

# Medicina e Império: Grandes mudanças no panorama científico – de barbeiros a médico

DULCÍDIO DE BARROS MOREIRA JÚNIOR

*Professor do UNIPAM e membro adjunto do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*

ALINE FIGUEIREDO

*Discente do curso medicina UNIPAM*

CAMILA VIEIRA

*Discente do curso medicina UNIPAM*

---

**Resumo:** A forma de ensino da arte médica vem passando por inúmeros questionamentos na atualidade. Hoje temos grande direcionamento para a análise crítica das informações absorvidas com uma postura questionadora. Conforme veremos neste artigo de revisão da literatura sobre os fatores históricos que motivaram as mudanças de tendência da medicina em sua evolução, perceberemos que esta ciência se adapta às necessidades sociais a que são impostas. Tais mudanças são claramente vistas com os conceitos higienistas que nortearam a medicina imperial até fins da década de 1870, quando a chegada da bacteriologia trouxe a agregação da ciência ao desenvolvimento da medicina. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre a medicina do período Imperial brasileiro ao século XXI.

**Palavras-chave:** medicina, Brasil, período Imperial.

**Abstract:** The way of teaching the art of medicine has recently undergone numerous questions. Today we have a great direction for the critical analysis of information absorbed with a questioning mind. As we will see in this review of the literature on the historical factors that led to changes in the trend of medicine in its evolution, we realize that science adapts to the social needs that are imposed. Such changes are clearly seen with the hygienist concepts that guided imperial medicine until the late 1870s, when the arrival of bacteriology aggregation brought science to the development of medicine. It is a narrative review of the literature on medicine of the period to the twenty-first century Imperial Brazil.

**Keywords:** medicine; Brazil; imperial age.

---

**N**a era medieval, o ensino médico consistia basicamente na leitura e recitação dos textos hipocráticos e galênicos, não necessariamente com atividades práticas orientadas por preceptores. Com a evolução do estudo das ciências básicas como a Anatomia Patológica, com Morgagni (1682-1771) e Virchow (1821-1902), da Microbiologia, com Koch (1843-1910) e Pasteur (1822-1895), e da Fisiologia, com Claude Bernard (1813-1878), que transcorreram no final do século XIX, o estudo da medicina se modificou para incorporar também conhecimentos oriundos destas áreas básicas no intuito de embasar a prática da nascente medicina científica. Esta cientificidade também se refletiu na forma de ensino e treinamento dos futuros médicos. Nesta revisão da literatura objetivamos traçar uma linha de tendências assumidas pela medicina in-

fluenciada pelos acontecimentos mundiais do século XVIII a XXI.

Os pioneiros cirurgiões das Américas foram europeus que haviam adquirido suas rudimentares experiências e treinamentos na Escócia, Inglaterra, Alemanha e França, antes de imigrar para o novo mundo. Os jovens colonizadores que desejassem tornarem-se cirurgiões aprendiam por si como aprendizes de cirurgião ou cruzavam o Atlântico a fim de receber qualquer tipo de treinamento antes de regressar à América para, então, seguir seus companheiros imigrantes. A experiência e treinamento careciam de estrutura, não eram padronizados, e eram extremamente variáveis entre os que praticavam a cirurgia na América até a segunda metade do século XVIII. Os aprendizes estudavam as práticas da época, tratavam feridas e fraturas, aplicavam bandagens e geralmente se apoiavam, para o cuidado com os pacientes, em mestres cirurgiões ou mentores. Neste período a medicina era baseada em atividades empíricas sem qualquer forma de respaldo científico. Normalmente, o aprendizado era feito em cinco anos de serviço e aprendizagem da arte e prática da medicina e da cirurgia, então os aprendizes recebiam um certificado que os habilitava. Quando foi fundada a Escola Médica da Filadélfia em 1765, que posteriormente se transformou em Escola de Medicina da Pensilvânia agregou-se ciência à experiência dos aprendizes, principalmente por meio de aulas de anatomia e dissecação.

Em 1794, Phillip Syng Physick, natural da Filadélfia e formado na Escola da Pensilvânia, passou três anos como aprendiz de Adam Kuhn, o mais destacado cirurgião da nova nação e, finalmente, tornando-se o primeiro médico naturalmente americano a desempenhar sua função em sua nação. É considerado o pai da cirurgia Norte-Americana.

As cirurgias eram realizadas sob uma cúpula de vidro em dias ensolarados, entre às 11h e 14h. Também se utilizavam velas para iluminar os anfiteatros para as aulas de anatomia (iluminação não adequada). Neste momento, os procedimentos médicos mais comuns incluíam amputações, remoção de tumores externos e internos, remoção de cálculos vesiculares, correção de hérnias e redução de fraturas ósseas. Não se dispunha de anestesia geral e a anestesia com éter foi introduzida em 1846. A história nos revela que para os cirurgiões prepararem os pacientes para a cirurgia, faziam-nos ingerir grandes quantidades de bebida alcoólica, ofereciam ópio e láudano e golpeavam fortemente em suas cabeças com um pedaço de madeira para deixá-los inconscientes e, com sorte, não mortos. A alternativa a este método seria contratar 4 ou 5 homens fortes que continham fisicamente os pacientes durante a cirurgia.

Os primeiros cirurgiões a utilizarem estas salas de cirurgias eram considerados por seus colegas como artesãos habilidosos, sem qualquer associação com qualidades de inteligência, competência cognitiva e educação - fato este que ainda persiste em muitos membros da sociedade médica.

Embora Lister tenha introduzido noções de antissepsia em 1867, a técnica de cirurgias estéreis não se processou até 1890. Antes disso, os cirurgiões realizavam assepsia das mãos somente após e não antes dos procedimentos. Usavam longas "batas" para proteger suas roupas e, estas "batas" passavam anos sem serem lavadas (a quantidade de sangue e detritos nas batas dava prestígio ao cirurgião).

O exercício da Medicina ainda não dependia de licenças até o início do século XIX; estas licenças eram dadas por cursos oficiais e não aceitavam mulheres. Porém há várias referências a mulheres cirurgiãs que trabalhavam sem se identificar como mulheres. A atração pela cirurgia, portanto, sempre existiu. O caso mais curioso é o de Miranda Barry (1797-1865) que, sob o nome de James Barry, foi o principal oficial médico e cirurgião da Armada Britânica, onde serviu durante 40 anos mostrando excelên-

te desempenho cirúrgico e grande habilidade na pontaria.

A medicina acadêmica imperial brasileira, suas instituições, crenças e personalidades não mereciam boa reputação entre os historiadores brasileiros. Os estudos que tentam demonstrar os aspectos da cultura médica oficial, ao longo do período imperial (1822 a 1889), têm afirmado que inexistia qualquer prática científica. Foi somente com a institucionalização da medicina pastoriana, na última década do século XIX, para muitos autores, que alguns ramos das ciências naturais, se tornariam objeto de pesquisas sistemáticas. A partir de então, uma onda de razões científicas contaminaria a intelectualidade oriunda das camadas médias urbanas e ajudaria a enfraquecer a postura anticientífica das elites imperiais.

A transferência da corte portuguesa para o Rio de Janeiro, em 1808, é apontada como o marco inicial do processo de independência política do Brasil. Embora Fernando Novais e Carlos Guilherme Mota ressaltem a crise do antigo sistema colonial (desenvolvimento do capital industrial, expansão dos mercados, demandas livres cambistas, difusão do iluminismo e de ideias liberais, desagregação do estado absolutista, independência das Treze Colônias Americanas e a Revolução Francesa), como fator de progressiva independência política nacional. De uma forma geral, o Brasil só passaria por mudanças substanciais na sua condição de colônia após a migração da corte Portuguesa para o Brasil. Esta foi motivada não somente pela invasão de Portugal pelas tropas napoleônicas, sob comando de Junot, em represália à recusa de Portugal ao bloqueio continental, mas também, segundo Maria de Lourdes Lyra, em função da existência, desde fins do século XVIII, de um projeto reformista da constituição de um poderoso império luso-brasileiro. A partir de então, o Rio de Janeiro, até aquele momento resumindo-se a uma simples sede de um vice-reino, torna-se a importante capital de um vasto império mundial, que além de Portugal e Brasil compreendia também territórios em mais dois continentes como a África e a Ásia (NOVAIS & MOTA, 1996).

A história da Medicina e da cirurgia no Brasil começa efetivamente com a vinda da família real. Até então quem aspirasse a ser médico precisava emigrar para a Europa. Em 18 de fevereiro de 1808, em Salvador, a primeira escola médica foi fundada, a Escola Anátomo-Cirúrgica e Médica da Bahia, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Em novembro do mesmo ano, logo após a chegada da família real ao Rio de Janeiro, foi implantada a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro que posteriormente passou a ser a Universidade do Brasil e atualmente é a Escola de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro. Em 1812 ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos. Em 1826, a Lei de 9 de setembro outorgou às escolas brasileiras o direito de conferir cartas de cirurgião e de médico aos alunos que concluíssem sua formação nestas instituições. Em 1828, esta lei foi ampliada determinando que só médicos diplomados pudessem clinicar, desaparecendo as “cartas de licenciamento”. Logo ficava decretado o término das atividades informais de curandeiros, barbeiros, boticários e parteiras, pelo menos em tese. Estas resumiam as principais atividades relacionadas com a medicina no período colonial.

Em 1832, por ato da Regência Trina, as escolas médicas foram denominadas de “Faculdades”, respectivamente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e o curso de graduação foi estendido para seis anos. Em 1879, foi promulgada a chamada “lei do ensino livre”, quando então se abriram as portas para a iniciativa privada.

Com a transferência da corte portuguesa, cerca de 15.000 pessoas tomaram parte da comitiva real, o que, para uma população que na época girava em torno de 60.000

habitantes, acarretou de imediato, sérios problemas para a vida da cidade relativos a aspectos socioeconômicos. Inúmeras instituições políticas coadministrativas do Estado Português foram locadas na nova sede do Império Luso-Brasileiro, bem como instituições científico-culturais foram também introduzidas, tais como a Biblioteca Real, o Museu Real, a Imprensa Régia, o Observatório Astronômico, o Real Jardim Botânico, as Academias Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro e da Bahia (1813 e 1815, respectivamente) e a Academia Real de Belas Artes.

Para tornar possível o governo português no Brasil, no entanto, não bastava apenas a instalação destes recursos burocráticos. Necessitava-se também pôr fim ao monopólio comercial que desde o início da colonização estivera sujeito à colônia portuguesa na América. A abertura dos portos brasileiros às nações amigas, decretada a princípio em caráter provisório, por Dom João já em fevereiro de 1808 (ainda em Salvador) constituiu um passo importante na mudança do estatuto colonial. O desenvolvimento de uma produção industrial brasileira foi de pouca repercussão prática, devido ao pouco estímulo do governo português em fomentar este setor econômico, além destas medidas contrariarem os interesses ingleses que desejavam uma posição privilegiada para seus produtos no mercado brasileiro.

O século XIX, devido a necessidades sociopolíticas emergentes oriundas da transferência da corte portuguesa para o Brasil, é marcado por um movimento que objetiva o desenvolvimento de atitudes civilizatórias. Surgiram regras de como proceder, não apenas no que se referia ao dia a dia da corte, mas ao conjunto de posturas, perpassando diversos aspectos da vida social, entre estes, a definição mais precisa sobre as profissões. A distinção entre o barbeiro e o cirurgião processou-se ao longo do século XIX, marcada pela formação acadêmica do cirurgião, em contraponto com a informalidade das atividades do barbeiro. Devido a sua formação acadêmica, o cirurgião deixa de ser considerado um artesão e se coloca inserido na elite intelectual, distanciando-se dos barbeiros, porém os médicos não viam estas mudanças com bons olhos. Na elaboração de uma escala social das profissões, podemos localizar os médicos encabeçando a lista e, à distância, por exercerem atividades consideradas de outra natureza, seguiam os cirurgiões e, por último, os barbeiros. Para os cirurgiões, a aproximação com os barbeiros era indesejável, e eles almejavam aproximar-se dos médicos. Para os barbeiros, a aproximação dos cirurgiões era sinal de prestígio e elevação social (FIGUEIREDO, 1999). Esta hierarquia pode ser localizada no século XVII, em *O doente imaginário*, de Molière (1673), no momento solene de arguição do candidato a médico: o primeiro a adentrar o recinto é o enfermeiro, seguido pelo boticário que, por sua vez, é seguido pelo cirurgião e, finalmente, pelo médico. Neste ponto interessa-nos ressaltar as posições diferenciadas que ocupavam o cirurgião e o médico no século XVII, na França, e por quais mudanças passaram no decorrer do século XVIII.

Durante as três primeiras décadas do século XIX, ao analisarmos o exercício das práticas médicas, junto com licenças para médicos, cirurgiões e boticários, havia licenças para sangradores, parteiras e curandeiros. Devido à escassez de médico, um recurso muito utilizado neste período era um manual médico com informações sobre patologias e suas respectivas formas de tratamento, denominado *Manual de Chernovitz*. Dr. Chernoviz era um médico polonês, formado em 1837, na França, em Montpellier, onde conheceu alguns colegas brasileiros. Em 1840, veio para o Rio de Janeiro, e por aqui ficou até 1855, quando voltou para Paris com a esposa e vários filhos brasileiros.

Todos que quisessem exercer alguma atividade terapêutica no Brasil de início do século XIX teriam liberdade para isso, caso conseguissem uma autorização concedida pela Fisicatura mor, que era o órgão do governo responsável pela regulamentação e

fiscalização das atividades relativas a cuidados da saúde. Desde meados do século XV, elaboravam-se regimentos para os ofícios relacionados às “artes de curar” que valiam para todo o império português. Ao longo do tempo, foram sendo modificados e, em 1808, com a transferência da Corte para o Brasil, foi recriada, com sede no Rio de Janeiro, a Fisicatura mor, que existiu até 1828.

Em meados de 1826, as discussões sobre a extinção da Fisicatura mor iniciaram-se na Câmara dos Deputados, quando a comissão de saúde pública, após ter examinado “os numerosos requerimentos dos cidadãos brasileiros, em que se queixam das vexações, arbitrariedades, e extorsões dos juízos da provedoria-mor da saúde e fisicatura mor do império”, propunha um projeto de lei pelo qual seriam abolidos esses juízos. Isso ocorreu em condições de crescimento do ideal antilusitano no período em que a instituição passou a ser identificada com os interesses portugueses (PIMENTA, 2003). Além disto, os médicos e cirurgiões vinham adquirindo maior autonomia, desde 1826, devido à regulamentação da profissão com a emissão de cartas de cirurgião pelas escolas do Rio de Janeiro e da Bahia. Poucos anos depois de sua extinção, em 1828, a Fisicatura mor foi considerada um “tribunal monstruoso, nocivo à nossa ciência e aos interesses da humanidade” pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, onde se concentravam os médicos mais atuantes na organização das instituições médicas.

A sociedade pode ser caracterizada como uma instância de realidade relativamente integrada formando uma totalidade. Não podemos deixar de comentar que o pensamento sobre o social e a sociedade do século XVIII e XIX foi influenciado pela evolução do desenvolvimento da medicina. Ressalte-se que, no final do século XIX, instaurou-se uma nova racionalidade fundada em categorias biossociais presentes em certas transformações sociais.

Antes de tudo é importante ressaltar que o discurso médico é marcado por uma concepção ecológica e geográfica da doença. Cinco séculos antes de Cristo, o grego Hipócrates relacionava a origem da doença com o meio ambiente. O tratado hipocrático *Água, ares e lugares* ressaltava a relação dos fatores ambientais, suas modificações e localizações geográficas na origem das doenças. No século XVIII as teorias hipocráticas, motivadas por um ambiente social caótico, na Europa, e pela Revolução Industrial, que promovia adensamento populacional em cidades mal preparadas, com íntima sobreposição de classes sociais e, no Brasil, motivadas pela sobrecarga causada pela corte portuguesa, voltam a dominar, e novamente o meio reaparece como fator fundamental para explicar muitas epidemias. É o chamado neo-hipocratismo, que estabeleceu uma relação entre homem doente, a natureza e a sociedade. Esta medicina situava a doença não no ser humano, mas no meio ambiente que o cerca, no meio físico que o envolve. O filósofo francês Michel Foucault denominou o neo-hipocratismo de medicina das coisas, das condições de vida e do meio de existência, em contraste com a medicina dos homens, dos corpos e dos organismos (COSTA, 2002).

O neo-hipocratismo traz algumas crenças e doutrinas, o que vai produzir inúmeras propostas de intervenção e transformação do meio social doente. A teoria telúrica defendia que as doenças eram produzidas por emanções malignas do solo. Já os seguidores da medicina das constituições acreditavam que existia uma constituição epidêmica, uma constituição médica da doença e que era determinada por um conjunto de fenômenos naturais (qualidade do solo, clima, estação do ano, chuva, seca, centros pestilentos, penúria resultante do meio natural). Partindo deste princípio, os médicos propõem intervenções em ambientes considerados insalubres, e atuam como conselheiros para locais a serem urbanizados e para orientação de migração. Este quadro, porém, não era suficiente para satisfazer a alguns estudiosos que acreditavam que a

doença seria produzida por miasmas resultantes de emanações nocivas que adoeciam o ar e atacavam o corpo humano. A atmosfera podia ser infectada por emanações resultantes da alteração e da decomposição de substâncias orgânicas, vegetais, animais ou humanas. Segundo a teoria miasmática, o meio físico e social, a natureza e a concentração de homens eram produtores de miasmas. Pântanos deviam ser aterrados, o lixo e as edificações insalubres expulsas, e a sujeira, eliminada (COSTA, 2002). A piora da qualidade do ar também podia ser combatida através de sua renovação e circulação. Considerava-se que tudo o que estivesse parado, estagnado, poderia ser um elemento perigoso à saúde pública, um produtor de miasmas. Diante desta convicção de que a infecção e a contaminação se produziam pelo ar, muito mais do que pela água, a ventilação constituía-se no eixo principal da estratégia higienista. As teorias neo-hipocráticas se adequavam perfeitamente à realidade social da época, conforme citado anteriormente.

Durante a Idade Média, prevaleceu a teoria Miasmática, a qual considerava que a doença era causada por certos odores venenosos, gases ou resíduos nocivos (do grego *miasma*, mancha) que se originavam na atmosfera ou a partir do solo. Essas substâncias seriam posteriormente arrastadas pelo vento até a um possível indivíduo, que acabaria por adoecer. A teoria miasmática levou a extrema necessidade de medidas de saneamento, higienistas, uma limpeza profunda do meio físico e social, pois onde reinasse a sujeira, a concentração, o amontoamento, criava-se um ambiente propício à formação de miasmas e doenças. Então, o meio mais perigoso para a população era o espaço urbano. Uma série de medidas higienistas foram propostas para manter a saúde da sociedade: cemitérios, matadouros, hospitais, cadeias, fábricas e lixões foram transferidos para a periferia da cidade, construíram-se redes de esgoto e passou-se a fazer um controle das fontes, rios e chafarizes.

A pobreza, o excesso de trabalho, a má alimentação, a falta de moral, a vizinhança de ambientes insalubres e outros fatores de tipo econômico e social foram considerados de grande relevância para explicar o impacto de determinadas enfermidades, determinando o aparecimento de muitas normas de condutas sociais. Depois de mapeado o espaço físico foi a vez do espaço social. A doença podia ser resultado tanto do meio físico quanto do meio social. Surge a teoria social da doença. Estudos realizados durante a epidemia de cólera, em 1832, estabeleceram uma relação quase constante entre a gravidade dos sintomas e exiguidade das habitações. As devastações mais mortíferas ocorriam nos bairros mais densos e entulhados. A cólera atingiu o país em 1855-56 e nos anos de 1890, pouco tempo antes de o Brasil ser alcançado por outra pandemia, a da peste bubônica. A tuberculose, as disenterias, a malária e febres chamadas por dezenas de nomes surgiam como problemas crônicos na capital e nas províncias. As epidemias de varíola aconteciam, em geral, no inverno. Embora haja evidências de febre amarela no Brasil já em 1694, foi somente a partir de meados do século XIX que esta se tornou a grande questão sanitária nacional: a febre amarela “aportou” no império brasileiro no verão de 1849-50. No Rio de Janeiro, comprometeu 90.658 pessoas e matou 4.160 de seus 266 mil habitantes (houve quem falasse em até 15 mil mortes). O mesmo desastre foi identificado em Salvador e Belém, então com 45,5 mil e 16 mil habitantes, respectivamente.

Foucault, importante filósofo e historiador francês da época conhecido pelas suas críticas às instituições sociais, chama esta corrente da medicina social de “medicina dos pobres”, ou “medicina da força de trabalho”. A difusão desta corrente se dá principalmente na Inglaterra, durante a revolução industrial, quando o pobre perde sua função social e se torna perigoso, tanto por ser considerado um foco disseminador de doenças, quanto por tornar-se força política que era capaz de se revoltar. Na segunda

metade do século XIX, o Parlamento inglês vota “a lei dos pobres”, assegurando saúde e ao mesmo tempo controle médico dos pobres. Foi permitida a intervenção no espaço privado, principalmente em casas pobres (COSTA, 2002).

A suposição de que o saber médico nacional não tinha fundamentação científica, nem era controlado e validado pelos critérios vigentes de cientificidade, levou boa parte dos intérpretes da medicina oitocentista a apostarem em uma explicação de seu processo de institucionalização. Como não havia critérios científicos nas atitudes médicas, nem existia uma consciência de pesquisa, o que balizava as ações médicas? A higiene não passaria de uma atitude biopolítica de controle social.

Na contramão desses pensamentos que defendem que a medicina brasileira no período imperial não contava com qualquer atividade científica, resumindo-se a atividades higienistas copiadas da Europa, temos inúmeras evidências de que os médicos formados pelas escolas do Rio de Janeiro e de Salvador desprenderam grandes esforços no necessário trabalho de inovação científica nos campos do diagnóstico e da terapêutica, na identificação dos agentes deletérios ambientais, que se acreditava estarem implicados na produção das doenças próprias de nosso clima, e na adequação de medidas profiláticas propugnadas pela higiene às condições nacionais. Dentro deste contexto podemos citar a Escola Médica Tropicalista da Bahia (ETB). E os médicos do Rio e de Salvador o fizeram não apenas institucionalizando a pesquisa anátomo-clínica e higienista, mas também assimilando seletivamente alguns ramos da ciência natural: botânica, meteorologia, geologia e topografia, de cujos conhecimentos eles dependiam para levar a cabo a agenda de pesquisas sobre a patologia brasileira proposta inicialmente pelo grupo que criou a Academia Imperial de Medicina em 1829. As Faculdades de medicina do Rio de Janeiro e de Salvador, bem como a Academia Imperial de Medicina e dezenas de periódicos médicos publicados em diversas províncias, estiveram implicados na produção, revisão e validação dos conhecimentos científicos sobre a vasta constelação de problemas relacionados à saúde pública e privada dos habitantes do Império. Assim, no lugar das interpretações que explicavam o pensamento médico e higienista deduzindo-o dos interesses imediatos das elites dominantes, forjou-se a consciência médica de fora.

De qualquer modo, o limite institucional do ensino médico baiano suscitou, no final dos anos 60, a constituição de um grupo que seria posteriormente denominado de Escola Tropicalista da Bahia (ETB). Considera-se que

estes médicos ao buscarem o reconhecimento de doenças e afecções reinantes em outros países e que grassariam no Brasil, repetiram pesquisas pela microscopia, repetiram exames histo e anátomo-patológicos, observaram a sintomatologia, conseguiram, por vezes, acrescentar novos dados à etiologia, à própria sintomatologia e à terapêutica, e confirmaram, em primeira mão, a presença de entidades mórbidas da chamada patologia tropical. Foram pioneiros. Demonstraram sem qualquer dúvida, a incidência de diversas e graves doenças. São perfeitas as suas observações considerando-se os conhecimentos que possuíam e o confinamento científico em que viviam (MAIO, 1995, p. 22).

Projeto de medicina nacional (MAIO, 1990), sintonizado com o conhecimento científico internacional na área da parasitologia, a ETB lutou pela afirmação da singularidade brasileira no terreno das pesquisas das doenças tropicais sem, com isso, ser capturada pela armadilha determinista tanto climática quanto racial.

A partir de fins do século XVIII, o gênero de literatura científica conhecido como

topografia médica renovou os estudos que correlacionavam os aspectos ambientais que, numa certa localidade, eram tomados como protagonistas na produção de certas doenças. Uma série de novos instrumentos de medição de fatores meteorológicos estava sendo desenvolvida (termômetro, barômetro, pluviômetro). Isto desencadeou a possibilidade de uma meteorologia quantitativa no lugar de descrições qualitativas prevalentes neste período. O contexto de ciência ambiental (climatologia, meteorologia, topografia, geologia) e medicina estavam então profundamente influenciados pelas raízes da filosofia natural do Século das Luzes. A literatura sobre as causas ambientais das doenças mantinha uma orientação empirista. O bom médico examinava sucessivamente os *circunfusa* (meteorologia, hidrologia, geologia, climas e habitações), os *ingesta* (alimentos e bebidas), os *excretos* (excreções e banhos), os *aplicata* (vestimentas e cosméticos), os *perceptas* (costumes, sexualidade e higiene pessoal) e, por fim, os *gestas* (movimentos habituais e atividades profissionais). Assim, os agentes externos, miasmas, calor, pressão atmosférica, umidade, parasitas, temperatura e gases químicos, concorreriam para formar uma afecção, para produzir uma situação que, eventualmente, conduziria a um estado mórbido. Seria uma condição necessária, mas nunca suficiente.

A higiene colonial ou metropolitana, amparando-se nos estudos de topografia médica, tinha como projeto não apenas estabelecer limites geográficos das doenças e a duração das epidemias, mas também esclarecer sobre as influências das condições meteorológicas e seu modo de propagação e disseminação.

A medicina hospitalar francesa entre fins do século XVIII e início do século XIX, implantaria uma nova tendência em pesquisa médica. O novo doutor seria um detetive rastreando incansavelmente a doença, por meio de instrumental investigativo forjado pela anátomo-clínica, de acordo com a retórica sensualista tomada de empréstimo da ideologia. O hospital se tornaria um centro de ensino e pesquisa, além de juiz do conhecimento médico. No domínio do conhecimento médico, a patologia socioambiental foi substituída pela anatomopatologia, que identifica as doenças como lesões orgânicas. A partir de então, como vimos, um relatório clínico seria caracteristicamente composto de uma série de detalhadas descrições que incluíam informações sobre a sintomatologia e sobre o meio ambiente físico e social. Neste sentido estrito de um conjunto de procedimentos e técnicas diagnósticas (exame físico, percussão mediata, estetoscópio, autópsia, patologia tissular), a anátomo-clínica tornou-se a primeira conduta tradicional médica verdadeiramente internacional. O exame clínico ou anamnese passou a ser visto como passo fundamental para a construção de um conhecimento médico científico: associado ao pressuposto da indução científica era percebido como uma alternativa à especulação teórica e à experimentação.

No final do século XIX, a medicina modifica sua visão de doença com o surgimento da bacteriologia que transforma o entendimento de como se desenvolvem as doenças, deixando de lado as teorias miasmáticas. A medicina científica, que tinha o indivíduo como o centro das atenções, valorizando os fenômenos orgânicos, inicia a superação da medicina higienista que se baseia no meio ambiente e no social. Em relação ao ensino médico, durante o século XX temos uma sinalização clara das necessidades fundamentais para a promoção do aprendizado médico. Segundo relatórios uma escola médica requeria: filiação universitária, teatros anatômicos, salas de leitura, mesas de autópsias, laboratórios e bancadas, pesquisa ligada ao ensino, instrutores clínicos em tempo integral, uso de tecnologias atualizadas e hospital-escola com grande quantidade de doenças interessantes a serem estudadas. Este método de ensino, perseguido pioneiramente pela estrutura educacional germânica, seria aperfeiçoado nos

Estados Unidos, onde Simon Flexner, tendo em mente o modelo vigente na Johns Hopkins University, e sendo financiado por fundos privados das fundações Rockefeller e Carnegie, se tornaria o símbolo da cruzada pela reforma da profissão médica, inaugurada pela American Medical Association meio século antes.

O ensino médico imperial brasileiro vinha adotando o figurino germânico desde 1880. A Lei Leôncio de Carvalho (1879) foi a brecha institucional que permitira a implantação do ensino livre e experimental antes da queda da monarquia. Com a Constituição Republicana (1891) que delegava aos estados a responsabilidade pela organização do ensino superior, teve início toda uma série de experiências regionais de institucionalização do ensino médico, ainda mal conhecida.

A partir de 1918, um acordo com a Fundação Rockefeller permitiu a criação do Departamento de Higiene da Faculdade de Medicina, a cargo do norte-americano Samuel Taylor Darling. A mesma Fundação custeou as viagens de estudos de Horácio de Paula e Souza e Francisco Borges Vieira para permanecerem por dois anos na Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins University. Entre 1918 e 1925, especialistas da Rockefeller orientaram a estrutura acadêmica, introduzindo disciplinas, departamentos e institutos.

Aproximadamente 100 anos atrás, em princípios do século XX, no Departamento de Cirurgia do Hospital Johns Hopkins, William S. Halsted iniciou a principal alteração na forma de treinamento de jovens cirurgiões da América. O ensino da cirurgia e da medicina seria fundamentado no pleno contato entre o médico residente, que literalmente morava no hospital e seu orientador. Esse método se baseava em uma distribuição piramidal de responsabilidades, e a revolução no ensino médico-cirúrgico se reflete inclusive atualmente.

O modelo flexneriano, a partir de 1926, se firmou com a criação do tempo integral para as disciplinas clínicas e pré-clínicas (estruturadas em departamentos). O cerne da ideologia de ensino da Fundação Rockefeller era baseado na presença integral do pesquisador dedicado a docência junto com a presença da figura do hospital-escola (Hospital das Clínicas). A Fundação Rockefeller, em contrapartida, forneceu recursos na ordem de 1 milhão de dólares. A forma de ensino em São Paulo resume a trajetória de formação médica brasileira no século XX. A liderança da tradição clínica, identificada com o modelo francês, seria gradativamente ofuscada pela ascensão das disciplinas básicas e pelas especialidades clínicas, agora associadas ao figurino norte-americano.

## **Conclusão**

Durante o período colonial, a história mostra que se pôde contar com poucos médicos para a assistência no Brasil e que a imensa maioria deles obtivera sua formação no estrangeiro. A assistência aos males de saúde era realizada por barbeiros, curandeiros, parteiras, boticários e cirurgiões práticos, sem qualquer forma de supervisão ou informação técnica. Outra forma de informação médica desta época, esta sim com respaldo técnico, se dava por meio de publicações populares, tais como o *Tratado de Chernovitz*.

O esboço de uma ação médica se dá com a transferência da corte Portuguesa para o Brasil por consequência da invasão de Portugal pelas tropas napoleônicas, que se deu em resposta à recusa de Portugal em aderir ao bloqueio continental. Ao mesmo tempo, a Europa se encontra em franca Revolução Industrial, que promove o adensa-

mento populacional e sérios problemas sociais. Essas características determinam a retomada dos conceitos hipocráticos, para os quais a doença seria resultado de alterações dos meios que nos cercam (neo-hipocratismo).

A chegada da corte portuguesa no Brasil promove, assim como na Europa, graves problemas de ordem social. A criação das Escolas Médicas do Rio de Janeiro e da Bahia, com a normatização da atividade médica no Império, determina a gradual extinção dos barbeiros, boticários, etc. A influência do pensamento neo-hipocrático europeu determina a adoção de diversas condutas higienistas, que mereceram críticas de historiadores no sentido de que não existiria nessas condutas um argumento científico. Tal fato é facilmente rebatido por meio da atuação das Escolas Médicas do Rio de Janeiro e da Bahia, e da atuação da Academia de Medicina. A medicina higienista do século XIX, visando o controle do meio e do espaço, aponta para uma resposta intervencionista em que se propõe recuperar a salubridade do meio a partir da medicalização dos espaços doentes.

Somente em final da década de 1870, com a introdução da microbiologia por Louis Pasteur (era Pastorian), é que a medicina abandona as intervenções sociais e se concentra nas alterações orgânicas, levando a evolução da medicina para uma era mais cientificista. Todas essas mudanças cobram a revisão dos critérios de ensino médico que nos trazem mudanças até os dias atuais. Hoje se assume uma atuação extremamente fundamentada em fatos (medicina baseada em evidências), sem qualquer conotação empirista e com grande preocupação com a segurança de nossos pacientes, não se admitindo de nenhuma forma a exposição destes a qualquer tipo de experimentação. Diante desses critérios, cada vez mais o treinamento médico vem sendo realizado por meio de simuladores e cenários que mimetizam uma situação real.

**Patrocinadores:** o autor e coautores arcaram integralmente com os custos da pesquisa.

### **Referências bibliográficas**

BENCHIMOL, J. Epidemias e medicina no Brasil Império (1822-1889). *Pré-Univesp. Rev. Digital de apoio ao estudante pré-universitário*. Disponível em:  
<http://www.univesp.ensinosuperior.sp.gov.br/preunivesp/657/epidemias-e-medicina-no-brasil-imp-rio-1822-1889-.html>

COSTA, M. C. L. "A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano", *Revista de Geografia da UFC*, ano 1, n. 2, 2002.

DUDRICK, S. J. "Evolución de la educación quirúrgica del siglo XX al XXI", *Cir. Cir.*, vol. 79, p. 16-35, 2011.

EDLER, F. C. "The debate on experimental medicine under the second reign", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, III, cap. 2, p. 284-299, jul/out, 1996.

\_\_\_\_\_. "A natureza contra o hábito: a ciência médica no Império", *Acervo*. Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1, p. 153-166, jan./jun., 2009.

\_\_\_\_\_. "A medicina no Brasil Imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica", *Anuário de estudos americanos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo

Cruz, FioCruz, vol. 60, n. 1, p. 139-146, 2003.

\_\_\_\_\_. "De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. XIII (suplemento), p. 925-943, 2001.

EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. "O ensino médico no cenário republicano", *Cadernos ABEM*, vol. 2, junho 2006.

FIGUEIREDO, B. G. "Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 6, n. 2. Rio de Janeiro, jul./out. 1999.

FRANCO, T. & SANTOS, E. G. "Mulheres e Cirurgiãs", *Rev. Col. Bras. Cir.*, vol. 37, n. 1, p. 72-77, 2010.

GUIMARÃES, M. R. C. "Os manuais de medicina popular de Chernoviz na sociedade Imperial", *Rev. Cantareira*, ano 2, vol. 1, n. 5. Rio de Janeiro, abr./ago., 2004.

LINHARES, M. I. *História Geral do Brasil*. 9 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1990, cap. 6, p. 188-299.

MAIO, M. C. "Brazilian Physician Nina Rodrigues: analysis of a scientific career", *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, vol. 11, n. 2, p. 226-237, abr./jun., 1995.

NETTO, A. P. "Colégio Brasileiro de Cirurgiões – 80 anos", *Rev. Col. Bras. Cir.*, vol. 36, n. 2, p. 103-104, 2009.

NEDY, M. B. C. Neves; NEVES, Flávia B. C. S; BITENCOURT, Almir G. V. "O ensino médico no Brasil: origens e transformações", *Gaz. Méd. Bahia*, vol. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez, 2005.

NOVAIS, F. A & MOTA, C. G. *A independência política do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

PIMENTA, T. S. "Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX", *Cad. Cedes*, Campinas, v. 23, n. 59, p. 91-102, abril 2003. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

TAVARES, F. R. G. Orientações cosmológicas da medicina ocidental. *Numen: Revista de estudos e pesquisa da religião*, vol. 5, n. 1, 2002. Disponível em: [www.editoraufjf.com.br](http://www.editoraufjf.com.br)

MENIN S et al. "Position paper on problem-based learning", *Education for health*, vol. 16, n. 1, pp. 98-113, 2003.