da década de 1890, muda.

A partir dos registros analisados neste capítulo, foi possível visualizar a circulação dos imigrantes pelas hospedarias e Santa Casa, as enfermidades que os acometeram e as escolhas realizadas por eles em busca de trabalho e melhores condições de vida. A Santa Casa era acionada de forma estratégica como local de abrigo temporário para os imigrantes recém-chegados, que não tomavam o caminho da região colonial ou não possuíam redes de apoio entre os conterrâneos que viviam na capital ou no interior.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos a presente dissertação, mencionamos no primeiro capítulo o desafio de unir duas temáticas que poderiam ser distintas, como a imigração e a assistência. Nesse sentido, tornou-se importante analisar o que já fora produzido sobre imigração, saúde e assistência, bem como analisar alguns contextos como os movimentos migratórios para o Brasil no final do século XIX. Foi necessário também tomar conhecimento do que se entendia por assistência e pobreza.

Com efeito, no primeiro capítulo, vimos que a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, fundada no século XIX, exercia um importante papel junto à população da província. A instituição recebia subvenções do Governo Provincial para exercer algumas funções como: a assistência aos expostos, aos presos da cadeia civil, militares, bem como aos alienados, além de administrar o cemitério extramuros de Porto Alegre. Com a intensificação dos movimentos migratórios no final do século XIX, era necessário um local para acolher e tratar as doenças dos imigrantes que chegavam à capital. Assim, a Santa Casa ficou encarregada de exercer esse papel, mediante o pagamento das subvenções. É possível perceber a presença destes imigrantes na instituição a partir da análise dos Livros de Matrícula Geral dos Enfermos, analisando o aumento das internações no Hospital a partir da presença destes imigrantes.

Ao analisar os registros de entrada de doentes na Santa Casa, vimos que a grande maioria dos italianos se declarava pobre, e, para compreender o sentido dessa pobreza, foi necessário conhecer como a noção de pobreza foi sendo construídas ao longo da história e quem era digno de receber a caridade. Para isso, analisamos a historiografia produzida, constatando que, a partir da organização da assistência na Idade Média, os pobres eram classificados de acordo com merecimento: havia os que mereciam e os que não mereciam assistência. Aqueles que eram merecedores, deveriam comprovar que não tinham meios de se sustentar a partir do próprio trabalho. Por esse critério, não faziam jus à assistência os vagabundos e preguiçosos, independentemente de serem pobres. Foi visto também que a necessidade de recorrer à assistência se devia à falta de redes de sociabilidade.

No segundo capítulo, analisamos como funcionava a recepção aos imigrantes no Brasil no final do século XIX, a fim de perceber os outros locais em que esses passavam além da Santa Casa. Apresentamos leis e decretos para identificar como o Governo Imperial e Provincial lidavam com as questões de Saúde Pública e políticas migratórias.

No Brasil, a intensificação dos movimentos migratórios alterou de forma significativa o gerenciamento da Saúde Pública e impulsionou as medidas de profilaxia no que diz respeito às

doenças de caráter epidêmico como o cólera, a varíola e a febre amarela. Vimos que foi a partir da década de 1850, com a criação da Junta Central de Higiene, que o Império passou a dar mais atenção às questões de Saúde Pública, principalmente quando surgiram epidemias, como o cólera. Ligadas à Junta, nas províncias atuavam as Comissões de Higiene Pública que buscavam agir em sintonia aos interesses das Câmaras Municipais, o que, por vezes, não acontecia. Concomitantemente aos surtos epidêmicos, os médicos e autoridades preocupavam-se com a entrada de imigrantes e mercadorias nos portos. Na ocasião, existiam duas teorias sobre as doenças: a do contágio e a da infecção. Os contagionistas acreditavam que era necessário desinfetar roupas e bagagens, bem como isolar os doentes. Já os que acreditavam nas teorias ligadas aos miasmas, apostavam em locais de isolamento, como Hospitais Marítimos e Lazaretos longe das cidades, além da higiene e limpeza das ruas e estabelecimentos. Frente a estas teorias, foram criados diversos locais para receber os imigrantes que chegavam de diversas partes da Europa. Esses postos estavam concentrados principalmente nas grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo.

No Rio de Janeiro, destacaram-se o funcionamento da Hospedaria da Ilha das Flores, o Lazareto da Ilha Grande e o Hospital de Isolamento da Jurujuba. Já em São Paulo, a Hospedaria do Brás ganhou notoriedade pela sua atuação na recepção aos imigrantes, localizada próxima à ferrovia. Esses lugares eram responsáveis pela recepção, banhos de desinfecção, controle médico de doenças e vacinação. Além disso, eram pontos de espera e estavam inseridos no percurso de deslocamento dos imigrantes. Muitos imigrantes que desembarcavam em Porto Alegre eram provenientes destas hospedarias do Rio ou de São Paulo.

Pensando no caso do Rio Grande do Sul, a preocupação com a saúde, higiene e salubridade intensificaram-se com os movimentos migratórios. Nesse sentido, a circulação de imigrantes, principalmente na capital, foi tema recorrente nos Relatórios do Presidente da Província quando o assunto era Imigração e Saúde Pública. No entanto, diferentemente dos grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, na província do Rio Grande do Sul, ao longo do século XIX, não existiram locais fixos administrados pelo Governo para receber os imigrantes. Os lazaretos funcionavam provisoriamente, e as hospedarias eram prédios alugados pelo governo na capital e nas regiões coloniais, bem como em outras cidades portuárias como Rio Grande. As locações dos espaços, em grande parte, eram feitas com os recursos financeiros repassados pelo Ministério do Império para o Presidente da Província. Contudo, esses espaços eram pequenos e, muitas vezes, não comportavam a quantidade de pessoas que chegavam. Assim, a Santa Casa era acionada, sendo possível identificar ainda mais o papel da instituição no acolhimento aos imigrantes.

Na medida em que a imigração crescia, ampliavam-se as discussões referentes a esses espaços para receber os imigrantes. Em alguns relatórios dos diretores das colônias era mencionada a necessidade de instalação dos imigrantes em locais apropriados. Era comum que outros estrangeiros já residentes na província cedessem estadia em seus comércios e residências aos recém-chegados. A casa de parentes que já haviam imigrado também era uma alternativa para os italianos até que seus lotes estivessem prontos para recebê-los. As redes sociais entre conterrâneos se faziam essenciais para garantir alguma segurança aos recém-chegados.

A partir da documentação encontrada no Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul – Ofícios emitidos pela Inspetoria Geral de Terras e Colonização, bem como os Relatórios da Província – foi possível encontrar alguns locais que funcionaram de forma temporária como hospedagens de imigrantes em Porto Alegre. Em 1868, o Presidente da Província ordenou que se construísse um barracão em frente à praça Harmonia para servir de alojamento aos imigrantes. Na década de 1880, consta a existência de uma casa na Rua 7 de Setembro que era alugada pelo governo provincial, servindo de hospedaria. Foram diversos os acordos e leis firmados no intuito de organizar essas questões referentes à hospedagem, mas, na prática, essa organização era falha e, no momento da chegada dos imigrantes, diversos fatores externos acarretavam a mudança de rota. Logo, o que se pode perceber nos registros é que a falta de espaço e cuidados com a higiene dos locais de acolhimento eram motivos de reclamações constantes.

O Governo Provincial procurava evitar que os recém-chegados ficassem muito tempo na capital, preferindo que se dirigissem o quanto antes às colônias. Além de os imigrantes exigirem estadia gratuita do governo, as passagens de ida até as colônias também deveriam ser custeadas pelos cofres públicos. No entanto, muitas vezes esses imigrantes optavam por permanecer mais tempo na capital, pois nem sempre tinham seu destino definido. Para evitar essa estada prolongada na capital, o governo autorizou a construção de uma hospedaria denominada de Charqueadas, em 1889, que substituiu a da Rua 7 de Setembro, tendo por finalidade afastar os imigrantes dos centros urbanos. Não deixava de ser uma forma de controle do governo sobre os imigrantes. Somente em 1890 o Rio Grande do Sul contará com uma Hospedaria administrada pela Inspetoria Geral de Terras e Colonização: a Hospedaria do Bairro Cristal, que visava centralizar os serviços de acolhimento dos imigrantes, não deixando somente à cargo de instituições como Santa Casa e prédios alugados.

No percurso feito pelos italianos, a doença se fazia presente e poderia alterar o rumo do projeto migratório individual ou do grupo. No capítulo 3, realizamos o levantamento dos dados coletados no Livro de Matrícula Geral dos Enfermos da Santa Casa de Porto Alegre. A partir

da análise quantitativa e qualitativa, foi possível traçar o perfil dos italianos que recorriam à assistência da Santa Casa e a realidade vivida por eles, principalmente para os recém-chegados. Também classificamos as doenças, percebendo quais eram originárias da travessia e as que podem ter sido adquiridas nos locais de destino.

Doenças como a varíola eram constantemente mencionadas pelas autoridades devido ao seu caráter epidêmico. Diversas vezes, lazaretos funcionaram na capital sob a administração do Provedor da Santa Casa. Além disso, as autoridades das colônias constantemente solicitavam médicos para que atuassem no controle destas doenças nas regiões rurais. Contudo, os imigrantes continuaram fazendo uso da Santa Casa, permanecendo nela por dias ou mesmo semanas.

Sobre o levantamento dos dados, concluímos que os italianos eram a etnia que prevalecia sobre as demais existentes na Santa Casa. O número de internações na instituição foi crescendo, bem como o número de estrangeiros de diversas etnias. Entre o final de janeiro de 1873 até o final de agosto de 1880, de 1.735 estrangeiros, 453 eram italianos. Os livros possuem uma falha cronológica entre o final de 1880 até 1883. Entre janeiro de 1883 até o final de junho de 1888, de 1.612 estrangeiros, 486 eram italianos. No final da nossa pesquisa, entre julho de 1888 até junho de 1893, dos 2.097 estrangeiros, 649 eram italianos. Nos três livros de internação que analisamos, as três etnias mais prevalentes eram de italianos, alemães e portugueses. Foi possível perceber também que nos últimos anos consultados, houve um incremento no número de internados de outras etnias como, por exemplo, russos e austríacos. Nestes casos, seria necessária uma análise cautelosa para perceber a presença de outros imigrantes na capital gaúcha. A maior parte dos italianos que passaram pela Santa Casa neste período (1873-1893) era de homens solteiros. Sobre as mulheres, das 310 internadas, 136 eram casadas e 139 solteiras, sendo o restante classificadas como menores e inocentes.

Foi possível perceber que a maioria dos italianos se declaravam pobres, representando 70% da totalidade dos que passaram pela instituição. Quando analisamos os registros de hospitais como a Santa Casa naquele contexto do final do século XIX, entendemos que o sentido da pobreza poderia ser relativo. No caso dos imigrantes, a declaração de pobreza poderia estar relacionada a uma estratégia: a prioridade era não gastar os poucos recursos com hospedagem logo de chegada, porém, poderia significar falta de laços e redes de apoio. Não podemos descartar também que os imigrantes recém-chegados de fato não tinham muito dinheiro, e, se tinham, não iriam gastar com internação ou hospedagem. Se a assistência era paga pelo governo, não havia porque não se dizer “pobre”. Para os casos em que estes eram classificados como imigrantes, emigrantes, colonos, podemos dizer que essas denominações eram dadas para

fins de classificar os doentes, principalmente aqueles que eram internados às custas do Estado, para que fossem cobrados posteriormente.

Neste período, percebemos que os italianos que adentravam em grupos no hospital eram de recém-chegados, pois, pelas informações da data de entrada, doença e características como classe, eram denominados “imigrantes”. A partir do cruzamento com alguns dados, como os Livros de chegada dos imigrantes em Porto Alegre, foi possível confirmar tal hipótese, utilizando os nomes próprios como fios condutores da pesquisa. Outra confirmação de que grande parte dos italianos que procuravam a Santa Casa era de recém-chegados, são as doenças que predominavam nas internações: geralmente enfermidades de viagens como a do sistema digestivo, seguido pelas doenças infecto-parasíticas. A condição digestiva estava ligada a má-alimentação, exposição a bactérias e à água não potável durante a viagem ou então nos alojamentos. Desta forma, os italianos procuravam a Santa Casa no momento do desembarque ou logo após instalarem-se nos alojamentos ou hospedarias.

Observando a classificação das enfermidades dos italianos entre 1873 a 1880, presentes nos livros de registros da Santa Casa, chamou-nos a atenção a prevalência de casos em que as doenças estão em branco. Este dado pode estar atrelado a alguns fatores, mas o que acreditamos é que os imigrantes podem ter procurado a Santa Casa somente para descanso, visto que as hospedarias não eram grandes e funcionavam de forma provisória.

No final da década de 1880 e início de 1890, notamos mudanças nos motivos das internações. As doenças que continuam predominantes eram as do sistema digestivo e as infecto-parasíticas, seguido de outras classificações também presentes: doenças respiratórias, doenças reumáticas e nutricionais. Acompanhando as transformações dos espaços e o aumento das enfermarias na Santa Casa, percebemos que as doenças começaram a ser descritas de forma mais detalhada, identificadas com mais precisão. Se, na década de 1870, era comum que a Santa Casa recebesse os italianos sem doença (possivelmente apenas como hóspedes em transição), no final da década de 1880, esses casos já não eram comuns. Podemos observar que quem passou a procurar a Santa Casa tinha de fato algum problema de saúde. Casos como “ferimentos”, “contusões” e “fraturas” começaram a ficar recorrentes e, muitas vezes, percebemos que eram causados por acidentes de trabalho, violências e conflitos. A partir da natureza do ferimento, entendemos que eram os imigrantes estabelecidos que recorriam à Santa Casa para serem atendidos. Essa percepção só foi possível de ser alcançada estendendo os anos da pesquisa, analisando os dados de modo sequencial para que estes pudessem indicar um sentido e responder a outros problemas.

Ao concluir nossa pesquisa, confirmamos a hipótese de que os motivos das internações na Santa Casa de Porto Alegre sofreram mudanças ao longo dos anos. Além disso, descobrimos que, durante a segunda metade do século XIX, a instituição se tornou destino frequente para diversos imigrantes italianos que chegaram ao Rio Grande do Sul. Conforme aprofundamos nossa investigação, observamos que os imigrantes continuaram a buscar a Santa Casa, porém, com motivações diferentes. Percebemos que o uso do hospital como abrigo, além do tratamento de doenças, era uma estratégia comum entre os recém-chegados. Esses imigrantes reconheciam que recorrer à assistência pública em um novo país poderia ser uma alternativa viável para quem não possuía recursos financeiros para pagar por tratamento ou por hospedagem – ou, ainda, para os que não tinham uma rede de apoio social estabelecida capaz de atendê-los em suas necessidades.

FONTES

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre: Typ. Do Jornal do Commercio, 1867. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA (CHC). Consultado por Weber (1999, p. 171)

Compromisso da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. 1857. Cap. 2, artigo 9º, p. 4 (manuscrito). Arquivo do Centro Histórico-Cultural da SCMPA. Consultado por Weber (1999, p. 171).

Livro nº 1 de Atas da Mesa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1814-1828), p. 1-3. Arquivo do Centro Histórico- Cultural da SCMPA (CHC). Documentação consultada por Tomaschewski (2014).

Livro de Atas da Mesa Administrativa da SCMPA Nº 10. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos Nº 4 (1873-1880). Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos nº 6 (07/07/1888 a 06/06/1893) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos – Livro nº 4 (1879-1880). Ano: 1878. Registros:477 até 498. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos – Livro nº 4 (1879-1880). Ano: 1878. Registros:456 até 465. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos – Livro nº 4 (1879-1880). Ano: 1880. Registros: 87;88;89;90;91;92;93;94;95;96;97;98. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos Nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888). Registro nº 1094. Data: 04/12/1884. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos Nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888). Registro nº 698. Data: 17/08/1885. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos nº 5 (01/01/1883 a 30/06/1888). Nº da ordem das internações: 41; 42; 43; 44. Data: 13/01/1886. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1875. Provedor José Coelho Junior. Porto Alegre: Typographia do Rio-Gandense, 1875. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul do ano de 1876. Provedor José Antonio Coelho Junior. p.5. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul do ano de 1882. p. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul, 1883, p. 6. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Ano de 1884. Provedor Joaquim Pedro Salgado. Porto Alegre. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul – Biênio de 1888 e 1889. Provedor Joaquim Pedro Salgado. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Capital da Província do Rio Grande do Sul do ano de 1891. Provedor interino Dr. Victor de Britto. P. 7. Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional

A Federação – Orgam do Partido Republicano. Porto Alegre, quinta-feira 11 de fevereiro de 1886. Ed. 34. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>. Acesso: 25 fev. 2022

A Federação, 7 de dezembro de 1889. Edição 00281. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=388653&pasta=ano%20188&pesq=&pagfis=5151>. Acesso: 25 fev. 2022.

Relatórios do Presidente das Províncias: Império (RS). Ano: 1868, p. 28. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=2959>. Acesso: 4 maio 2022.

Relatórios do Presidente das Províncias: Império (RS). Ano: 1879, p. 62. Edição: 0001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=4413>. Acesso em: 4 maio 2022.

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 10-11. Edição: 00002. Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=4845>. Acesso em: 04 jun. 2022.

Relatórios do Presidente das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 12-13. Edição:00002. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=4847>. Acesso: 4 maio 2022.

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 14. Edição:00002. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=4848>. Acesso: 22 mar. 2022

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1882, p. 27. Edição: 00005. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=4966>. Acesso em: 04 jun. 2021.

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1883, p. 15. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=5001>. Acesso: 04 jun. 2021.

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1886, p. 25. Edição: 00003. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=252263&pesq=&pagfis=5700> Acesso: 15 maio, 2021.

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1888, p. 50. Edição: 00001. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=6127>. Acesso: 22 mar. 2022

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1889, p. 29. Edição: 00001.

Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=6324>. Acesso: 22 mar. 2022.

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1889, p. 12. Edição: 00002.

Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=6355>. Acesso: 22 mar. 2022.

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1889, p. 13. Edição: 00002.

Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=6355>. Acesso: 22 mar. 2022.

Relatórios dos Presidentes das Províncias: Império (RS). Ano: 1880, p. 40. Edição: 00001.

Disponível em:

<http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=252263&Pesq=%22em%20frente%20a%20pra%c3%a7a%20harmonia%22&pagfis=4597>. Acesso: 04 jun. 2021

Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul (AHRS)

AHRS – Fundo: Inspetoria de Terras e Colonização. Maço C183: Registros de imigrantes chegados à Porto Alegre no ano de 1886.

AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887) (Ordem:274; Ofício: 139; 05/02/1887; Recebido:05/02/1887).

AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887) (Ordem:196; Ofício: 121; 11/01/1887; Recebido:11/01/1887).

AHRS - Inspetoria Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). Ofício nº 2186, Ordem nº 117. Data: 17/12/1886; Recebimento: 17/12/1886.

AHRS - Inspeção Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem nº 118; Ofício: nº 111; Data: 17/12/1886; Recebido: 21/12/1886).

AHRS - Inspeção Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem: nº 285; Ofício: nº 149; Data: 08/02/1887; Recebido: 08/02/1887).

AHRS - Inspeção Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem: nº 168; Ofício: nº 11; Data: 05/01/1887; Recebido: 08/01/1887).

AHRS - Inspeção Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). (Ordem: nº 295; Ofício: nº 489; Data: 11/02/1887; Recebido: 11/02/1887).

AHRS - Inspeção Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). Ordem nº sem número; Ofício: sem número; Recebido: 28/01/1887.

AHRS - Inspeção Especial de Terras e colonização: Ofícios (1886-1887). Ordem nº 287; Ofício: Sem número; Data: 08/02/1887; Recebido: 14/02/1887

AHRS - Livro de entrada dos imigrantes em Porto Alegre RS no ano de 1886

Leis e decretos

Decreto nº 828, de 29 de Setembro de 1851. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>. Acesso: 28 mar. 2022

Decreto nº 1.103, de 3 de Janeiro de 1853. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1103-3-janeiro-1853-558725-publicacaooriginal-80259-pe.html>. Acesso: 28mar. 2022.

Decreto nº 6129, de 23 de fevereiro de 1876. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-6129-23-fevereiro-1876-549093-publicacaooriginal-64440-pe.html>. Acesso: 28 mar. 2022.

Decreto nº 9.554 de 3 de fevereiro de 1886. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270->

<pe.html#:~:text=reparti%C3%A7%C3%B5es%20de%20saude->

[.Art.,o%20servi%C3%A7o%20sanitario%20dos%20portos](Art.,o%20servi%C3%A7o%20sanitario%20dos%20portos). Acesso: 23 fev. 2022.

REFERÊNCIAS

ALVES, Débora; KLUG, João; WITT, Marcos. **Fredrich von Weech: A agricultura, o comércio e o sistema de colonização do Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. São Leopoldo: Oikos, Editora Unisinos, 2017.

ABREU, Laurinda. **O poder e os pobres: as dinâmicas políticas e sociais da pobreza e da assistência em Portugal (Séculos XVI-XVIII)**. Lisboa: Gradiva Publicações, 2014.

ALMALEH, Priscilla. **Estudo de gênero no período pós-emancipação a partir dos Registros de Matrícula da Santa Casa de Porto Alegre (1889-1895)**. *História Unicap*, v. 3, n. 6, jul./dez. de 2016. Disponível em: <http://www.unicap.br/ojs/index.php/historia/article/view/885>. Acesso em: 20set. 2020.

ARMUS, Diego; HOCHMAN, Gilberto. Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BARROSO, Véra Lucia Maciel. Fontes para a História da cidade e do Rio Grande do Sul: cenários documentais da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. In: Centro Histórico-Cultural Santa Casa (org.). **Histórias Reveladas I**. Porto Alegre: Editora da ISCMPA, 2009, p.33-40.

_____. Os imigrantes na Santa Casa de Porto Alegre: as possibilidades de pesquisa no acervo do Centro Histórico-Cultural/CHC-ISCMPA (Sécs. XIX e XX). In: VENDRAME, Máira Ines (et. all.) (orgs.). **Micro-História, trajetórias e imigração**. São Leopoldo: Editora OIKOS, 2015, p. 182-199.

BENCHIMOL, Jaime L., coord. **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 470 p. ISBN 85-85676-98-1. Disponível em: SciELO Books <https://books.scielo.org/id/4nktq>. Acesso em: 27 abr. 2023.

BENCHIMOL, Jaime L.; CERQUEIRA, Roberta C.; MARTINS, Ruth B.; MENDONÇA, Amanda. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos: um balanço de 12 anos de circulação**

ininterrupta. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.221-257, jan.-mar. 2007.

BJERG, María. **La inmigración como un viaje emocional. Una reflexión a partir del caso de la Argentina entre fines del siglo XIX y la Segunda Posguerra.** In: Anuario del Instituto de Historia Argentina, 2020, 20(1), Maio, ISSN: 2314-257X. Disponível em: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/102895>. Acesso em: 28. ago. 2020.

BORGES, Stella; COSTA, Rovílio. Do sonho à realidade: criminosos e doentes mentais alienados em Porto Alegre. In: DE BONI, Luis A. (org.). **A presença italiana no Brasil: Volume III.** Porto Alegre; Torino: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Fondazione Agnelli, 1996, p.406-423.

BRIZOLA, Jaqueline. **A TERRÍVEL MOLÉSTIA. Vacina, epidemia, instituições e sujeitos:** a história da varíola em Porto Alegre no século XIX (1846-1874). Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Porto Alegre, 2014.

CAPONI, Sandra. **La generación espontânea y la preocupacion higienista por la diseminación de los Germens.** *História, Saúde – Manguinhos*, vol.9 (3): 591-608, set. dic, 2002

CARNEIRO, Deivy Ferreira. Micro-história e a História do Crime e da Justiça Criminal: um diálogo possível e desejado. In: VENDRAME, Maíra I.; MAUCH, Claudia; MOREIRA, Paulo S. (Orgs.). **Crime e Justiça:** reflexões fontes e possibilidades de pesquisa. São Leopoldo: Oikos; Editora Unisinos, 2018, p.39.

CARNEIRO, Deivy; VENDRAME, Maíra. **Espaços, escalas e práticas sociais na micro-história italiana.** Rio de Janeiro: FGV Editora, 2021.

CARVALHO, Carolina; COSTA, Julianna. **Das epidemias à saúde mental:** uma análise sobre os espaços de recepção de imigrantes (1850-1947). *Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História do Brasil da UFPI. Teresina*, v. 10, n. 1, jan./jun. 2021. issn 2236-6822.

CASTRO, Viveiros. **A nova escola penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos, 1913.

CESAR, Tiago da Silva. “**Para preso Ex.mo Senhor: não hai hospital**”: a assistência médica oferecida aos presos pobres da província de São Pedro (1855-1888). *História Unisinos* 19(2):218-228, Maio/Agosto 2015.

CESAR, Tiago da Silva. **A (in)salubridade do cárcere e outras causa mortis na Casa de Correção de Porto Alegre, 1855-1888**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v.22, n.3, jul.-set. 2015, p.829-848.

CHALHOUB, Sidney. **A cidade febril: cortiços e epidemia na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHRYSOSTOMO, Maria; VIDAL, Laurent. **Do depósito à hospedaria de imigrantes: gênese de um “território de espera” no caminho da emigração para o Brasil**. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, ISSN (versão impressa): 0104-5970. vol. 21, num. 1, janeiro-março, 2014, pp.1-23. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010013>. Acesso em: 23 set. 2021.

CONSTANTINO, Núncia Santoro de. **O italiano da esquina: imigrantes meridionais na sociedade porto-alegrense**. Porto Alegre: E.S.T. edições, 1991.

CONSTANTINO, Núncia. **Espaço urbano e imigrantes: Porto Alegre na virada do século**. In: *Estudos Ibero-Americanos*. PUCRS, v. XXIV, n. 1, p. 149-164, junho 1998. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/iberoamericana/article/view/28212>. Acesso em: 15 jan. 2021.

COSTA, Jurandir. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

CRUZ, Lisiane Ribas. **Não mais pretendo voltar a casa, pois que o hospício será sempre a minha recompensa**”: a internação de crianças e jovens no Hospital Psiquiátrico São Pedro

(1932-1937). Tese (Doutorado em História)- Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2022.

DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. **Os italianos do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, Editora Vozes, 1982. 2ª ed. ilustr.

DELAMARQUE, Elizabete Vianna. **Junta Central de Higiene Pública: vigilância e polícia sanitária (antecedentes e principais debates)**. Tese (Doutorado em história das ciências e da saúde), Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

DILISCIA, María Silvia. **Salud e inmigración en Argentina: Una historia compartida**. Quinto Sol, Vol. 20, Nº 2, mayo-agosto 2016 - ISSN 1851-2879, pp. 1-4 DOI: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19137/qs1258>. Acesso em: 29 mar. 2020.

ELMIR, Claudio; WITT, Marcos. **Quem (não) tem medo de fracassos? Notas para uma proposta de investigação no campo dos estudos migratórios**. In: ELMIR, Cláudio; WITT, Marcos. (org.). Imigração na América Latina: histórias de fracassos. São Leopoldo: Oikos; Editora Unisinos, 2014, p. 7-14.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FARINATTI, Luís A. E. **Construção de séries e microanálise: notas sobre o tratamento de fontes para a história social**. In: Anos 90. V. 15, n. 28, 2008, p. 57-72.

FAUSTO, Boris. **Crime e cotidiano: A criminalidade em São Paulo (1880 – 1924)**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

FERNANDES, Rui; Reznik, Luís. **Hospedarias de Imigrantes nas Américas: a criação da hospedaria da Ilha das Flores**. História (São Paulo) v.33, n.1, p. 234-253, jan./jun. 2014 ISSN 1980-4369.

FLORES, Giane. **Farda, saúde e etnia: a presença de populares negros na polícia de Porto Alegre através dos registros da Santa Casa de Misericórdia (1888 – 1894)**. História Unicap, v. 3, n. 6, jul./dez. de 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5766767>. Acesso em: 20 set. 2020.

FRANCO, Sérgio da Costa. **Santa Casa 200 anos: caridade e ciência**. Org. Franco, Sérgio da Costa; STRIGGER, Ivo. Porto Alegre: Ed. da ISCMPA, 2003.

FRANCO, Renato. **Pobreza e caridade leiga: as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa**. Tese (Doutorado em História Social), Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FRANCO, Renato. Por uma morfologia da caridade. In: KORNDÖRFER, Ana Paula; BRUM, Cristiano E.; ROSSI, Daiane S.; FLECK, Eliane; QUEVEDO, Éverton R. (orgs.). **História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores**. São Leopoldo: Oikos, 2017, p. 9-17.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. Tradução de Federico Carotti. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GIRON, Loraine S. A imigração italiana no RS: fatores determinantes. In: **RS: imigração & colonização**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980.

GIULI, Matteo. “**Morfologia social e contextualização topográfica: a micro-história de Edoardo Grendi**”. Revista Brasileira de História, n. 76, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Maíra/Documents/Livros%20PDF/história%20local/Morfologia_social_e_contextualizacao_topografica_A.pdf. Acesso em: 9 set. 2021.

GRENDI, Edoardo. **A microanálise e história social**. Exercícios de Micro-história. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2009, p. 19-38.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: as bases políticas da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec – ANPOCS, 1998.

HOCHMAN, Gilberto; PIMENTA, Tânia Salgado; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

HOCHMAN, Gilberto; MAIO, Marcos; REBELO, Fernanda. **O princípio do fim**: o “tornaviagem”, a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tempos de cólera.

HUTTER, Lucy Maffei. O imigrante e a questão da saúde. In: DE BONI, Luis A. (org.). **A presença italiana no Brasil**: Volume III. Porto Alegre; Torino: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Fondazione Agnelli, 1996, p. 336-379.

IANNI, Constantino. **Homens sem Paz**: Os conflitos e os bastidores da imigração italiana. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1963.

IOTTI, Luiza Horn, org. **Imigração e colonização**: legislação de 1747 a 1915. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do RS. – Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

KORNDÖRFER, Ana Paula; BRUM, Cristiano E.; ROSSI, Daiane S.; FLECK, Eliane; QUEVEDO, Éverton R. (orgs.). **História da assistência à saúde e à pobreza**: olhares sobre suas instituições e seus atores. São Leopoldo: Oikos, 2017.

LEVI, Giovanni. Sobre a micro-história. In: **A Escrita a história**: novas perspectivas / Peter Burke (org.); tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992, p.133-161.

LEVI, Giovanni. “Micro-história e história global”. In: VENDRAME, Maíra; KARSBURG, Alexandre (org.). **Micro-história, um método em transformação**. São Paulo: Letra e Voz, 2020, p. 19-34.

LIMA, Henrique Espada. Micro-História. In: VAINFAS, Ronaldo e CARDOSO, Ciro Flamarion. **Novos Domínios da História**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012 (pp. 207-223).

LORENZO, Ricardo de. A alienação mental em Porto Alegre (1843-1872). In: Centro Histórico-Cultural Santa Casa (org.). **Histórias Reveladas II**. Porto Alegre: Evangraf, 2011, p. 98-125.

MANFROI, Olívio. **Emigração e identificação cultural a colonização italiana no Rio Grande do Sul.** *Estudos Ibero-Americanos*, 1(2), 1975, p. 227-274. <https://doi.org/10.15448/1980-864X.1975.2.36220>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/iberoamericana/article/view/36220>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MARQUIEGUI, Dedier Norberto. **El lugar de la locura:** Una lectura a partir de los Registros Internos de la Colonia Nacional de Alienados Dr. Domingo Cabred de Open Door a principios del siglo XX. Universidad Nacional de Luján. Programa de Estudios Geográficos; *Anuarios Geográficos*, 2013, 1-13. Disponível em: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/26156>. Acesso em: 28 ago. 2020.

MOLINARI, Augusta. **As travessias das históricas migrações italianas:** entre fatos e narrações. *História (São Paulo)* v.36, e115, 2017 ISSN 1980-4369.

MOREIRA, Paulo Sataudt. **Entre o deboche e a rapina:** os cenários sociais da criminalidade em Porto Alegre. 1. ed.—Porto Alegre: Armazém Digital, 2009.

MÜHLEN, Caroline von. **Réus e vítimas:** criminalidade, justiça e cotidiano em uma região de imigração alemã (São Leopoldo, 1846-1871). (Tese de doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2017.

NASCIMENTO, Mara Regina. Fios que se entrelaçam: A Santa Casa de Misericórdia e a urbanidade em Porto Alegre, no século XIX. In: Centro Histórico-Cultural Santa Casa (org.). **Histórias Reveladas I.** Porto Alegre: Editora da ISCMPA, 2009, p.11-32.

NASCIMENTO, Mara Regina. **A Irmandade Nosso Senhor dos Passos e a Santa Casa de Misericórdia:** história, caridade e experiências de urbanidade em Porto Alegre/RS. Séculos XVIII-XIX. *Revista Paralellus, Recife*, v. 5, n. 9, p. 93-118, jan./jun. 2014.

OLIVEIRA, Daniel. **Morte e vida feminina:** mulheres pobres e condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1890). (Dissertação de mestrado) - Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PALMA, Rogério; TRUZZI, Oswaldo. **Italianos em São Carlos (SP):** começo ou fim de uma história? In: ELMIR, Cláudio; WITT, Marcos. (org.). Imigração na América Latina: histórias de fracassos. São Leopoldo: Oikos; Editora Unisinos, 2014, p. 75-114.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **Os pobres da cidade:** vida e trabalho (1880-1920). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1994.

PIMENTA, Tânia Salgado. **Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 11 (suplemento 1): 67-92, 2004.

PORTER, Dorothy. '**Changing Definitions of the History of Public Health**'. Hygiea internationalis: an interdisciplinary journal for the history of public health. 1 (1999), 9- 21. Publisher: International Network for the History of Public Health. ISSN 14038668. ISSN (electronic) 14044013. Disponível em: <https://ep.liu.se/ej/hygiea/ra/002/paper.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2023.

PORTER, Roy. **The Patient's View:** Doing Medical History from Theory and Society, Vol. 14, No. 2, pp. 175-198, 1985.

QUEVEDO, Éverton Reis. **“Uma mão protetora que os desvie do abismo”.** Sociedade Portuguesa de Beneficência de Porto Alegre e seu hospital (1854-1904). São Leopoldo: Oikos; Editora Unisinos, 2016.

REBELO, Fernanda. **A travessia:** imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926). Tese (Doutorado em história das ciências e da saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

REBELO, Fernanda. **Raça, clima e imigração no pensamento social brasileiro na virada do século XIX para o XX.** Filosofia e História da Biologia, v. 2, p. 159-177, 2007.

RODRIGUES, Carolina Wendling. **Justiça e crimes femininos nas regiões de colonização europeia do Rio Grande do Sul na Primeira República (1890-1930).** (Trabalho de Conclusão de Curso em História) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, São Leopoldo, 2020.

REVEL, Jacques. A história ao rés do chão. In: LEVI, Giovanni. **A herança imaterial: trajetória de um exorcista no Piemonte do século XVII**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, p. 7-37.

ROSSI, Daiane. **Assistência à saúde e à pobreza no interior do sul do Brasil (1903-1913)**. (Tese Doutorado em História das ciências e da saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

SÁ, Isabel. *As Misericórdias no Império Português (1500-1800). 500 anos das Misericórdias Portuguesas*.

SANGLARD, Gisele. **A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. Esboços**: revista do programa de pós-graduação em história da ufsc. v. 13 n. 16 (2006). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119>. Acesso em: 8 mar. 2022.

SANGLARD, Gisele. Pobreza e assistência na escrita da história. In: KORNDÖRFER, Ana Paula; BRUM, Cristiano E.; ROSSI, Daiane S.; FLECK, Eliane; QUEVEDO, Éverton R. (orgs.). **História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores**. São Leopoldo: Oikos, 2017, p. 19-39.

SANTOS, Victor. **“As ordens necessárias para o agasalho e sustento dessa gente”**: hospedagem e recepção de imigrantes na província e na corte do Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX (1850-1889) Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

SCHWARCZ, Lilia; SATARLING, Heloisa. **Brasil: uma biografia**. 1ª ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SCOTTI, Zelinda Rosa. **Que loucura é essa?: loucas e loucos italianos no Hospício São Pedro em Porto Alegre/RS (1900-1925)**. (Tese de doutorado) - Programa de Pós-graduação em História da PUCRS, Porto Alegre, 2013.

SEGAWA, Hugo. **Arquitetura de Hospedarias de Imigrantes**. Revista Inst. Est. Bras. São Paulo, v. 30, p.23-42, 1989.

SEYFERTH, Giralda. **Identidade camponesa e identidade étnica** (um estudo de caso). Anuário Antropológico, nº 91, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993, p. 38.

SHARPE, Jim. A história vista de Baixo. In: **A Escrita a história: novas perspectivas** / Peter Burke (org.); tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992, p.39-63.

SILVA, Gabriela Ucoski. **História e aspectos do cotidiano da Hospedaria de Imigrantes do Cristal Porto Alegre (1890-1898)**. (Dissertação de mestrado) - Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SILVA, Gabriela, Ucoski. **A recepção dos recém-chegados: as hospedarias de imigrantes do Rio Grande do Sul e o caso particular da Hospedaria do Cristal (1890-1898)**. XXVII Simpósio Nacional de História – ANPUH Brasil, Rio Grande do Norte, 2013.

STACCIANI, Carlo. Appunti per una ricerca sui giornali nautici dei piroscafi italiani fra Otto e Novecento. Asei – Archivio Storico dell’Emigrazione Italiana, 2011. Disponível em: <https://www.asei.eu/it/2011/09/appunti-per-una-ricerca-sui-giornali-nautici-dei-piroscafi-italiani-fra-otto-e-novecento/>. Acesso em: 1 mar. 2023.

STORMOWSKI, Marcia. **Crescimento econômico e desigualdade social: o caso da ex-colônia Caxias (1875-1910)**. (Dissertação de mestrado) - Departamento de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

TELAROLLI, Rodolpho Junior. **Imigração e epidemias no estado de São Paulo**. História, Ciências, Saúde —Manguinhos, III (2):265-283 Jul.-Oct. 1996.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas - RS (1847-1922)**. (Dissertação de Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em História das Sociedades Ibéricas e Americanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva:** A distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c. 1847 – c. 1891. (Tese de Doutorado) - Programa de Pós-graduação em História da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

VENDRAME, Maíra Ines. **Lá éramos servos, aqui somos senhores:** a organização dos imigrantes italianos na ex-colônia Silveira Martins: 1877-1914. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VENDRAME, Maíra Ines. **Mobilidade, redes e experiências migratórias:** algumas reflexões sobre as estratégias de transferência dos imigrantes italianos para o Brasil meridional. In: VENDRAME, Maíra Ines (et. all.) (orgs.). **Micro-História, trajetórias e imigração.** São Leopoldo: Editora OIKOS, 2015, p. 200-223.

VENDRAME, Maíra Ines. **O poder na aldeia:** redes sociais, honra familiar e práticas de justiça entre os camponeses italianos (Brasil-Itália). São Leopoldo: Oikos; Porto Alegre: ANPUH-RS, 2016.

VENDRAME, Maíra Ines. **Micro- história e história da imigração:** pensando o problema do equilíbrio e da complexidade. Tempo e Argumento, Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 267-288, jul./set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5965/2175180310252018267>. Acesso em: 20 maio 2019.

VENDRAME, Maíra Ines. **Loucas e criminosas:** crimes femininos e controle social em comunidades de colonização europeia no Rio Grande do Sul (século XX). Dossiê relações entre crime e gênero: um balanço. História (São Paulo) v.38, 2019, e2019046, ISSN 1980-4369. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-4369e2019046>. Acesso em: 15 jun. 2020.

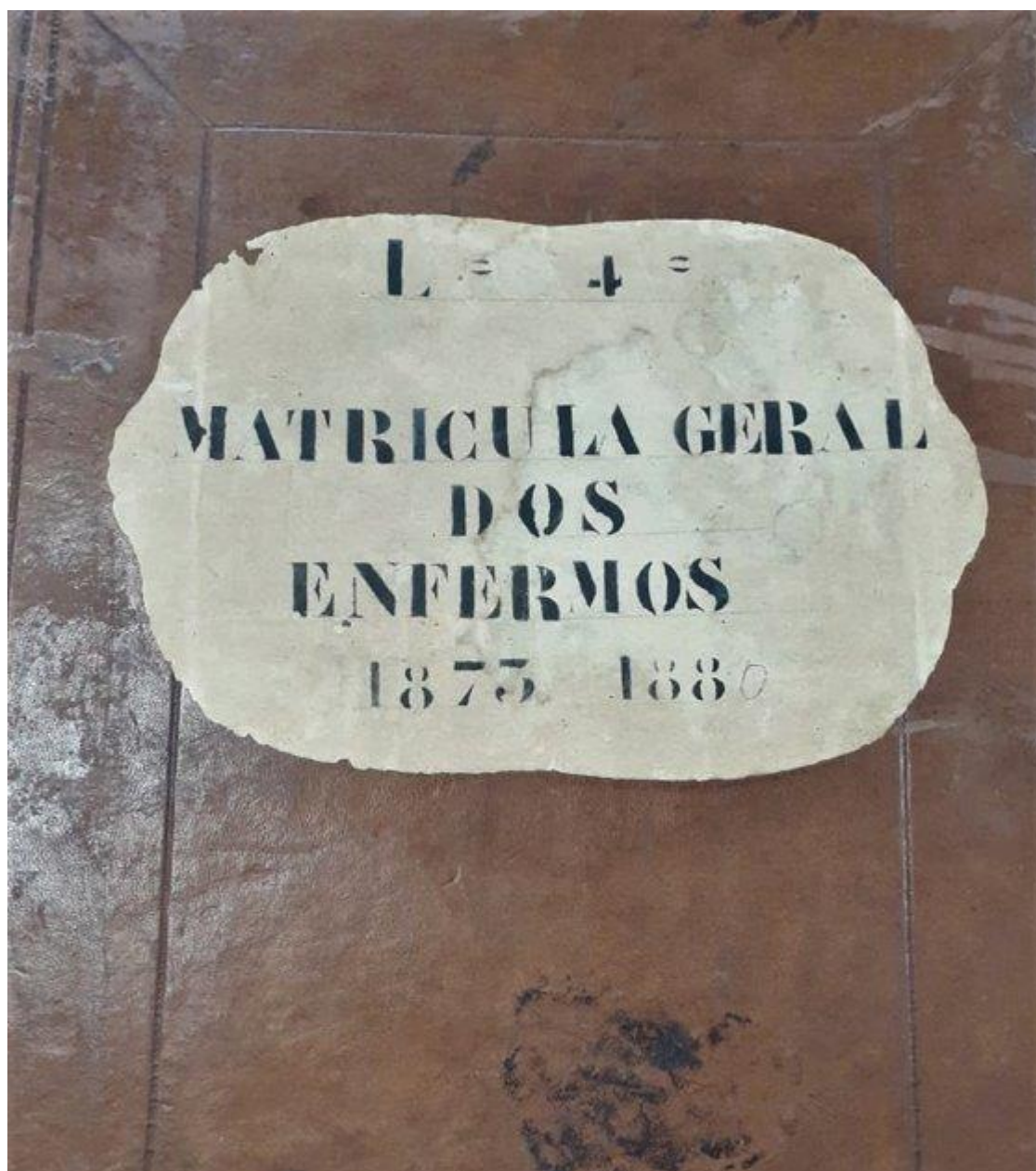
WEBER, Beatriz. **As artes de curar:** medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928. São Paulo: EDUSC, 1999.

WITTER, Nikelen. **Dizem que foi feitiço:** as práticas de cura no sul do Brasil (1845 a 1880). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

WITTER, Nikelen. **Males e Epidemias: Sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil** (Rio Grande do Sul, século XIX). Niterói, RJ. (Tese de doutorado) - Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

ANEXOS

**ANEXO A – LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE**



ANEXO B - LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS: ABERTURA DO
LIVRO

Servirá este Livro para o
fim indicado no Termo d'abertura.
Tem duzentas folhas todas nu-
meradas e fôr mim rubricadas
com o appellido do Sr. Juiz de que
fizo uso.

Santa Casa da
Misericórdia, em Porto
Alegre, de Janeiro de 1873.

O Provedor
João Antunes de Sá Junior

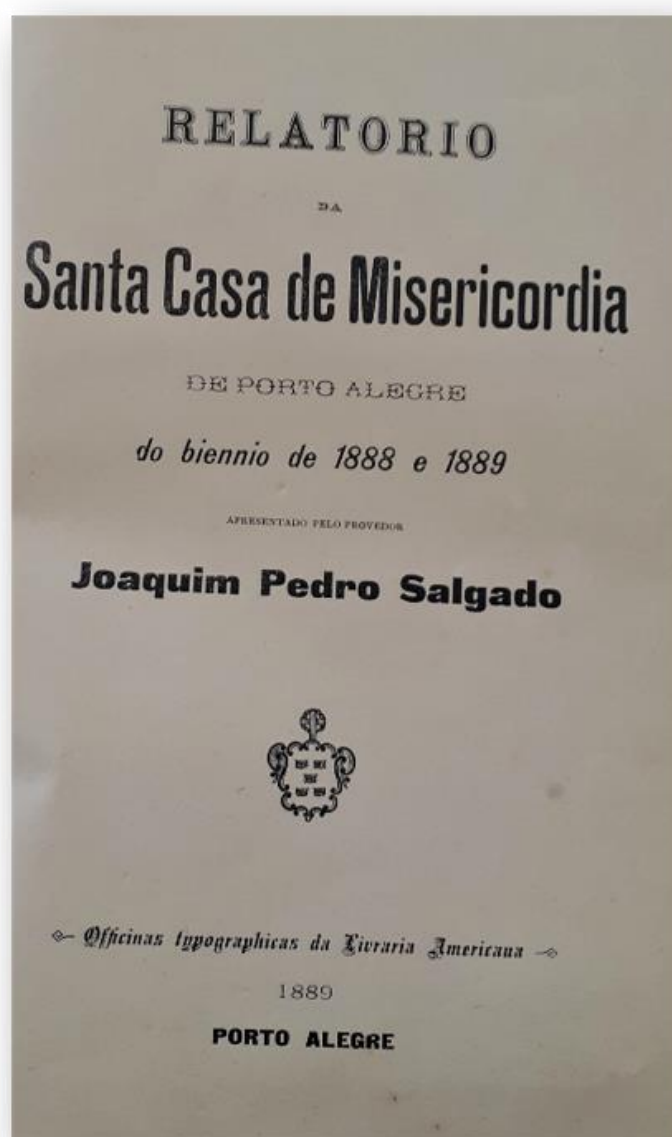
**ANEXO C – LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS: ITALIANOS
INGRESSANDO NA SANTA CASA NO MESMO DIA E EM SEQUÊNCIA**

475	13	Julho 1879	Passamiglio Giuseppe	54	Italia	banca	Pavina
476			Caporali de' M. Maria Maria	35	Principia	luta	Idem
477	14		Passi Anilda	26	Italia	banca	Idem
478			Passi Celina Maria	1	@		Idem
479			Passi Fortunato	2	@		Idem
480			Luotina Gambisano	3	@		Idem
481			Luigi Gambisano	1	@		Idem
482			Virginia Bassoli	3	@		Idem
483			Carlo Bassoli	5	@		Idem
484			Ferdinando Gaudin	3	@		Idem
485			Lucia Sardi	34	@		Idem
486			Adriana Sardi	1	@		Idem
487			Giorgina Gambisano	2	@		Idem
488			Maria Ricciardi	1	@		Idem
489			Magdalena Schiodi	3	@		Idem
490			Abbaide Felicini	3	@		Idem
491			Maria Gradella	3	@		Idem
492			Luigi Gradella	3	@		Idem
493			Maria Sansoni	4	@		Idem
494			Maria Sansoni	3	@		Idem
495			Maria Bassoli	3	@		Idem
496			Giuseppe Miedo	1	@		Idem
497			Adriana Luigi	30	@		Idem
498	15		Berni Pietro	53	@		Idem
499			Maria-Ser. Bianchi	23	@		Idem
500			Maria de' M. Maria Maria	35	Principia	banca	Idem
501			Luigi de' M. Maria Maria	35	Principia	banca	Idem

**ANEXO D – LIVRO DE MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS: REGISTRO DOS
IMIGRANTES ITALIANOS COM FEBRE AMARELA**

253	"	"	"	Lazzarone Altino	Febre amarella	3 de Ago	"	"
254	"	"	"	Brunati Rinaldo	Febre amarella	28 de Fev	"	Fallecon
255	"	"	"	Brunati Lio Battia	Febre amarella	1 de Ago	"	Fallecon
256	"	"	"	Casella Francesco	Febre amarella	2 de Ago	"	"
257	"	"	"	Chiavara Angelo	Febre amarella	1 de "	"	"
258	"	"	"	Giubbone Pio Sa	Febre amarella	1 de "	"	Fallecon
259	"	"	"	Bonelli Luigi	Febre amarella	1 de Ago	"	Fallecon
260	"	"	"	Cegandi Vincenzo	Febre amarella	1 de Ago	"	Fallecon
261	"	"	"	Bracciano Nicolo	Febre amarella	1 de "	"	"
262	"	"	"	Stu Brich Nicolo	Febre amarella	1 de Ago	"	Fallecon
263	"	"	"	Candido Antonio	Febre amarella	1 de "	"	"
264	"	"	"	Melati Santo	Febre amarella	1 de "	"	"
265	"	"	"	Sarona Marco	Febre amarella	3 de Ago	"	"
266	"	"	"	Tronza Trino	Febre amarella	1 de "	"	"
267	"	"	"	Angela Chiavara	Febre amarella	28 de Fev	"	Fallecon
268	"	"	"	Giuseppa P. e Carne	Febre amarella	28 de "	"	Fallecon
269	"	"	"	"	Febre amarella	1 de Ago	"	"

ANEXO E – CAPA DO RELATÓRIO DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE



**ANEXO F- RELATÓRIO DA PROVIDORIA DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE- BIÊNIO DE 1888 E 1889. MENÇÃO AOS
IMIGRANTES COM FEBRE AMARELA**

Em principios deste anno, tendo tido communicação do administrador do Estabelecimento de que o medico de dia reconhecera a febre amarella nos colonos, que, tendo desembarcado, foram para ahi mandados, convoquei logo uma reunião do corpo medico do Estabelecimento. Examinados os doentes, foi confirmado aquelle diagnostico. Immediatamente tomei as providencias que a urgencia do caso requeria, fazendo remover os colonos accommettidos da molestia diagnosticada para uma enfermaria especial que mandei preparar n'um dos compartimentos do pavimento terreo, e ordenando constantes desinfecções por todo o edificio. Em seguida officiei á presidencia da provincia ponderando-lhe a urgente necessidade da remoção dos alludidos colonos para fóra do estabelecimento, e declarando-lhe que dessa data em diante deixariam de ser nelle recebidos mais colonos, enquanto não cessasse o character epidemico que apresentavam as molestias dos immigrants. S. Ex. mandou crear lazaretos, e os poucos colonos que estavam ainda em tratamento foram logo para os mesmos removidos. Dest'arte, e devido ás precauções tomadas, a molestia não se desenvolveu no hospital, ficando circumscripta a essa pobre gente.

**ANEXO G - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS: LIVRO DE
MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS Nº 4 (27/01/1873 A 31/08/1880)**

[em branco]	125	Incerto ou não mencionada
Abcesso	4	Causas variadas
Albuminuria	1	Causas variadas
Alcoolismo	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Alienação	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Alienação (gripe)	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Anemia	7	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Angina tonsilar	1	Sistema linfático
Anidrose	7	Doenças na pele
Asma	3	Sistema respiratório
Atonia	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Blefarite	1	Doenças na pele
Blenorragia	2	Doenças venéreas
Boubas	2	Doenças infecto-parasíticas
Bronquite	5	Sistema respiratório
Bubão	2	Doenças venéreas
Bubão venéreo	1	Doenças venéreas
Bubões	1	Doenças venéreas
Bubões e tifo	1	Doenças venéreas
Cancro	1	Causas variadas - Cancros
Cancros	5	Causas variadas - Cancros
Catarro pulmonar	1	Sistema respiratório
Conjuntivite	2	Doenças infecto-parasíticas
Constipação	5	Sistema digestivo
Contusão	1	Causas variadas - Contusões
Contusão na mão	1	Causas variadas - Contusões
Contusão no pé	1	Causas variadas - Contusões
Coxalgia	2	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Dartros	1	Doenças na pele
Dentição	1	Causas mal definidas
Diarreia	35	Sistema digestivo
Disenteria	5	Doenças infecto-parasíticas
Dispepsia	1	Sistema digestivo
Disúria	1	Sistema geniturinário
Dor do lado direito	1	Causas variadas - Dores
Dores Osteocopas	1	Causas variadas - Dores
Dores osteocopas [sic]	1	Causas variadas - Dores
Eczema	3	Doenças na pele

Edema das extremidades	1	Doenças na pele
Edema na perna	1	Doenças na pele
Embaraço gástrico	2	Sistema digestivo
Enteralgia	1	Sistema digestivo
Erisipela	2	Doenças infecto-parasíticas
Escorbuto	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Escrófulas	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Espasmo	1	Doenças infecto-parasíticas
Estomatite	1	Sistema digestivo
Falsa articulação	1	Causas mal definidas
Febre adinâmica	1	Causas variadas - Febres
Febre biliosa	1	Causas variadas - Febres
Febre intermitente	1	Causas variadas - Febres
Febre perniciosa	1	Causas variadas - Febres
Febre tífica	2	Doenças infecto-parasíticas
Febre Tifoide	1	Doenças infecto-parasíticas
Ferida na perna	2	Doenças na pele
Ferida no pé	1	Doenças na pele
Ferida simples	7	Doenças na pele
Ferimento	6	Causas variadas
Gastralgia	12	Sistema digestivo
Gastro enteralgia	3	Sistema digestivo
Gastroenterite	1	Sistema digestivo
Gastroenterites	2	Sistema digestivo
Gonorreia	4	Doenças venéreas
Hemorroidas	6	Sistema circulatório
Hepatite	1	Sistema digestivo
Hernia	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Ignora-se	3	Incerto ou não mencionada
Incisão lombar	1	Causas variadas
Intermitentes	3	Causas variadas - Febres
Irite	1	Doenças oculares
Lumbago	2	Causas variadas - Dores
Luxação	1	Causas variadas
Mastite	1	Gravidez, parto e puerpério
Mielite	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Nenhuma	37	Sem doença
Nevralgia	4	Causas variadas
Nevrose	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Odontalgia	2	Causas variadas
Oftalmia	5	Doenças oculares
Ondontalgia	1	Causas variadas
Operação	1	Causas variadas
Otorreia	1	Causas variadas

Panarício	2	Doenças na pele
Parto	2	Gravidez, parto e puerpério
Pênfigo	1	Doenças na pele
Prenhez	2	Gravidez, parto e puerpério
Prisão de Ventre	1	Sistema digestivo
Queimadura	3	Doenças na pele
Queimaduras	1	Doenças na pele
Queimaduras profundas	1	Doenças na pele
Reumatismo	20	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Sarampão	2	Doenças infecto-parasíticas
Sarnas	8	Doenças infecto-parasíticas
Sem assistência	1	SAM (sem assistência médica)
Sem assistência médica	1	SAM (sem assistência médica)
Sífilis	11	Doenças infecto-parasíticas
Sífilis constitucional	1	Doenças infecto-parasíticas
Sífilis e reumatismo	1	Doenças infecto-parasíticas
Supressão de transpiração	2	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Torcicolo	1	Causas variadas
Tubérculos	1	Doenças infecto-parasíticas
Tubérculos pulmonares	2	Doenças infecto-parasíticas
Úlcera	3	Causas variadas - Úlceras
Úlcera crônica	1	Causas variadas - Úlceras
Úlcera na perna	2	Causas variadas - Úlceras
Úlcera no pé	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceras	1	Causas variadas - Úlceras
Urticaria	1	Doenças na pele
Varíola	13	Doenças infecto-parasíticas
Varíola	1	Doenças infecto-parasíticas
Total Geral	453	

**ANEXO H - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS: LIVRO DE
MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS Nº 5 (01/01/1883 A 30/06/1888)**

[em branco]	4	Incerto ou não mencionada
Aborto	1	Gravidez, parto e puerpério
Abscesso	6	Causas variadas
Adenite	5	Sistema linfático
Alcoolismo	2	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Alienação	5	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Amidalite	2	Sistema linfático
Amputação da Coxa	1	Causas variadas
Amputação da perna	2	Causas variadas
Amputação da Perna Direita	1	Causas variadas
Anemia	5	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Angina	21	Sistema linfático
Angina no peito	1	Sistema circulatório
Ascite	1	Sistema circulatório
Asma	1	Sistema respiratório
Atrofia	2	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Atrofia Hepática	1	Sistema circulatório
Blenorragia	1	Doenças venéreas
Bobas	7	Doenças infecto-parasíticas
Boubas	1	Doenças infecto-parasíticas
Bronco-enterite	1	Causas variadas
Broncopneumonia	1	Sistema respiratório
Bronquite	22	Sistema respiratório
Bronquite capilar	2	Sistema respiratório
Bronquite crônica	1	Sistema respiratório
Cálculos vesicais	1	Sistema geniturinário
Cancro	3	Causas variadas - Cancros
Cancro venéreo	1	Doenças venéreas
Cancros	2	Causas variadas - Cancros
Cancros venéreos	2	Doenças venéreas
Caquexia	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Castração	1	Sistema geniturinário
Catarata	8	Doenças oculares
Catarro	1	Sistema respiratório
Catarro gástrico	10	Causas variadas
Catarro Intestinal	1	Sistema digestivo
Cefalalgia	2	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Cistite	1	Sistema geniturinário
Cisto	1	Causas variadas
Cólica	1	Causas variadas
Cólica Nervosa	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos

Colite interna	1	Sistema digestivo
Congestão	1	Sistema circulatório
Congestão cerebral	3	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Congestão do fígado	1	Sistema circulatório
Congestão Pulmonar	1	Sistema respiratório
Congestão. Bronquite	1	Sistema respiratório
Constipação	10	Sistema digestivo
Constipação de ventre	13	Sistema digestivo
Constipação do ventre	1	Sistema digestivo
Contusão	7	Causas variadas - Contusões
Contusões	1	Causas variadas - Contusões
Coqueluche	1	Primeira infância e malformações congênicas
Dartros	1	Doenças na pele
Delírio	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Diarreia	26	Sistema digestivo
Diarreia Crônica	1	Sistema digestivo
Difterite	1	Doenças infecto-parasíticas
Disenteria	2	Doenças infecto-parasíticas
Dispepsia	9	Sistema digestivo
Ecanações no feto [sic]	1	Primeira infância e malformações congênicas
Eczema generalizada	1	Doenças na pele
Edema	2	Doenças na pele
em observação	1	Causas mal definidas
Embaraço Gástrico	3	Sistema digestivo
Embriaguez	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Encefalografia	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Enterite	3	Sistema digestivo
Enterocolite	4	Sistema digestivo
Epilepsia	4	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Epitelioma	2	Causas variadas - Cancros
Erisipela	3	Doenças infecto-parasíticas
Eritema	2	Doenças na pele
Erupção	1	Doenças na pele
Erupção Cutânea	1	Doenças na pele
Erupção da pele	1	Doenças na pele
Espasmo	2	Causas variadas
Extrapion [sic]	1	Incerto ou não mencionada
Febre gástrica	6	Causas variadas - Febres
Febre Intermitente	8	Causas variadas - Febres
Febre remitente	1	Causas variadas - Febres
Febre Tífica	1	Doenças infecto-parasíticas
Febre Tifoide	2	Doenças infecto-parasíticas
Ferida	1	Doenças na pele
Ferida simples	1	Doenças na pele
Feridas	1	Doenças na pele
Feridas contusas	1	Doenças na pele
Ferimento	5	Causas variadas

Fístula	1	Sistema circulatório
Fístulas	2	Sistema circulatório
Fratura da Perna	2	Causas variadas
Fratura da Perna Direita	1	Causas variadas
Furúnculos	1	Doenças infecto-parasíticas
Gangrena	1	Doenças na pele
Gastralgia	4	Sistema digestivo
Gastrite	1	Sistema digestivo
Gastroenterite	1	Sistema digestivo
Gonorreia	4	Doenças venéreas
Hemiplegia	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Hemiplegia (Encefalite crônica)	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Hemoptise	2	Sistema circulatório
Hepatite	5	Sistema digestivo
Hidrocefalia	1	Primeira infância e malformações congênicas
Hidrocele	3	Doenças venéreas
Inanição	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Inchaço Do Olho Esquerdo	1	Doenças oculares
Infecção Purulenta	1	Causas variadas
L. puerperal	1	Gravidez, parto e puerpério
Laringite	1	Sistema respiratório
Lesão orgânica do coração	1	Sistema circulatório
Leucorreia	1	Doenças venéreas
Luxação do braço	1	Causas variadas
Luxação do Joelho	1	Causas variadas
Meningite	1	Doenças infecto-parasíticas
Monomania religiosa	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Não tem	1	Sem doença
Não tem enfermidade	1	Sem doença
Nenhuma	15	Sem doença
Nenhuma	1	Sem doença
Nevralgia	8	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Nula	7	Sem doença
Nula	1	Sem doença
Odontalgia	1	Causas variadas
Orquite	6	Doenças venéreas
Ozena	1	Sistema respiratório
Paralisia	1	Causas variadas
Paraplegia	1	Causas variadas
Parotidite	1	Causas variadas
Parto	1	Gravidez, parto e puerpério
Peritonite	4	Sistema digestivo
Pleurisia	1	Sistema respiratório
Pneumonia	4	Sistema respiratório
Pólipo	1	Causas variadas
Preguiça	1	Causas variadas
Prenhez	1	Gravidez, parto e puerpério

Queimadura	1	Doenças na pele
Quisto	3	Causas variadas
Recessão da metade direita [ilegível]	1	Causas mal definidas
Reumatismo	30	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Sarampão	9	Doenças infecto-parasíticas
Sarnas	3	Doenças infecto-parasíticas
Sem enfermidade	1	Sem doença
Sífilis	7	Doenças infecto-parasíticas
Supressão de transpiração	8	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Tremores [ilegível]	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Tubérculos	1	Doenças infecto-parasíticas
Tubérculos pulmonares	4	Doenças infecto-parasíticas
Tubérculos pulmonares	1	Doenças infecto-parasíticas
Tuberculose	5	Doenças infecto-parasíticas
Tumor	3	Causas variadas - Tumores
Tumor no peito do pé direito	1	Causas variadas - Tumores
Tumor uterino	1	Causas variadas - Tumores
Tumores hemorroidais	1	Causas variadas - Tumores
Úlcera	9	Causas variadas - Úlceras
Úlcera crônica	1	Causas variadas - Úlceras
Úlcera de estomago	1	Causas variadas - Úlceras
Úlcera na fração posterior e inferior do pé esquerdo	1	Causas variadas - Úlceras
Ulcerações sífilíticas	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceras	2	Causas variadas - Úlceras
Úlceras	4	Causas variadas - Úlceras
Úlceras	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceras na perna esquerda	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceras no colo	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceras Sífilíticas	1	Causas variadas - Úlceras
Uretrite	1	Sistema geniturinário
Vaginite	1	Doenças venéreas
Varíola	3	Doenças infecto-parasíticas
Total Geral	486	

**ANEXO I – TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS: LIVRO DE
MATRÍCULA GERAL DOS ENFERMOS Nº 6 (07/07/1888 A 06/06/1893)**

[em branco]	11	Incerto ou não mencionada
Abscesso	5	Causas variadas
Adenite	4	Doenças infecto-parasíticas
Adenite Inguinal	1	Causas variadas
Alcoolismo	3	Causas variadas
Amidalite aguda	1	Causas variadas
Amolecimento Cerebral	1	Causas variadas
Anemia	5	Causas variadas
Aneurisma da aorta abdominal	1	Causas variadas
Angina	1	Sistema linfático
Angina inflamatória	1	Sistema linfático
Artrite tuberculosa do joelho direito	1	Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos
Ascite	2	Doenças infecto-parasíticas
Ataxia locomotora	1	Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos
Atonia gastrointestinal	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Atrepsia	1	Sistema circulatório
Blenhyse [sic]	1	Sistema circulatório
Blenorragia	6	Sistema circulatório
Blenorragia aguda	2	Causas variadas
Blenorragia crônica e hérnia inguinal direita	1	Sistema circulatório
Blenorragia e gastrite	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Broncopneumonia	8	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Bronquite	19	Primeira infância e malformações congênitas
Bronquite asmática	2	Incerto ou não mencionada
Bronquite bacilar	1	Doenças venéreas
Bronquite catarral	5	Doenças venéreas
Bronquite crônica	3	Doenças venéreas; Causas variadas
Bronquite e sarampão	1	Doenças venéreas; Sistema digestivo
Buftalmia	1	Sistema respiratório
Calo na planta do pé	1	Sistema respiratório
Cancro	4	Sistema respiratório
Cancro hunteriano	2	Sistema respiratório
Cancros	3	Sistema respiratório
Cancros moles vulvais	1	Sistema respiratório
Cancros venéreos	3	Sistema respiratório; Doenças infecto-parasíticas

Cárie aproplata direita	1	Primeira infância e malformações congênitas
Cataporas	1	Doenças na pele
Catarata	1	Causas variadas - Cancros
Catarata senil dupla completa	1	Causas variadas - Cancros
Cataratas	2	Causas variadas - Cancros
Catarro do estômago	1	Causas variadas - Cancros
Catarro gástrico	1	Doenças venéreas
Catarro pulmonar	1	Doenças infecto-parasíticas
Cólica Hepática	1	Doenças infecto-parasíticas
Colite	1	Doenças oculares
Congestão Cerebral	1	Doenças oculares
Congestão do fígado	2	Doenças oculares
Congestão pulmonar	1	Sistema digestivo
Conjuntivite	1	Sistema digestivo
Conjuntivite catarral	2	Sistema respiratório
Conjuntivite dupla	1	Sistema digestivo
Conjuntivite simples	1	Sistema digestivo
Constipação	5	Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos
Constipação do Ventre	2	Sistema circulatório
Contusão	7	Sistema respiratório
Contusão da Articulação túbio-tarciana Direita	1	Doenças infecto-parasíticas
Contusão da mão direita	1	Doenças infecto-parasíticas
Contusão no antebraço direito	1	Doenças infecto-parasíticas
Contusões	1	Doenças infecto-parasíticas
Corpo estranho no ouvido	1	Sistema digestivo
Debilidade	1	Sistema digestivo
Degeneração carioso dos gânglios da região inguinal direita	1	Causas variadas - Contusões
Dermatose	1	Causas variadas - Contusões
Dermatose da planta de ambos os pés	1	Causas variadas - Contusões
Diarreia	18	Causas variadas - Contusões
Diarreia verde	1	Causas variadas - Contusões
Dilaceração das bolsas escrotais com descolamento em massa de todas as camadas até a vaginal exclusiva	1	Causas variadas
Dilatação aórtica	1	Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos
Disenteria	9	Sistema linfático
disenteria aguda	1	Doenças na pele
Dispepsia	4	Doenças na pele
Dor de dentes	1	Sistema digestivo
Eczema	3	Sistema digestivo
Eczema Crônico	1	Causas variadas
Eczema de ambas as pernas	1	Sistema circulatório
Eczema na perna direita	1	Doenças infecto-parasíticas
Eczema na perna esquerda	1	Doenças infecto-parasíticas
Eczema na virilha	1	Sistema digestivo

Edema dos membros inferiores	1	Causas variadas
Embaraço gástrico	38	Doenças na pele
Embaraço gástrico Febril	4	Doenças na pele
Endocardite	1	Doenças na pele
Endometrite	1	Doenças na pele
Enteralgia	1	Doenças na pele
Enterite	2	Doenças na pele
Enterite catarral	3	Doenças na pele
Enterite Crônica	3	Sistema digestivo
Enterite tuberculosa	2	Sistema digestivo
Enterites	1	Doenças infecto-parasíticas
Enterocolite	5	Doenças venéreas
Epitelioma	1	Sistema digestivo
Erisipela	1	Sistema digestivo
Erupção Dartrosa	1	Sistema digestivo
Escrofulose. Diarreia	1	Sistema digestivo
Estafilomas corneanas	1	Causas variadas
Estreitamento da uretra	3	Sistema digestivo
Estreitamento e insuficiência mitral	1	Sistema digestivo
Febre amarela	21	Causas variadas - Cancros
Febre gástrica	7	Doenças infecto-parasíticas
Febre palustre	2	Doenças na pele
Febre Perniciosa	1	Doenças na pele. Sistema digestivo
Febre tífica de forma hemorrágica	1	Doenças oculares
Febre tifoide	28	Sistema geniturinário
febre tifoide (provável)	1	Sistema circulatório
Febre tifoide e Diarreia	1	Doenças infecto-parasíticas
Febre Tifoife	1	Causas variadas - Febres
Febre tísica	1	Doenças infecto-parasíticas
Ferida contusa produzida por cão	1	Causas variadas - Febres
ferida incisa do punho	1	Doenças infecto-parasíticas
Ferida incisa na perna esquerda	1	Doenças infecto-parasíticas
Ferida no pé	1	Doenças infecto-parasíticas
Ferida por arrancamento do pé direito	1	Doenças infecto-parasíticas
Feridas simples	1	Doenças infecto-parasíticas
Ferimento	1	Doenças infecto-parasíticas
Ferimento Antigo por arma de fogo do joelho esquerdo, ficando a bala dentro da articulação	1	Causas variadas - Contusões
Ferimento Contuso do auricular esquerdo	1	Doenças na pele
Ferimento contuso no joelho direito	1	Doenças na pele
Ferimento inciso (0,02m) e superficial da região lombar esquerda	1	Doenças na pele
ferimento inciso da região anterior do tórax	1	Causas variadas
Ferimento inciso, contuso da região frontoparietal de 7 centímetros cacetada	1	Doenças na pele
Ferimento ocular penetrante com atrofia do olho esquerdo	1	Causas variadas
Ferimento por arma de fogo com perda de falanges dos dedos mão direita	1	Violência ou acidental

Ferimento por explosão de mina de pedra	1	Causas variadas - Contusões
Ferimento Simples	2	Causas variadas - Contusões
Fístula cega	2	Violência ou acidental
Fístula nasal	1	Violência ou acidental
Fístula no ânus	1	Violência ou acidental
Fístula no saco escrotal	1	Causas variadas - Ferimentos
Fístulas Urinárias	1	Violência ou acidental
Flegmão	1	Causas variadas - Ferimentos
Flegmão da mão direita	1	Causas variadas
Flegmão da mão e alienação mental	1	Sistema circulatório
Flegmão do braço direito	1	Sistema respiratório
Flegmão do dedo	1	Sistema circulatório
Flegmão do index direito	1	Sistema circulatório
Flegmão do pescoço	1	Sistema geniturinário
Forte contusão da região toraxica com fratura das nona e décima costelas direitas.	1	Doenças na pele
Fraqueza	1	Doenças na pele
Fratura cominutiva e exposta da tíbia da perna esquerda	1	Doenças na pele
Fratura da coxa direita	1	Doenças na pele
Fratura da perna	1	Doenças na pele
Fratura da tíbia esquerda	1	Doenças na pele
Fratura do úmero	1	Doenças na pele
Fratura Subcutânea do rádio. Luxação do punho direito	1	Causas variadas - Contusões
Fungos do testículos	1	Causas variadas
Furúnculo da nádega direita	1	Causas variadas
Furunculose	1	Causas variadas
Gastralgia	7	Causas variadas
Gastrite	5	Causas variadas
Gastroenterite	4	Causas variadas
Gastrointestinal	1	Causas variadas
Glândula cancerosa	1	Doenças infecto-parasíticas
Glossite	1	Doenças infecto-parasíticas
Gonorreia	3	Doenças infecto-parasíticas
Grande perda do substância do osso frontal esquerdo, compreendendo o seio respectivo	1	Sistema digestivo
Gripe	1	Sistema digestivo. Causas variadas
Hemorragia Cerebral	3	Sistema digestivo
Hemorragia Intestinal	1	Sistema digestivo
Hemorroidas e ozena sífilítica	1	Sistema digestivo
Hepatite	2	Causas variadas
Hepatite subaguda	1	Sistema linfático
Hernia	1	Doenças venéreas
Hidrocele	4	Causas variadas
Histeria	1	Sistema respiratório
Histerismo	1	Sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos
Icterícia	2	Sistema digestivo

Icterícia. Parto a termo	1	Doenças venéreas
Ignora-se	2	Doenças infecto-parasíticas
Impoludium [sic]	1	Doenças infecto-parasíticas
Incerto	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Infecção hunteriana	3	Doenças venéreas
Infecção Pulmonar	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Inflamação dos olhos	3	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Influenza	1	Primeira infância e malformações congênicas
Insuficiência aórtica	1	Primeira infância e malformações congênicas. Gravidez, parto e puerpério
Insuficiência mitral	5	Incerto ou não mencionada
Irites	1	Incerto ou não mencionada
Lesão orgânica do coração	2	Incerto ou não mencionada
Leucemia e infiltração da c.	1	Causas mal definidas
Leucoma central	1	Sistema respiratório
Linfatismo	1	Doenças oculares
Lombalgia de origem traumática (Esforço)	1	Sistema respiratório
Lumbago	1	Sistema circulatório
Luxação	1	Sistema circulatório
Mal de Bright	1	Doenças oculares
Mamilos hemorroidais	1	Sistema circulatório
Metrite	1	Causas mal definidas
Metrite e ovarite	1	Doenças oculares
Metrorragia	1	Sistema linfático
Moribundo	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Nada sofria	18	Causas variadas - Dores
Não quis sujeitar-se ao isolamento.	1	Causas variadas
Não tem moléstia	4	Sem doença
Não tinha enfermidade	2	Sistema circulatório
Não tinha moléstia	3	Gravidez, parto e puerpério
Nefrite	2	Gravidez, parto e puerpério
Nefrite crônica	1	Gravidez, parto e puerpério
Nefrite tóxica	1	Incerto ou não mencionada
Nenhuma moléstia	1	Sem doença
Neurastenia	3	SAM (sem assistência médica)
Nevralgia	5	Sem doença
Nevralgia Facial	1	Sem doença
Nevralgia intestinal	1	Sem doença
Nevralgia uterina	1	Doenças infecto-parasíticas
Nula	4	Doenças infecto-parasíticas
Oclusão intestinal	2	Doenças infecto-parasíticas
Oftalmia	3	Sem doença

Oftalmia Catarral Dupla	1	Sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos
Oftalmia granulosa	3	Causas variadas
Oftalmia granulosa dupla	1	Causas variadas
Olho esquerdo – Catarata mole	1	Causas variadas
Onixes do grosso artelho direito	1	Causas variadas
Orco epididimite	1	Sem doença
orque vaginalite fungosa (supurada) reumática. Fístulas	1	Sistema digestivo
Orquite	1	Doenças oculares
Osteíte necrose dos dedos da mão direita. Traumático. Esmagamento em cilindro	1	Doenças oculares
Ostite e necrose	1	Doenças oculares
Pagiro siluroso [sic] do útero	1	Doenças oculares
Parametrite	2	Doenças oculares
Parto	1	Causas mal definidas
Parto feliz	1	Causas mal definidas
Parto normal - O.I.E.A. Feto morto	1	Doenças venéreas
Peritonite	1	Doenças venéreas
Peritonite Crônica	1	Violência ou acidental
Pleuris Gripal	1	Causas variadas
Pleurisia	1	Incerto ou não mencionada
Pleurodinia	1	Gravidez, parto e puerpério
Pneumonia	1	Gravidez, parto e puerpério
Psoríase vulgar	1	Gravidez, parto e puerpério
Pulex penetrans focos múltiplos em ambos os pés	1	Gravidez, parto e puerpério
Queimadura	1	Gravidez, parto e puerpério
Queimadura de 2/3 da pele	1	Causas variadas
Queratite Ulcerosa	1	Causas variadas
Quisto na coxa	1	Sistema respiratório
Repentinamente	1	Sistema respiratório
Resfriamento	2	
Retenção espasmódica das urinas	1	Sistema respiratório
Reumatismo	28	Doenças na pele
Reumatismo articular	1	Causas mal definidas
Reumatismo articular agudo	4	Doenças na pele
Reumatismo crônico	3	Doenças na pele
Sarna	2	Doenças na pele
Septicemia	2	Doenças na pele
Sífilis	10	Incerto ou não mencionada
Sífilis Cerebral	1	Sistema respiratório
Sífilis terciária	1	Sistema geniturinário
Tétanos	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Tifo latissimus	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Tísica parcial do olho direito	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina

Trajetos fistulosos na região lombar esquerda	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Tricomicoses favosas	1	Doenças infecto-parasíticas
Tubérculos	1	Doenças infecto-parasíticas
Tuberculose	6	Doenças infecto-parasíticas
Tuberculose generalizada	1	Doenças infecto-parasíticas
Tumor	2	Doenças infecto-parasíticas
Tumor maligno no pescoço	1	Doenças infecto-parasíticas
Úlcera	2	Doenças infecto-parasíticas
Úlcera atônica da perna direita	1	Doenças infecto-parasíticas
Úlcera Atônica da perna esquerda	1	Causas variadas
Úlcera atônica na perna	1	Doenças infecto-parasíticas
Úlcera atônita	1	Doenças infecto-parasíticas
Úlcera atônita da perna	1	Doenças infecto-parasíticas
Úlcera cancerosa	1	Doenças infecto-parasíticas
Úlcera cancerosas	1	Causas variadas - Tumores
Úlcera crônica	1	Causas variadas - Tumores
Úlcera da Garganta	1	Causas variadas - Úlceras
úlceras da região maleolar externa direita	1	Causas variadas - Úlceras
Úlcera na perna	2	Causas variadas - Úlceras
Úlcera na perna Esquerda	1	Causas variadas - Úlceras
Úlcera sifilítica	1	Causas variadas - Úlceras
Úlcera simples	2	Causas variadas - Úlceras
Úlcera simples da perna esquerda	1	Causas variadas - Úlceras
Úlcera venérea da perna	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceração do nariz e véu do paladar por parasita	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceração no pé direito	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceração sifilítica	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceras	5	Causas variadas - Úlceras
úlceras da perna esquerda	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceras Sifilíticas	1	Causas variadas - Úlceras
Úlceras Venéreas	1	Causas variadas - Úlceras
Uretrite crônica	1	Causas variadas - Úlceras
Varíola	3	Causas variadas - Úlceras
Varíola discreta	1	Causas variadas - Úlceras
Varíola Hemorrágica	1	Causas variadas - Úlceras
Varíola, hepatite crônica	1	Causas variadas - Úlceras
Varizes na perna direita	1	Causas variadas - Úlceras
Vegetações Sifilíticas	1	Causas variadas - Úlceras
Velhice e anemia	1	Causas variadas - Úlceras
Vulvovaginite específica	1	Causas variadas - Úlceras
Abscesso na Face	1	Sistema geniturinário
Abscesso frio de região dorsal	1	Doenças infecto-parasíticas
Abscesso do períneo	1	Doenças infecto-parasíticas
Gastralgia e Abscesso Axilar	1	Doenças infecto-parasíticas
Abscesso perianal (região glútea)	1	Doenças infecto-parasíticas
Abscesso da córnea, consequência da varíola	1	Sistema circulatório
Parto a termo normal. Abscesso do seio	1	Doenças venéreas

Abscesso do Seio	1	Doenças reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina
Total Geral	649	Doenças venéreas