

história dos hospitais

teresinha covas lisboa

História dos Hospitais

Teresinha Covas Lisboa

ficha técnica

Presidente **Ricardo Nogueira de Morais Karman**

Vice-presidente **Vera Helena Nogueira de Morais Karman**

1ª Diretor Tesoureiro **André Fontes Karman**

2ª Diretor Tesoureiro **Guilherme Karman de Almeida Lima**

1ª Diretora Secretária **Keren Ora Admoni Karman**

2ª Diretor Secretário **Roberto Nogueira de Morais Karman**

Expediente IPH

Erick Vicente

Maria Fernanda M. Freitas

Renata Fernandes Veloso Baralle

Rita de Cássia Moraes

Terezinha Vendramini

Livro História dos Hospitais

Autora **Teresinha Covas Lisboa**

Coordenação editorial e prefácio **Erick Vicente**

Projeto Gráfico **Nathalia Duran**

Ilustrações **Raquel Araruna**

Preparação de texto **Terezinha Vendramini e Rita de Cássia Moraes**

Revisão **Ana Maria Fiorini**

Os desenhos desta publicação foram baseados nas imagens do livro Anatomia dos Edifícios Hospitalares, mediante a autorização do autor, o arquiteto Lauro Carlos Miquelin

Todos os direitos reservados.
Distribuição gratuita. Venda proibida.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ficha elaborada segundo a AACR2r

L769	Lisboa, Teresinha Covas.
h	História dos hospitais / Teresinha Covas Lisboa; prefácio Erick Vicente – São Paulo: IPH, 2021. 95 p. : il. color. ; 25 cm.
	Inclui bibliografia. ISBN 978-85-93958-02-1
	1. Hospitais – História. 2. Arquitetura hospitalar. 3. Edifícios de saúde. I. Vicente, Erick. II. Título.
	CDD 362.1109

Renata Fernandes Veloso Baralle – Bibliotecária – CRB-8/10366

sobre a autora

Teresinha Covas Lisboa é Pós-Doutora em Administração pela Florida Christian University. Possui Doutorado em Administração com ênfase em Recursos Humanos pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, Mestrado em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo, além de especializações em Didática do Ensino Superior e Administração Hospitalar. Fez extensões universitárias em Harvard, Drexel, MIT, Yale, FIA e FGV. É coordenadora do Grupo de Excelência de Gestão Aplicada em Administração - CRA/SP, membro do Conselho Nacional de Gestão em Saúde/FBAH e diretora de diversas instituições ligadas à gestão hospitalar, dentre elas do Sindicato das Empresas de Administração do Estado de São Paulo - SINDAESP. Atua como docente convidada da Florida Christian University - FCU, em Orlando - Florida e é professora titular da Universidade Paulista - UNIP. Publicou, como autora e co-autora, obras nas áreas de Administração Geral, Administração Hospitalar e Recursos Humanos. Entre as publicações mais importantes está o livro Gestão dos Serviços de Limpeza e Desinfecção de Superfícies e Processamento de Roupas em Serviços de Saúde, pela editora SARVIER (4ª edição, 2014), em parceria com a enfermeira e administradora Silvana Torres.



agradecimentos

Primeiramente, agradecimentos ao meu marido Alvaro e ao meu filho Marcelo pelo estímulo e companheirismo ao longo de minha carreira.

Agradecimentos especiais à Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar, na pessoa do arquiteto Emerson da Silva que, gentilmente, convidou-me a publicar a História dos Hospitais.

Agradeço ao Instituto de Pesquisas Hospitalares (IPH), na pessoa do arquiteto Erick Vicente e equipe, pela parceria no desenvolvimento deste trabalho. A minha homenagem, também, ao arquiteto Jarbas Karman, pesquisador e estudioso na área da Arquitetura e Administração Hospitalar.

Na área do Serviço de Processamento de Roupas, agradecimentos ao Padre Augusto Mezzomo pelo incentivo, à época, na elaboração de minha dissertação de mestrado.

Ao arquiteto Lauro Miquelin, o reconhecimento pelo embasamento histórico da obra Anatomia dos edifícios hospitalares, que utilizei na elaboração de minha dissertação.

E não posso deixar de agradecer ao Dr. Gonzalo Vecina Neto, à Dra. Gloria Maria Andrade e à Dra. Rosa Aires Borba

Messiano, amigos de longa data e que foram meus mestres na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e que me convidaram para compor a equipe de elaboração do Manual de Processamento de Roupas dos Serviços de Saúde: prevenção e riscos.

Prof. Dra. Teresinha Covas Lisboa

prefácio

O hospital foi uma das entidades que mais se transformou ao longo dos séculos. As escolas, os museus, os templos religiosos, os complexos esportivos ou mesmo as penitenciárias não tiveram tantos avanços operacionais e tecnológicos quanto as instituições dedicadas à saúde.

Para se ter uma ideia, somente no século XX, a industrialização dos materiais construtivos, a produção de acabamentos menos porosos e sem emendas, a criação de máquinas que filtram o ar e pressurizam os ambientes, o surgimento de diferentes exames radiológicos (com imagens cada vez mais precisas) e a crescente consciência da importância da qualidade ambiental para o processo de cura dos pacientes são alguns dos principais fatores que impactaram fortemente os debates, as práticas projetuais e a construção de hospitais no Brasil e no mundo.

Porém, como escreveu Jarbas Karman em 1958, são poucos os que sabem “ver” um hospital¹. As origens e os fatos que influenciaram nas transformações sociais, institucionais, operacionais, espaciais e infraestruturais ainda são pouco conhecidos dos profissionais que lidam com o planejamento e com o projeto das instituições hospitalares.

1 Folha da Manhã, edição de 24 de agosto de 1958.
2 A Pró-Saúde é uma entidade filantrópica de gestão de serviços de saúde e administração hospitalar. Foi fundada em 1967, tendo o padre Niversindo Antônio Cherubin como seu primeiro presidente. Fonte: <https://www.prosaude.org.br/>

No Brasil, existem poucos livros dedicados ao tema. Dentre os mais conhecidos, temos o *Anatomia dos Edifícios Hospitalares* de Lauro Miquelin (1992) e o *Feitos para Curar* de Luiz Carlos Toledo (2003). O primeiro traça um panorama das mudanças formais e programáticas dos edifícios hospitalares desde a antiguidade até meados do século XX e o segundo parte das ideias do filósofo Michel Foucault para discutir o surgimento do hospital terapêutico e tratar das suas transformações até a contemporaneidade. As publicações desses livros foram importantíssimas para as pesquisas a partir de então e provavelmente são as duas principais referências acerca do assunto no país.

Porém, outros estudiosos se debruçaram sobre essa questão, produzindo pesquisas de grande contribuição para ampliar os conhecimentos sobre a história dos hospitais. Pesquisas que não tiveram grande repercussão por estarem restritas ao campo acadêmico ou por não terem sido amplamente divulgadas pelo setor editorial.

Uma dessas pesquisas foi publicada como um encarte especial da revista *Notícias Hospitalares* em 2002, iniciativa da Pró-Saúde². Com pouca tiragem, foi distribuído gratuitamente a um pequeno grupo de profissionais ligados ao

3 Alguns anos após defender seu mestrado, Teresinha Covas publicou, em conjunto com Silvana Torres, o livro *Limpeza e Higiene, Lavanderia Hospitalar* (editora CLR Balieiro, 2001).

14 planejamento e ao projeto de hospitais, esgotando-se rapidamente. O texto, intitulado *Breve História dos Hospitais: da antiguidade à idade contemporânea*, tratava-se de uma versão do primeiro capítulo da dissertação de mestrado da administradora, professora e pós-doutora Teresinha Covas Lisboa.

Uma curiosidade é que a pesquisa se concentra nas questões organizacionais e operacionais das lavanderias hospitalares³ e não na história das instituições de maneira geral. Porém, para compreender melhor seu objeto de estudo, a autora traçou um panorama das alterações especiais, institucionais, sociais e culturais dos hospitais ao longo do tempo, demonstrando que, e parafraseando Heródoto: para compreender o presente e idealizar o futuro é preciso, fundamentalmente, pensar o passado.

Diante da importância e da qualidade do texto, o IPH organizou esta publicação para que as ideias da professora Teresinha estejam ao alcance de todos, ampliando a sua contribuição para os futuros estudos sobre o edifício hospitalar.

Boa leitura!

apresentação

O presente trabalho foi extraído e adaptado da dissertação de mestrado intitulada “Lavanderia hospitalar: integração homem-ambiente-função”, desenvolvida por mim. O intuito é resgatar a história dos hospitais, de uma forma sintetizada.

Ao longo da história, observamos o desenvolvimento dos povos e das comunidades, que objetivavam a melhoria da qualidade de vida de sua população, pelo conhecimento documentado, a presença dos hospitais, os aspectos sanitários e o aparecimento de práticas exercidas pelos profissionais.

À medida que as doenças e calamidades afetaram a humanidade, às vezes oriundas da própria degradação humana, vimos o quanto profissionais e leigos buscavam práticas ou técnicas que minimizassem os sofrimentos de seus doentes e a cura de seus males.

Mesmo com o avanço científico e tecnológico, o processo de mudança sempre estará frente a novos desafios. O hospital, em toda a sua história, buscou adaptar-se às mudanças, principalmente nas questões que envolvem a diversidade de funções, a complexidade e, principalmente, o desenvolvimento profissional de seus colaboradores.

sumário

Prefácio	13
Apresentação	16
Prólogo	20
1. Antiguidade	24
2. Idade Média	40
3. Nascimento do hospital moderno	66
4. Considerações gerais	88
Referências bibliográficas	92

prólogo

A história dos hospitais está intimamente ligada com o desenvolvimento da humanidade, e isso é observado pela descoberta das civilizações, dos povos e das comunidades. À medida que a ciência apresentava resultados de pesquisas oriundas do surgimento de doenças, o ambiente hospitalar ia acompanhando o desenvolvimento dos recursos físicos e dos profissionais de saúde.

Conforme as doenças e calamidades afetavam o mundo, muitas vezes oriundas da própria degradação humana, viu-se o quanto profissionais e leigos buscavam práticas ou técnicas que minimizassem os sofrimentos de seus doentes e a cura de seus males.

O hospital, ao longo da história, buscou tecnologias e profissionais mais especializados para assumirem funções administrativas e técnicas.

No advento da administração hospitalar, a arquitetura passou a fazer parte de todo o desenho do espaço físico, apresentando métodos preventivos para a circulação de pessoas e a instalação de máquinas e equipamentos. Profissionais dedicados à área da arquitetura pesquisaram, sempre, modelos que proporcionassem uma ambientação de conforto, segurança e bem-estar aos pacientes.

Atualmente, com legislações rígidas e punitivas, a área física pode, então, minimizar riscos de infecções e de doenças ocupacionais pelo não cruzamento dentro do ambiente de saúde.

O presente estudo é oriundo da dissertação de mestrado denominada Lavanderia hospitalar: integração homem-ambiente-função, defendida por mim e orientada pela Profa. Dra. Eva Maria Lakatos no Centro Universitário São Camilo, em São Paulo.

Buscou-se fazer uma análise da trajetória histórica dos hospitais e de como a roupa era cuidada, com as dificuldades e problemas oriundos da presença de microrganismos.

Os hospitais que fizeram parte da pesquisa são considerados de primeira linha pelo aparato arquitetônico, tecnologia avançada, instalações confortáveis e modernas e pela implantação de serviços denominados “hoteleria hospitalar”.

Assim, a organização hospitalar envolve inúmeras atividades, entre as quais a satisfação das necessidades dos pacientes. O espaço físico, então, tem que ser desenhado e dispor de elementos que possam ter o foco na humanização do atendimento.

Mesmo com o avanço científico e tecnológico, o processo de mudança sempre se deparará com novos desafios.

22 O hospital, em toda a sua história, buscou adaptar-se às mudanças, sobretudo nas questões que envolvem a diversidade de funções, a complexidade e, principalmente, o desenvolvimento profissional de seus colaboradores.

23

1. antiguidade

Na análise dos primórdios da história da humanidade, dificilmente encontramos, na Antiguidade, a denominação de um local específico, onde pessoas doentes eram aceitas para permanência e tratamento por indivíduos dotados de algum conhecimento, fosse de doenças, fosse da “vontade divina”.

Num sentido geral, pobres, órfãos, doentes e peregrinos misturavam-se no que se refere à necessidade de cuidados.

A palavra hospital origina-se do latim *hospitalis*, que significa “ser hospitaleiro, acolhedor”, adjetivo derivado de *hospes*, referente a hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, aquele que dá agasalho, que hospeda. Os termos “hospital” e “hospedale” surgiram do latim primitivo e se difundiram por diferentes países.

No início da era cristã, a terminologia mais utilizada era a oriunda do grego e do latim, sendo que “hospital” tem hoje a mesma concepção de *nosocomium*, lugar dos doentes, asilo dos enfermos, e *nosodochium*, que significa recepção de doentes.

Encontramos, na história, outros vocábulos que salientam os demais aspectos “assistenciais”:

- *gynettrophyum*: hospital para mulheres;
- *ptochodochium*, *ptochotrophium*: asilo para pobres;
- *poedotrophium*: asilo para crianças;
- *geronthokomium*: asilo para velhos;
- *xenodochium*, *xenotrophium*: asilo e refúgio para viajantes e estrangeiros;
- *arginaria*: asilo para incuráveis;
- *orphanotrophium*: orfanato;
- *hospitium*: lugar onde os hóspedes eram recebidos;
- *asylum*: orfanato.

Da palavra *hospitium* derivou “hospício”, que designava os estabelecimentos que recebiam, ou eram ocupados permanentemente, por enfermos pobres, incuráveis ou insanos. As casas reservadas para o tratamento temporário dos doentes eram denominadas “hospital”, e “hotel” era o local que recebia pessoas “não doentes” (Campos, 1944, p. 9) (Maudonnet et al 1988 p.2).

A tentativa de recuar no tempo permite analisar, concomitantemente, a amplitude do termo “hospital” e as práticas “médicas” nos cuidados com os enfermos, assim como o lugar onde esses cuidados eram exercidos e/ou propiciados.

O exercício da prática médica na civilização assírio-babilônica é comprovado por alguns documentos e fatos: a biblioteca do palácio de Ninive continha peças de argila, apresentando, em escrita cuneiforme, textos (de ou para) médicos, documentando tal atividade desde o ano 3000 a.C. Da mesma forma, o Código de Hamurabi (2250 a.C) regulamentava a atuação, a remuneração e os castigos recebidos pela negligência médica. Nada restou, porém, que nos permita saber onde e como essas atividades eram exercidas, remuneradas e fiscalizadas ou julgadas.

O historiador Heródoto, referindo-se a épocas remotas, indica-nos um mercado para onde os doentes eram conduzidos a fim de serem interpelados sobre o mal que os acometia. Ernesto Campos, baseado em Heródoto, assim relata o que se passava no mercado:

Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que o tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fora eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa de sua moléstia. (Campos, 1944, p. 10)

De um começo pouco promissor, com “todo mundo se passando por médico”, e o mercado por “hospital”, desenvolvem-se os estudos médicos e a especialização, o que faz que médicos assírio-babilônicos sejam chamados ao Egito, para ali exercerem sua especialidade em troca de uma alta remuneração. Tampouco em relação ao Egito, porém, nos chegam relatos sobre “hospitais”, embora tenha sido dessa civilização que obtivemos coleções de conhecimentos médicos, os mais antigos até hoje decifrados, remontando a cinco ou seis milênios antes de Cristo.

Escritos em papiros, compêndios médicos, classificações de doenças, descrições de intervenções cirúrgicas e uma abundante farmacopeia, com a catalogação – e respectivo emprego – de mais de 700 drogas, fascinam os estudiosos, sem falar das técnicas de preservação de cadáveres – mumificação – que ainda hoje admiramos. Os papiros mais importantes são de Ebers, uma enciclopédia médica que descreve a prática da medicina no século XVI a.C.; de Edwin Smith, verdadeiro compêndio de patologia externa e de cirurgia óssea, cujas origens remontam a 3000 anos a.C.; de Leide, que trata da medicina do ponto de vista religioso; e de Brugsch.

É por meio do papiro de Leide que se constata a união entre conhecimento científico e prática religiosa. Dele vem também a informação de que em cada templo existiam escolas de medicina, sendo as mais importantes as de Tebas, Menfis, Sais e Chem, havendo também ambulatórios gratuitos para a prática dos estudantes, futuros sacerdotes médicos (Molina, 1973, p. 5; Paixão, 1960, p. 12).

Se não há menção a hospitais (e tampouco a enfermeiros), aparecem leis civis e religiosas que recomendam dar hospitalidade e facilitar o auxílio a enfermos e desamparados, sendo que médicos, mantidos pelo Estado, tratavam gratuitamente os doentes durante as guerras e, mesmo, aqueles que realizavam longas viagens.

Apesar da retirada de órgãos durante o processo de mumificação, a dissecação de cadáveres era proibida por razões religiosas, levantando barreiras ao conhecimento científico.

Na Índia – assim como na Mesopotâmia, nas civilizações assíria e babilônia e no Egito –, predominavam, de início, os conhecimentos teúrgicos, a prática médica dos milagres e os encantamentos contra os demônios e espíritos do mal causadores de doenças. Se na Mesopotâmia a medicina se inicia com a magia e recebe grande influência

da astrologia, os assírios e babilônios, conquistadores da Mesopotâmia, “institucionalizam” o uso de amuletos contra os ataques do demônio – sete demônios eram causadores de doenças –, ao mesmo tempo que dão grande importância aos “encantamentos” e ao regime alimentar. Já os egípcios “mesclam” fórmulas médicas com religiosas, acreditando na influência dos astros sobre a saúde (interpretavam sonhos e usavam cotidianamente a hipnose). Os hindus, em seus mais remotos documentos literários – os textos védicos, escritos em sânscrito, como o Rig Veda (1500 a.C.), com seus hinos litúrgicos, e o Atharva Veda –, fazem a ligação entre o “sagrado” e o conceito de saúde/doença, e mencionam a origem das enfermidades e os meios de combatê-las (segundo a tradição, fornecidos pelo próprio Brahma).

Seu desenvolvimento maior foi no campo cirúrgico, no qual os cuidados higiênicos eram predominantes: na prática cirúrgica o profissional tinha de, previamente, tomar banho, aparar as unhas e os cabelos e vestir-se de branco. Os hindus criaram mais de uma centena de instrumentos para utilização em cirurgias.

Deve-se ao budismo a propagação das instituições hospitalares. Segundo

MacEachern (apud Campos, 1944, p. 13), Sidartha Gautama, o iluminado (Buda), construiu vários hospitais e nomeou, para cada dez cidades, um médico já “formado”. Essa prática foi continuada por seu filho Upatise.

Vários autores indicam a existência de hospitais. Pode-se citar, em ordem cronológica: anexos aos mosteiros budistas, em 543 a.C. (Puech); existentes no Ceilão, entre os anos de 437 e 137 a.C., e dezoito instituições fundadas pelo rei Asoka, aproximadamente em 226 a.C. (Garrison); vários hospitais mantidos em diferentes lugares, “providos de dieta conveniente e de medicamentos para os enfermos, preparados por médicos”, por Dutra Gamoni, em 161 a.C. (Robinson); dezoito hospitais, providos pelo rei Gamari, no Ceilão, em 61 a.C. (Puech).

Da mesma forma, aparecem as primeiras referências a enfermeiros (geralmente estudantes de medicina): eles deveriam ter “asseio, habilidade, inteligência, conhecimento da arte culinária e de preparo de medicamentos. Moralmente deveriam ser puros, dedicados, cooperadores” (Paixão, 1960, p. 13). Na Índia existiam ainda hospitais reservados ao tratamento de animais (Munaro et al., 1974, p. 1). Dentre os médicos hindus sobressaem-se Chakara (primeiro século da era cristã), que se especializou no

uso de drogas anestésicas e é autor de uma enciclopédia médica; e Sushruta, cirurgião, que realizava operações de hérnias, cataratas e cesárias.

O povo de Israel distingue-se, na Antiguidade, por sua característica monoteísta. A crença em um só Deus retira, obrigatoriamente, o elemento mágico das concepções de doença/saúde, que se concentram no Senhor, assim como os poderes do bem e do mal. Portanto, as regulamentações referentes à saúde do corpo, estando esta estreitamente identificada com a alma, se revestem de autoridade sacra e são consideradas de cumprimento necessário para o conceito de “pureza” perante o Senhor.

Moisés, o primeiro legislador e profeta do povo hebreu, não tratou somente de aspectos religiosos. Seus preceitos de higiene, aplicados não apenas ao indivíduo e à família, mas a toda a coletividade, destacam-no entre os grandes sanitaristas de todos os tempos. Suas prescrições mais conhecidas referem-se ao contato com cadáveres, às mulheres durante a menstruação, à gravidez e ao puerpério, às doenças de pele, às doenças contagiosas e aos leprosos. Paixão (1960) nos conta que:

O exame do doente, o diagnóstico, o isolamento, o expurgo, a desinfecção, o afastamento dos objetos contaminados para lugar inacessível são ensinados. Há prescrições especiais e severas para os casos de lepra, em diversos trechos do Levítico, recomendadas novamente no Deuteronômio. Para qualquer doença considerada contagiosa, determina-se o período de isolamento suposto suficiente; após esse, o doente deverá ser novamente examinado antes de lhe ser dada alta. (p. 15)

Molina (1973) completa, lembrando que “uma das enfermidades mais temidas era a difteria, ao ponto que sua comunicação era obrigatória, prevenindo-se a população por intermédio de toques de trombeta” (p. 12).

A contribuição importante para a medicina por parte dos hebreus, portanto, foi a determinação, pela primeira vez na história das civilizações do período, do direito dos indivíduos à proteção de sua saúde, originando-se um conceito de legislação sanitária coletiva cuja finalidade era assegurar o bem-estar comum. Quanto à existência de hospitais permanentes, nada sabemos a este respeito em Israel.

Ao lado dos deveres sagrados de proteção aos órfãos e viúvas, de hospitalidade aos estrangeiros, havia

também o de amparo aos enfermos: em albergues gratuitos para viajantes pobres e em hospedarias existia um lugar especial reservado aos doentes. A importância da obra coletiva em favor dos enfermos ganhava destaque em caso de calamidade pública, quando se instalavam hospitais para a população. Além disso, havia o costume de visitar os doentes em suas casas.

Quanto aos persas, fenícios e sírios, apesar da documentação histórica nos apresentar um quadro de povos altamente evoluídos na navegação, na engenharia, na arte bélica etc., praticamente nada se sabe sobre a existência de hospitais, e pouco no que se refere aos cuidados de saúde e da doença.

Apenas à base das doutrinas médicas persas – Ormuzd, princípio do bem, e Ahriman, princípio do mal – encontramos menção no livro de Zoroastro: plantas medicinais (“criadas” por Ormuzd) e a enumeração de 99.999 doenças. Entretanto, algumas fontes históricas referem-se a “hospitais” para pobres, onde estes eram servidos por escravos, sem esclarecer sua “independência” ou não de aspectos “assistenciais”, ou seja, dos voltados aos pobres e necessitados em geral e aos órfãos, viúvas e viajantes.

A medicina chinesa, assim como sua concepção do universo e sua filosofia, apresenta diferenças em relação à maioria dos povos orientais: o princípio das manifestações populares opostas, os cinco elementos e o culto dos antepassados perpassam toda a civilização e impregnam o conceito de saúde/doença. É sobre o perfeito equilíbrio entre o princípio positivo masculino, Yang, e o negativo feminino, Ying, que se fundamentam a saúde, o bem-estar e a tranquilidade.

De acordo com a doutrina de Confúcio, o homem é composto de cinco elementos – terra, metal, madeira, fogo e água – e, em decorrência, possui cinco sentidos e cinco vísceras principais, assim como há cinco cores, cinco sabores etc. O respeito aos anciãos, o culto aos antepassados e o apego às tradições criam uma sociedade de organização patriarcal, na qual o saber e a moralidade determinam a função ou profissão exercida, inclusive a da medicina: ela, a medicina, “esteve, no geral, em mãos de idosos de moral inatacável e de princípios da mais pura tradição” (Molina, 1973, p. 13), assim como de sacerdotes.

Segundo Paixão:

[...] os templos chineses eram rodeados de jardins onde se cultivavam plantas medicinais

[...]. Entre os sacerdotes havia três categorias. As doenças eram catalogadas: benignas, médias e graves. Cada grupo sacerdotal, conforme sua importância, se ocupava de um desses grupos de doenças. (Paixão, 1960, p. 16)

Da mesma forma que os antepassados eram “cultuados” em altares erigidos por famílias aos seus mortos, o panteão dos deuses chineses da medicina era bastante amplo. Pan Ku é mencionado, por vários estudiosos, como um dos mais antigos: foi ele que, segundo a tradição, taoísta, deu unidade ao Universo após o caos inicial.

Chegaram aos nossos dias vários textos de medicina, o mais antigo deles datado de 4 mil anos. Outras fontes são Shon-Ming, que emprega plantas medicinais (século XXVII a.C.); o imperador Kwang-Ti, com um livro de medicina geral; Chen-Nug, que menciona mais de cem remédios vegetais; um compêndio de farmacologia; e um livro do pulso, em dez volumes.

Devemos salientar que os chineses conheciam a varíola desde tempos remotos e, um pouco mais recentemente, as manifestações primárias, secundárias e terciárias da sífilis, que foram descritas da mesma maneira que as formas congênitas, sendo que a maioria dos

diagnósticos era feita principalmente pelo pulso (e, também, pela língua). Os textos ainda comprovam operações de lábio leporino desde o ano 1000 a.C.

O que mais nos interessa é que os ensinamentos do médico hindu Sushruta chegaram à China no século III, assim como a influência do budismo, fazendo florescer toda uma “rede” de hospitais: instituições para tratamento de doentes em geral, cuidados por enfermeiros (e mantidos, principalmente, pelos sacerdotes de Buda); instituições similares com parteiras; hospitais de isolamento para doenças contagiosas e casas de repouso para convalescentes. Todavia, também a proibição de dissecação de cadáveres se impôs, impedindo o desenvolvimento da cirurgia. Os documentos não esclarecem as causas da decadência geral da organização hospitalar, que, pouco a pouco, foi abandonada, voltando-se a medicina para aspectos mais astrológicos.

A influência da medicina chinesa chegou ao Japão, sobretudo, pela Coreia. O hospital mais antigo de que se tem registro foi criado em 758 d.C., pela imperatriz Komyo. Dois aspectos sobressaem: a utilização de águas termais e o grande incremento da eutanásia. Em 982 d.C., o livro *Ishinho*, escrito por

Yasuyori Tamba, em 982, faz referências a hospitais exclusivos para portadores de varíola.

A rígida estratificação da sociedade japonesa refletiu-se na atividade médica, dividindo-se os profissionais em categorias. Foram as guerras civis que fizeram entrar em decadência o sistema de atendimento médico no Japão. Ao tempo da chegada dos navegantes portugueses, pouco restava da organização hospitalar, tendo sido São Francisco Xavier o responsável pelo estabelecimento de hospitais de tratamento gratuito à população (aproximadamente em 1549).

A origem da medicina grega mescla-se, também, com a religião. Apolo, o deus sol, é também o deus da saúde e da medicina; seu filho Asclépio – Esculápio, em latim – é o primeiro médico; seus netos Podalírio e Macaão difundem o conhecimento adquirido do pai e organizam os asclepiades, sacerdotes dos templos dedicados ao deus Asclépio que exercem a medicina. Outras deusas da saúde são Higeia, como conservadora, Panacea, como restauradora, e Meditrina, como preservadora. Quíron, o Centauro – figura mitológica representada como metade homem e metade cavalo –, é o mestre das artes médicas.

Portanto, as primeiras figuras humanas a exercer a “arte de curar” são os sacerdotes dos templos, e estes, os primeiros locais para onde afluem os doentes. Esse movimento é, de início, espontâneo, pois os enfermos iam orar ao deus, pedindo cura para seus males. Aos poucos, conforme seu número aumentava, foi necessária a criação de lugares a eles apropriados. Finalmente, por iniciativa dos sacerdotes, foram erigidos novos templos em bosques sagrados, com fontes de água dotadas de propriedades terapêuticas, para atender aos doentes.

A “hospitalidade” e o atendimento representam uma oportunidade de lucro para os asclepiades e, com o passar do tempo, a experiência repetida cria um conceito de patologia e de clínica, apesar da inevitável mistura com a religiosidade e a superstição. Nos templos-hospitais nascem as primeiras escolas de medicina, e esses locais ganham fama. Os principais foram: Titanus (cujo templo existia em 1134 a.C.), Irica (400 a.C.), Cós, Cnidus, Epidaurus e Pergamus (Munaro et al., 1974, p. 2-3; Paixão, 1960 p. 18; Campos, 1944, p. 16).

É interessante notar que os gregos, possuidores da civilização mais adiantada da Antiguidade, cujo legado de saber

tem influência em nossa cultura até a presente data, não possuíam, em seus primeiros séculos de desenvolvimento, um conceito de assistência médica coletiva. Ao contrário, a pessoa doente era considerada socialmente inútil.

A *Ilíada* e a *Odisseia*, de Homero, mostram que a preocupação com os feridos e enfermos, se existia, restringia-se a casos individuais. Dessa maneira, os templos constituem a primeira forma de assistência social, mas estritamente ligada à religião.

Surgem, a seguir, como um desenvolvimento do conceito de “hospedagem”, ou seja, o atendimento a viajantes doentes, os “iatreuns”, lugares públicos de tratamento, servidos por médicos que não pertenciam à casta sacerdotal. Muitos não passavam da residência dos médicos e de seus estudantes, que acolhiam enfermos (como se de uma clínica particular se tratasse). Outros representavam locais de “internação” de doentes, sob a supervisão dos especialistas (medicina empírica, eivada de magia e feitiçaria, pelo menos nos primeiros tempos). De qualquer forma, os iatreuns passaram a funcionar também como escolas de medicina.

Para Platão, era necessário que, em caso de epidemias, os iatreuns fossem abertos

à população em geral, aconselhando, apenas, que o internamento dos doentes fosse seletivo, acolhendo os passíveis de cura, mas não os considerados incuráveis, nem os escravos. Em obstetrícia, com a exclusão dos templos (o nascimento e a morte eram coisas impuras), somente os iatreuns propiciavam atendimento.

No século de Péricles (IV a.C.), surge um dos maiores médicos da humanidade: Hipócrates, nascido na ilha de Cós. Membro de uma das famílias supostamente descendentes de Apolo, ele foi educado no templo de Asclépio localizado em Cós, por seu pai, um médico, e pelos médicos-sacerdotes da região. Recebeu ensinamentos também do famoso médico Heródico, na Trácia. A atuação de Hipócrates, observando o ser biológico e sua vida interior, deixando de lado a divindade e os “mistérios”, cinde a história da medicina na Grécia em dois períodos: o pré-hipocrático e o pós-hipocrático.

O método científico de estudo das doenças criado por Hipócrates, considerado com justiça o Pai da Medicina, foi o maior legado da Grécia ao mundo ocidental, ao lado do próprio conceito de ciência.

Para Hipócrates, “o estudo do paciente – não a teoria, nem a procura da fórmula

mágica –, a observação, a identificação de cada enfermidade em particular, para encontrar, se for possível, sua causa e solução”, são a base da atuação do médico. Ensinou a seus alunos que “cada uma das doenças tem suas características próprias e sua origem em causas naturais”. Da mesma forma, propugna que o “estudo do homem não pode ser separado do meio em que atua” e deduz que se deve “buscar, fora do indivíduo, a origem das enfermidades”.

Portanto, pela primeira vez na medicina, levava-se em conta a “influência do clima, dos ventos, das estações, do ar e da água”, pois a teoria humoral, por ele desenvolvida, considerava a saúde como o equilíbrio dos humores (fluidos do organismo) – a saber, “sangue, linfa, bile branca e bile negra” –, ao passo que o desequilíbrio entre esses humores seria a causa da doença. Entre os fatores que ocasionariam o desequilíbrio humoral achavam-se “o ar viciado, o trabalho excessivo, as emoções, as bruscas alterações de temperatura” e a qualidade da água que se bebe (Molina, 1973, p. 10; Paixão, 1960, p. 19; Campos, 1944, p. 28).

Devemos a Hipócrates alguns passos importantes no tratamento dos enfermos: o aspecto científico, ou seja, a

observação cuidadosa do doente como um “todo”, corpo-espírito-ambiente, para o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica; o juramento dos futuros médicos (que, segundo alguns autores, teria sido desenvolvido pelos antigos asclepiades e seria, portanto, anterior ao “Pai da Medicina”, embora difundido e afirmado por ele), hoje conhecido como “Juramento de Hipócrates”, consagrado pela Associação Médica Mundial (Genebra, 1948) como componente da ética e da deontologia médicas; a influência que exerceu na escola de Alexandria (por intermédio de seus filhos), a qual, contribuindo para a abolição da proibição de dissecação de cadáveres, foi de grande importância para o desenvolvimento da anatomia; o estabelecimento das bases de uma profissão desvinculada da religião, com médicos, e não somente sacerdotes, tratando dos doentes; a observação da atuação da natureza em detrimento de encantamentos, fórmulas mágicas, interpretação de sonhos etc.

Desde sua fundação, em aproximadamente 753 a.C., uma das características de Roma é um povo guerreiro, assim como uma civilização voltada para a conquista, para a luta pelo poder. Em consonância com essas características, o indivíduo recebia cuidados do Estado em sua condição de cidadão destinado a ser

bom guerreiro. Não havia a preocupação com o aspecto humano e pessoal.

A primitiva medicina, herdada dos etruscos, foi quase exclusivamente mágica até a introdução do culto a Esculápio, em cerca de 461 a.C., momento em que grassava, nas terras romanas, uma violenta pestilência.

A ilha Tiberina foi o primeiro local em que se construiu um templo a Esculápio, com as mesmas características dos templos gregos. Para lá afluíram, inicialmente, os doentes, servindo, depois, de “depósito” de escravos enfermos ou inúteis para seus donos. A medicina aí praticada teve as mesmas “bases” da medicina “sagrada” dos sacerdotes gregos, cercada de mistérios, fundamentando-se na interpretação dos sonhos dos pacientes, propiciados pelo deus. Outros templos se espalharam por Roma, mas nunca seu número se aproximou daquele existente entre os gregos.

Os abusos da ilha Tiberina chegaram a tal ponto que o imperador Cláudio teve de declarar livres todos os escravos que ali fossem abandonados, a fim de coibir tal costume.

Mesmo quando os médicos gregos se dirigiram para Roma, a suspeita sobre o tipo de “cura” que propiciavam levou à interdição do exercício dessa profissão

aos patrícios romanos, permitindo-a apenas para escravos, libertos ou estrangeiros.

No Império Romano, houve diferentes locais de atendimento:

- medicatrinas: surgidas em 290 a.C., são uma transformação dos iatreuns gregos, assim como os tabernae medicorum (consultórios médicos);
- valetudinários: datados do século I a.C., destinavam-se a recolher e tratar de familiares e escravos, privativos de grandes famílias, principalmente donos de terras;
- valetudinários abertos ao público em geral: instituições com fins lucrativos (alguns historiadores contestam a existência desses valetudinários, da mesma forma que afirmam não haver documentação que prove a existência de valetudinários municipais e estatais), servidos de médicos (medicus a valetudinarium) e enfermeiros (geralmente escravos – como uma grande parte dos primeiros médicos – e algumas poucas mulheres, denominados versus a valetudinarium);
- valetudinários das palestras: destinados a atender aos atletas e gladiadores feridos; os valetudinários militares.

Aos medicus a valetudinarium contrapunham-se os medicus a bibliotecis, que se dedicavam à teoria e ao ensino da medicina, desenvolvidos principalmente por médicos gregos que se fixavam em Roma.

Somente em 46 d.C., Júlio César deu grande dignidade à profissão médica, concedendo a todos que a exerciam a cidadania romana.

Quanto aos valetudinários militares, foram os mais importantes, representando, mais que todos os outros, verdadeiros hospitais em tamanho, complexidade e pessoal. Inicialmente incorporados aos exércitos, contavam com médicos militares que tratavam tanto de soldados feridos como daqueles que se encontrassem doentes. Após as batalhas, casos considerados “leves” eram atendidos a céu aberto ou em tendas armadas para esse fim. Para os casos mais graves havia hospitais de campanha, que se tornaram cada vez mais completos.

Ruínas de tais instituições foram encontradas nas margens do rio Danúbio, em Viena, em Baden (Suíça) e em Bonn (Alemanha). Este último constitui-se “de construção de forma quadrada, com um pátio no centro. As alas do edifício medem 83 m cada. Os feridos eram internados em salas com capacidade de três leitos cada, bem

iluminadas e arejadas”. As enfermarias se comunicavam com um pátio central quadrangular. “Havia lugar para os enfermeiros, médicos e depósito de medicamentos”, além de cozinha.

“A localização norte-sul do edifício corresponde a critérios modernos.” Alguns desses hospitais militares “tinham capacidade para 200 leitos, segundo a descrição feita por Vegezio (século IV d.C.). O hospital militar era supervisionado pelo chefe do acampamento e dirigido por um médico” (Munaro et al., 1974, p. 7-8).

Da mesma forma que os exércitos em terra, cada navio de guerra possuía um profissional médico, considerado oficial não combatente, com o posto de “principal”, dependendo “diretamente do comandante ou do tribuno das legiões” transportadas (Campos, 1944, p. 33).

Os romanos distinguiram-se, assim, por dois aspectos principais. O primeiro refere-se à saúde pública, com obras de saneamento de grande envergadura e perfeita execução: drenagem de terrenos pantanosos para combater a malária; redes de esgotos; canalização de água pura em abundância – Sexto Julius Fontinus, por exemplo, construiu catorze aquedutos que traziam à cidade as águas das montanhas vizinhas –;

construção de galerias subterrâneas para o escoamento das águas dos brejos; exigência da manutenção da limpeza das ruas; edificação de casas bem ventiladas; instalação de banhos privados e públicos, sendo que algumas das termas tornaram-se célebres, “com mais de cem mil metros quadrados e dotadas de jardins, salas de repouso e conversação, ginásios, biblioteca e até museus”; vigilância de alimentos, por intermédio da inspeção dos mercados; sepultamento de cadáveres fora do perímetro das cidades (por exemplo, ao largo das grandes vias de circulação, como a Via Ápia), sendo a cremação praticada durante muito tempo (Campos, 1944, p. 34; Molina, 1973, p. 16; Paixão, 1960, p. 21).

O segundo aspecto refere-se às leis: desenvolvimento e codificação de regras higiênicas e normas respeitantes à profissão médica (e das que lhe eram complementares, colaboradoras ou auxiliares), à sistematização do ensino médico e à criação da medicina legal.

Podemos dizer que, na Antiguidade, antes do advento do cristianismo, houve civilizações altamente desenvolvidas em vários setores da atividade humana, mas pouco no que se refere à assistência à saúde, tanto individual quanto coletiva. Coube, geralmente, à religião o cuidado

dos doentes, em algumas culturas em forma de monopólio, ao lado de outros aspectos assistenciais, como o cuidado de órfãos, viúvas, pobres e viajantes. O Estado, na acepção *latu sensu* da palavra, teve pouca atuação no setor, da mesma forma que a iniciativa particular. Entretanto, esta última, ao lado da religião, deu início ao “atendimento do doente com finalidade lucrativa”. Com exceção dos hebreus e da civilização greco-romana, os demais povos vistos não tiveram maiores preocupações com os aspectos sanitários, quer da coletividade, quer das famílias e indivíduos. O diagnóstico e a terapia estiveram sob o domínio das práticas “mágicas”, “religiosas”, “supersticiosas”, de “encantamentos”, “interpretação de sonhos” e outros, muito mais que da observação e da análise do paciente e da doença. A fundamentação científica desses estudos somente se firma com Hipócrates, na Grécia.

Dentre os povos estudados, poucos desenvolveram a organização hospitalar e, menos ainda, de forma permanente, para o atendimento da população em geral. Podemos observar que a Índia, a China e o Japão, da mesma forma que a civilização greco-romana, foram os que integraram, em sua cultura, a “organização” hospitalar, muitas vezes

complexa, com locais separados segundo a clientela, o tipo de doença e a característica do médico.

Quadro 1

Resumo da situação dos povos e civilizações estudadas referente à atividade médico-sanitária, seu exercício e a existência de hospitais.

Povos/Civilizações	Conhecimentos médicos documentados	Hospitais	Aspectos sanitários	Sacerdotes-médicos	Médicos“laicos”	Destaques
Assírio-babilônica	desde 3000 a.C.	*	-	Predominantes		Código de Humurabi, 2250 a.C.: normas sobre atividade médica.
Egito	desde 5000 ou 6000 a.C.	*	-	Predominantes		Mumificação
Índia	desde 1500 a.C.	Numerosos, integrados na vida diária	**	Predominantes		Cirurgia
Israel	iniciam-se com Moisés	Estabelecidos em épocas de calamidade pública	Primeira legislação sanitária coletiva, afirmando o direito dos indivíduos à proteção de sua saúde.		Predominantes	Saúde Pública
Persas	livro de Zoroastro	Provavelmente mantidos para os pobres	-	Importantes	Importantes	Classificação das doenças
China	desde 2700 a.C.	Numerosos, integrados na vida diária	-	Predominantes		Diagnóstico pelo so.
Japão	desde o 1º milênio a.C.	Numerosos, integrados na vida diária	-	Importantes	Importantes	Utilização de águas termais e eutanásia
Grécia	iniciam-se com o mito de Asclepios (Esculápio) e passam a ser científicos com Hipócrates.	Templos e <i>iatreuns</i> .	Preocupações iniciais.	Primeiros	Com Hipócrates tornando-se importantes	Aplicação do método científico ao estudo das doenças.
Roma	desde 461 a.C.	Numerosos, com destaque aos militares	Aplicação de normas sanitárias, desenvolvimento e codificação de regras relativas à higiene e à saúde pública.	Primeiros	Escravos, libertos e estrangeiros; com a sistematização do ensino médico, tornam-se importantes.	Saúde Pública, Leis Sanitárias.

(*) Sem documentação histórica.

(**) Exigência de cuidados higiênicos em cirurgias.

2. idade média

O advento do cristianismo traz consigo uma nova visão humanística, alterando a organização social e as responsabilidades do indivíduo: desenvolve-se mais rapidamente o conceito de serviços gerais de assistência aos menos favorecidos e aos enfermos, idosos, órfãos, viúvas, da mesma forma que aos viajantes e peregrinos, sustentados pela contribuição dos cristãos, desde os tempos apostólicos. Os três primeiros séculos foram marcados pelas perseguições à nova religião, mas também pela difusão desta pela Ásia Menor, Europa e África do Norte, acompanhada do atendimento aos necessitados e doentes.

O decreto de Milão (313 d.C.), proclamado pelo imperador Constantino, ao liberar a Igreja cristã para exercer suas atividades, e o Concílio de Niceia (325 d.C.), ao fixar a obrigatoriedade desse atendimento, deram um grande impulso para o aperfeiçoamento dos hospitais.

A primeira instituição eclesiástica, de cunho assistencial, consistia nas diaconias, que atendiam pobres e enfermos, em todas as cidades onde se estabeleciam cristãos. Em Roma, as instalações eram amplas e bem equipadas, o que levou parte dos historiadores a considerar apenas sua função de auxílio aos doentes.

Entretanto, os pobres e os estrangeiros também eram aí acolhidos. Por sua vez, os senodóquios – prescritos pelo Concílio de Niceia – deviam hospedar peregrinos, pobres e enfermos, existir em todas as cidades (às vezes, se resumiam apenas a um quarto), ter “patrimônio próprio” para atender a tal finalidade e “estar sob a direção de um monge” (Munaro et al., 1974, p. 10).

O cristianismo expandiu-se mais rapidamente no Oriente e suas obras assistenciais, em geral, desenvolveram-se antes das que floresceram no Ocidente. Os principais “pioneiros” ligados ao atendimento dos doentes foram Helena, mãe do imperador Constantino (mais tarde, Santa Helena), Zótico e Ébulo (senadores romanos, sendo que Zótico também foi canonizado posteriormente), os quais, antes de 350 d.C., fundaram uma das primeiras “casas” para abrigar os portadores de afecções inespecíficas da pele (denominados “leprosos” por falta de conhecimentos para distinguir uma doença da outra). Os locais funcionavam mais como uma proteção para a população sã do que para o tratamento dos afetados.

Os senodóquios (xenodochium, em latim) começaram a especializar-se no amparo aos doentes, assim como dos que necessitavam de assistência, como

peregrinos, pobres e desamparados. Os asilos de “leprosos” passaram a denominar-se lobotrophia; os voltados aos doentes em geral, nosocomia; e os que serviam de abrigo e refúgio para forasteiros (e peregrinos), hospitia. Os “asilos” crescem em número e importância, a ponto de o imperador Juliano (o Apóstata), em 362, envidar esforços primeiro para oferecer assistência nas antigas valetudinárias e, depois, fechar as instituições cristãs, substituindo-as pelas “pagãs”:

Juliano escreveu uma carta ao sacerdote Arsax, da Galácia, chamando-lhe a atenção para as numerosas obras caritativas dos cristãos, que além de atender aos próprios enfermos e indigentes, ainda sobravam para socorrer os pagãos. Recomendava-se ao sacerdote Arsax que, imitando a austeridade e benevolência dos cristãos, promovesse iniciativas idênticas entre os pagãos. (Munaro et al., 1974, p. 11)

O breve reinado de Juliano (361-363) representa a última perseguição “institucionalizada” à atuação dos cristãos no Império romano.

Posteriormente, em grandes centros culturais, como Cesareia, Antióquia e Alexandria, multiplicam-se as obras caritativas dos cristãos. São Basílio construiu um dos primeiros e principais nosocomium junto ao convento inaugurado em 369, em Cesareia

(na Capadócia), que se tornou um grande complexo, composto por vários edifícios, escolas técnicas, manufaturas, residências para diáconos e diaconistas da ordem Parabolani, que trabalhavam com os doentes, e locais separados para leprosos – é no tratamento desses últimos que se especializam os religiosos influenciados por Basílio.

O tamanho do complexo levou-o a ser entendido como uma “segunda cidade”, denominada “Morada da Caridade”, ou “basílica”. Originando-se “de Basílio” no momento histórico de que tratamos aqui, hoje o termo “basílica” designa templos destinados ao culto cristão. A acepção mais antiga da palavra, de origem grega, referente à “administração da justiça”, designava edifícios públicos romanos onde atuavam os tribunais. Portanto, a palavra “basílica” tem dupla etimologia.

Durante o longo reinado de Justiniano, as obras assistenciais se difundem. O próprio imperador fundou, em Jerusalém, uma “basílica” dedicada a Nossa Senhora, contendo um convento, um xenodochium e um nosocomium, com capacidade para até 3 mil pessoas. A especialização no tratamento de leprosos, mencionada há pouco, pode ser deduzida do código de Justiniano, editado em 534 (e compilado sobre material anterior), que se refere à existência de hospitais especializados para leprosos, cegos, convalescentes etc.

Em 428, Nestorius, patriarca de Constantinopla, prega uma doutrina que considera Maria apenas a mãe de Cristo e não a mãe de Deus. Ele e seus seguidores são condenados e afastados pelo Concílio de Éfeso (431). Retiram-se para a Mesopotâmia, onde se apossam da escola de Edessa, “com seus dois grandes hospitais”, e organizam uma “notável instituição para ensino médico” (Campos, 1944, p. 37). Em 489, expulsos da Mesopotâmia pelo bispo ortodoxo Cirus, dirigem-se à Índia e à China, fundando conventos pelo caminho, e, finalmente, estabelecem-se na Pérsia, onde são bem-aceitos e inauguram várias escolas de filosofia e, principalmente, de medicina, a mais célebre das quais ficava em Gundeshapur. Sua atuação fez da cidade um dos “mais famosos centros de cultura helênica do Oriente”, no dizer de Antunes (1989 p. 46). Tiveram influência fundamental na medicina árabe, especificamente entre os seguidores de Maomé, após o século VI (meados do VII).

No Ocidente, o primeiro hospital construído (nosocomium) é atribuído à matrona romana Fabíola (posteriormente canonizada), entre os anos 380 e 400 d.C. Também se tem notícia de um xenodochium destinado a receber viajantes africanos que desembarcavam na península Ibérica, também mantido por Fabíola. O senador Pamaquio organiza em Hóstia, um porto de Roma,

um grande senodóquio, inicialmente destinado ao tratamento dos marinheiros e, mais tarde, da população local.

Da mesma forma que no Oriente, as instituições se multiplicam no Ocidente, de modo que todas as sedes episcopais e, depois, os mosteiros passassem a manter um senodóquio para atendimento dos peregrinos, doentes e necessitados.

Os sucessivos concílios católicos reforçam a tendência de que pobres e enfermos fossem abrigados nas dioceses: “O quatro Concílio de Cartagenas ordenava que [...] hospitais fossem erigidos ao lado da igreja” (Campos, 1944, p. 35). Vários hospitais são fundados entre os séculos V e VII, incluindo aquele que hoje é conhecido como Hôtel-Dieu de Paris, inaugurado em 651 por São Landry, bispo de Paris, e muitas vezes reformado (Antunes, 1989, p. 44).

O surgimento das ordens religiosas voltadas totalmente para a assistência aos doentes representa um processo tardio no cristianismo, iniciando-se apenas no século XI. Dessa forma, o monaquismo, uma das primeiras forças da Igreja, dedicado ao atendimento de enfermos e desamparados, assim como ao ensino, teve precedência na fundação de hospitais. A grande inovação representada pelas ordens monásticas teve seu começo no Ocidente com

São Pacômio (iniciador da ordem dos cenobitas), Santo Hilário e São Macário. Entretanto, o mais importante difusor dessa atividade organizada – amparo aos doentes e centros de educação médica – foi a ordem instituída por São Bento de Núrsia (480-547).

Novos preceitos para a vida monástica são estabelecidos e toma importância fundamental a ajuda aos enfermos. Quando um patrício romano, Cassiodoro, que ocupava alta função administrativa, adere à vida monástica (em 548), introduz a prática da leitura dos livros, provavelmente em versão romana, de médicos gregos: Hipócrates, Galeno, Dioscórides, Aureliano Célio e outros, visando melhorar o tratamento dos doentes. Difunde, também, o estudo das ervas medicinais. O conhecimento recuperado tem influência na postura perante o conceito doença/saúde, modificando desde a alimentação fornecida (especial) até a disposição dos prédios.

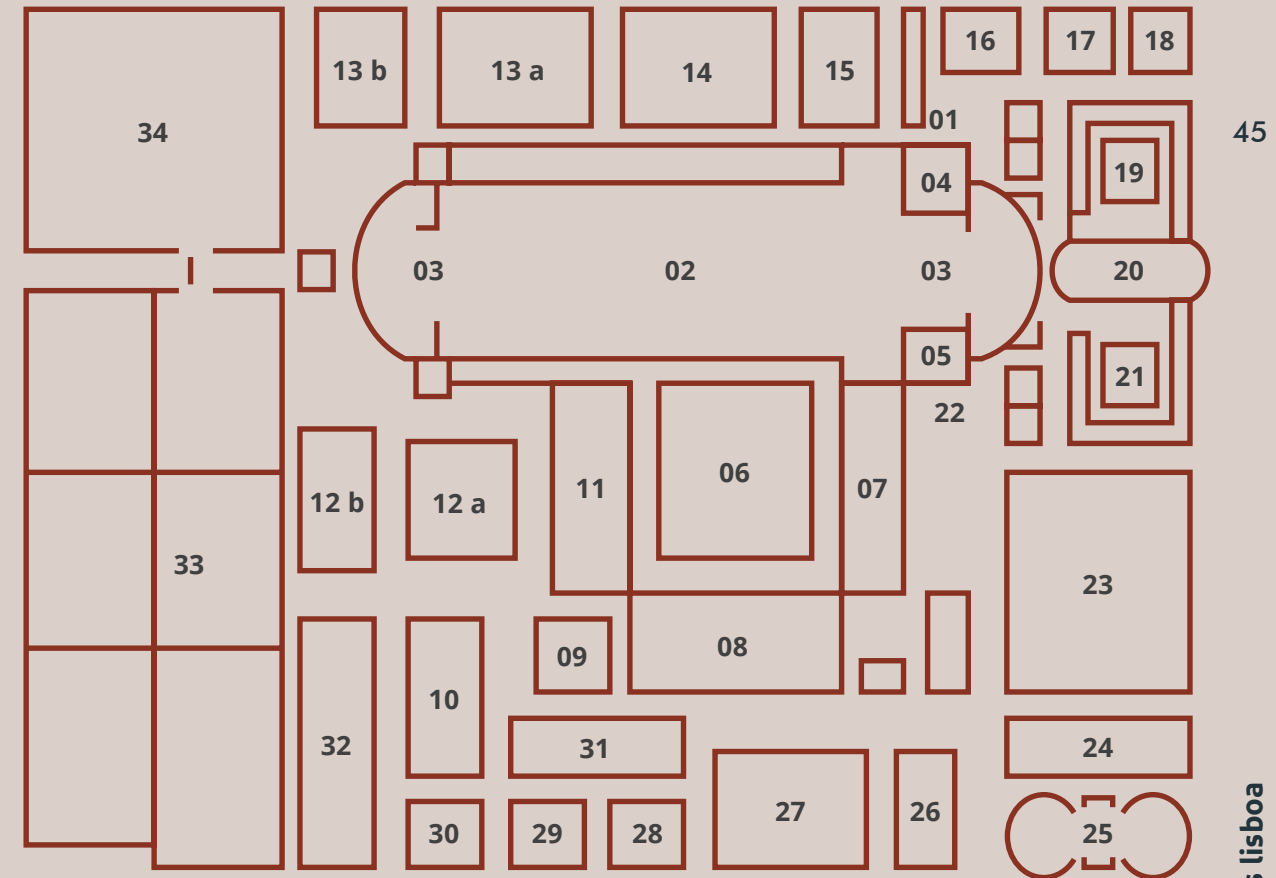
Os mosteiros beneditinos serviram de modelo para outras ordens religiosas que se dedicaram aos enfermos, inclusive ordens militares posteriores. O mosteiro de São Galo, na Suíça, fundado em 614 e transformado no século VIII, possuía um hospital ao lado dos locais dedicados ao culto e à residência dos

religiosos, dispendo de enfermarias, unidades de isolamento, farmácia, banheiros, instalações para os médicos e ajudantes, assim como para os dirigentes. Miquelin (1992, p. 35) fala do requinte de planejamento da abadia, que incluía, além da igreja principal do monastério e do alojamento dos peregrinos, a abadia em si, escolas, enfermarias, fazenda e residência para os trabalhadores leigos. Os aspectos mais determinantes do projeto englobam:

1. as morfologias estruturais – a construção de alojamentos em forma de ferradura anexa ao edifício da capela;
2. separação dos doentes por patologias;
3. agrupamento dos doentes em risco de vida junto ao abade-médico e à farmácia de ervas;
4. separação das funções de apoio e serviço das funções de hospedagem e tratamento;
5. a valorização do saneamento, ventilação e iluminação naturais.

Pelo que se sabe, o planejamento não foi concretizado em sua íntegra, infelizmente. As figuras 1 e 2 exibem a planta da abadia de São Galo.

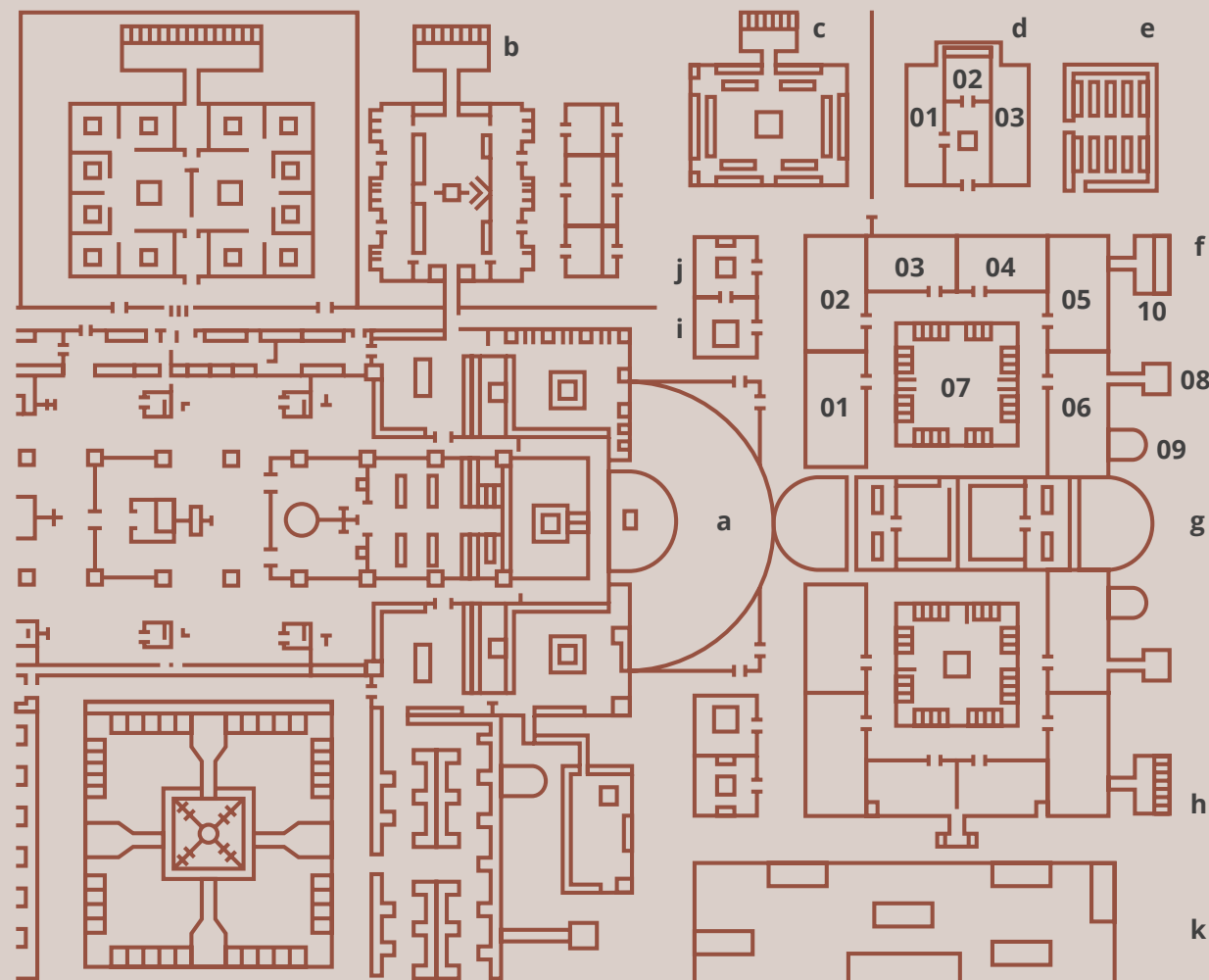
Figura 1 Planta da Abadia de São Galo, 820
Plano atribuído a Frothaire Bispo de Toul
Fonte Biblioteca da Catedral de St. Gallen
Fonte: MIQUELIN, 1992, p.36



01 entrada
02 igreja
03 coro
04 biblioteca
05 sacristia
06 claustro
07 dormitório
08 refeitório
09 cozinha
10 padaria e cervejaria
11 adega
12 hospedagem
a. dormitório

b. cervejaria e padaria
13 hospedagem de estrangeiros
a. dormitório
b. cozinha
14 escola
15 casa do abade
16 sangrias e purgações
17 casa dos médicos
18 horta medicinal
19 enfermaria
20 capela
21 noviças
22 cozinha | banhos

23 cemitério
24 horta
25 galinheiro
26 granja
27 oficinas
28 moinhos
29 olaria
30 preparação de cal
31 trabalhadores
32 cavaliças
33 armazéns e estábulos das fazendas
34 uso não definido



a igreja
b casa do abade
c local para sangria e purgações
d casa do médico
01 pacientes em risco de vida
02 farmácia
03 dormitório do médico
e horta medicinal

f enfermaria
01 quarto
02 refeitório
03 enfermeiro chefe
04 pacientes em perigo de vida
05 dormitório
06 vestiários, reuniões
07 claustro

08 lareira
09 fornalha
10 banheiros
g capela
h noviços
i cozinha
j banhos
k cemitério

Figura 2 Planta da Abadia de São Galo, 820
 Plano atribuído a Frothaire Bispo de Toul
 Fonte Biblioteca da Catedral de St. Gallen
 Fonte: MIQUELIN, 1992, p.36

Os sinais da desagregação do poder imperial no Ocidente se manifestam na pluralidade de centros de governo, na frequência das usurpações e na facilidade com que os imperadores eram ou “tutelados” ou suprimidos por oficiais de origem germânica, franca e vândala. Às constantes invasões de visigodos, ostrogodos, vândalos e alanos seguiu-se a dos hunos, e, em decorrência das derrotas sofridas, porções do território imperial foram cedidos a diferentes grupos bárbaros, sendo o Império Romano do Ocidente substituído pela constituição dos reinos romano-germânicos. Esta transição não foi catastrófica, mas gradual.

A conquista germânica trouxe como resultado a perda de milhões de vidas, a devastação de grandes regiões do país, a desolação de muitas cidades e a destruição de inúmeras obras de arte e de cultura, enquanto o Oriente possuía uma grande rede de comércio que cobria três quartas partes da superfície da Terra, e, portanto, sustentava sua cultura. Em contraste com o imponente sistema do Oriente, o Ocidente, como resultado do enfraquecimento do comércio, da divisão dos países em estados pequenos e separados e do retrocesso das populações que se voltaram como último recurso para a agricultura, adquiriu as formas mais desprestigiadas e mais débeis de economia, as finanças

chegaram a ser inexistentes, e todo o Ocidente tinha uma organização geral de camponeses que não sentiam maiores incentivos para um gênero mais elevado de vida. (Garrison, 1966, p. 112)

Enquanto isso, Gundeshapur, celeiro da medicina greco-romana no Oriente, revitalizou a escola de Bagdá (cidade fundada em 762); a civilização grega vestiu trajes orientais, dominou a Pérsia e depois exerceu influência sobre os árabes. Quando o islã iniciou seu avanço vitorioso pelos demais países, estabeleceu um domínio que se estendeu das margens do rio Indo ao Cáucaso, englobando quase todo o norte da África, o sul da Espanha, a Sardenha e a Sicília. As mesquitas que se espalhavam seguindo o estandarte do profeta abrigavam junto a si edifícios que representavam academias (ministrando um pouco de todas as ciências, principalmente teologia, filosofia e medicina), locais de moradia para mestres e discípulos, bibliotecas, hospitais e ambulatórios. Com a contribuição de outros grupos étnicos, como os judeus e os persas helenizados, assim como de médicos nestorianos e sabaístas (Mesopotâmia), a medicina voltou a ser hipocrática: fundamentada na lógica e na experiência.

No período em que o predomínio árabe atinge o seu apogeu, “a arte e a poesia

tiveram seu desenvolvimento máximo” e “a medicina foi considerada como forma de instrução mais preciosa. Os árabes herdaram, assim, todo o patrimônio médico do passado e se tornaram os guardas fiéis da antiga medicina” (Castiglioni, 1947, vol. I, p. 306).

Os historiadores se dividem quanto à contribuição dos árabes para a história da medicina. Alguns consideram que, se não fosse pelo Islã, ter-se-iam perdido para sempre, na noite da Idade Média, as tradições de Hipócrates e Galeno; outros, partindo do princípio de que, nos mosteiros do Ocidente, durante toda a Idade Média, conservaram-se, como tesouros, as obras dos gregos e dos romanos, que vieram à luz na Renascença, tomam a posição contrária, ou seja, nada foi acrescentado de novo pela civilização árabe, e o Ocidente, não precisou dela para retornar às fontes helênicas. A maioria, da mesma forma que Castiglioni, considera que a verdade se encontra entre esses dois polos opostos. Em primeiro lugar, muitas obras-primas dos gregos só foram conservadas pelos árabes; em segundo, no domínio da medicina prática, influenciados pelo conhecimento sistematizado, fizeram notáveis progressos.

O ensino da medicina e a organização dos serviços sanitários incrementaram

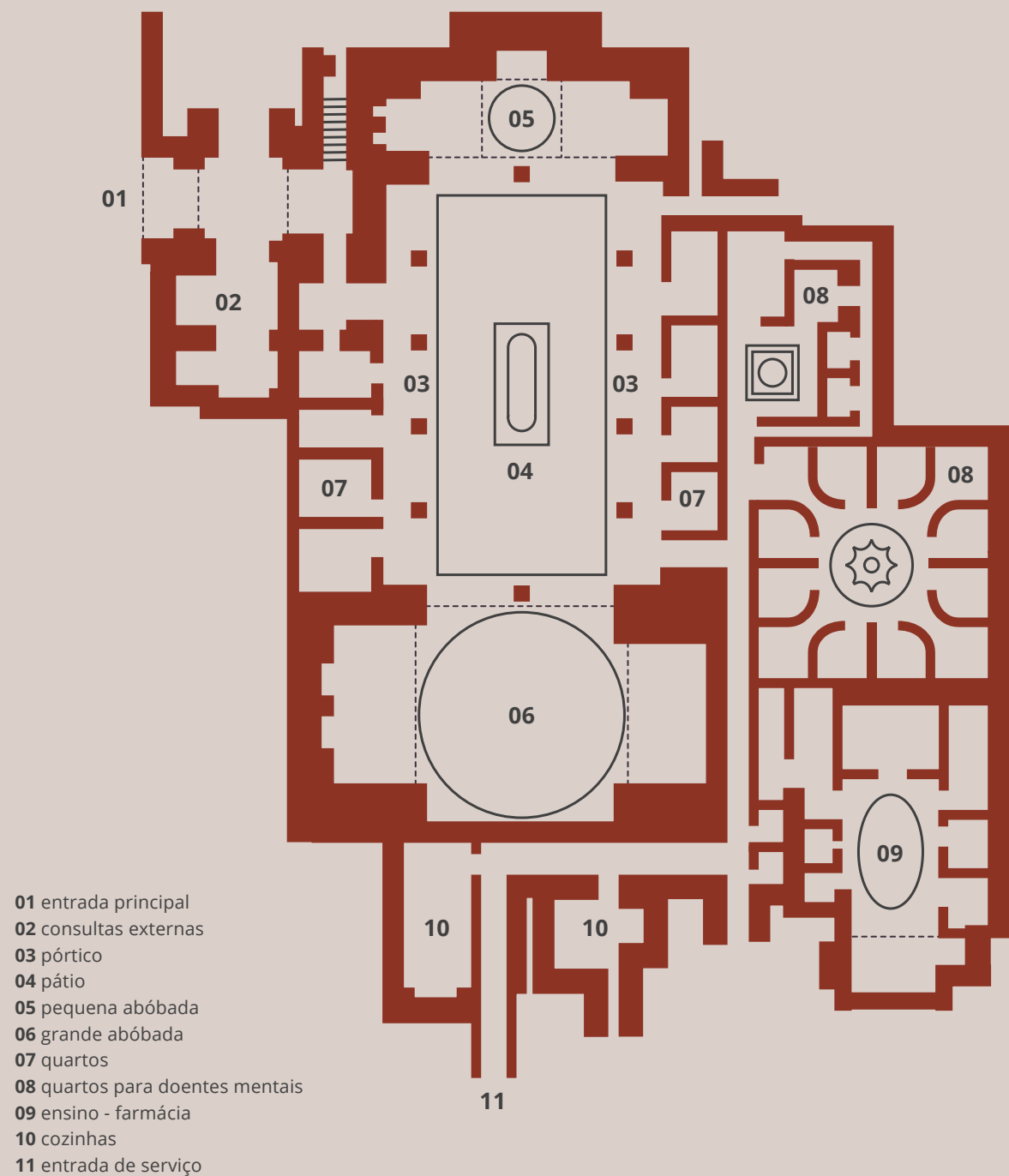
a fundação dos hospitais. Em Bagdá, existiam dois: um inaugurado no século IX; outro, no X (970). Este conservou-se até a destruição da cidade, em 1258. O hospital do Cairo, construído em 1283, representava a forma geral dos hospitais do território ocupado pelo Islã: possuía enfermarias separadas para os feridos, para os convalescentes, para as mulheres, para os que sofriam de doenças nos olhos, para os que tinham febre (locais onde o ar era renovado por meio de fontes), farmácias, cozinhas etc. O hospital era dirigido por um médico a quem se subordinavam os outros, sendo que todos ministravam lições diárias aos discípulos; como auxiliares, havia enfermeiros de ambos os sexos. Além da mesquita, era comum que bibliotecas e orfanatos se encontrassem anexos ao hospital; o exercício da medicina era reservado àqueles que, tendo completado o curso, eram aprovados em exames pelos médicos mais destacados. No período áureo da medicina árabe, somente por abuso poderia alguém exercer a medicina sem ser formado (como ocorre nos dias de hoje). Assim, graças aos árabes, o hospital torna-se escola de medicina.

O modelo hospitalar islâmico provém do complexo sociocultural mesquita-escola-hospital, o bimaristan. Do ponto de

vista etimológico, bimaristan tem origem em bima, pessoa doente, enferma, e stan, que significa casa. Portanto, “casa para pessoas enfermas”. Sob a influência da religião, são separadas as áreas de atendimento de homens e mulheres. Em relação às doenças, os edifícios hospitalares segregam os pacientes segundo os grupos de patologias. O local de preparação de medicamentos (à base de ervas medicinais) ocupa papel relevante. Os cuidados com a higiene e a salubridade fazem com que haja preocupação em estabelecer estratégias de ventilação dos compartimentos e de distribuição de água. Uma provável influência bizantina se faz sentir com a criação de áreas para atendimento e consultas externas.

O bimaristan é, também, um local de ensino, “sob supervisão de um médico responsável” (Miquelin, 1992, p. 34). Um exemplo de bimaristan é o hospital de Arghoun Al-Kamili (século XIV), cuja planta pode ser examinada na Figura 3.

Figura 3 Planta do hospital de Arghoun Al-Kamili (século XIV). Fonte: MIQUELIN, 1992, p.39



Verificamos que o lugar dedicado ao ensino e o dispensário de medicamentos estão congregados num mesmo espaço, mostrando a importância que este assume no hospital islâmico. Do pátio central se distribuem duas grandes salas, assim como pequenos compartimentos para os pacientes, cobertos por cúpulas de tamanhos diferentes (05 e 06). Separados dos demais doentes, os “alienados” possuem um espaço próprio, organizado em torno de uma fonte (08).

O Ocidente, nos primeiros séculos da Idade Média, apresenta um declínio geral do acervo da civilização greco-romana. A Europa Ocidental, devastada por guerras, invadida por bárbaros e assolada por epidemias, manteve a chama do trabalho médico e assistencial com base exclusivamente no conceito cristão de auxílio: a medicina era considerada como “uma forma mística de assistência dada mais à alma do que ao corpo e como obra de caridade, na qual o sacerdote nada mais era do que o intérprete da vontade divina e do poder divino de curar, que era sempre um atributo essencial do Salvador” (Castiglioni, 1947, vol. I, p. 343).

Na Europa, a partir do século VI, lutas longas e ferozes contra os invasores fizeram com que, além da guerra, a peste e a fome assolassem essas regiões. Única

força organizada, a Igreja de Roma foi suficientemente poderosa para manter um asilo seguro, em que se refugiaram os eruditos. A filosofia, assim como a medicina literária e o ensino médico da época, abrigou-se e desenvolveu-se quase exclusivamente nos mosteiros. Sabemos que, paralelamente, médicos práticos existiam, mas a concentração de hospitais, da mesma forma que as obras de caridade em torno dos mosteiros, bispados etc., fez com que as ordens religiosas, voltadas à diminuição do sofrimento e das misérias humanas, mais da alma do que do corpo, tivessem predominância.

Desenvolveram-se as assim chamadas “ordens hospitalárias”, dentre as quais podemos citar:

- Ordem dos Antonianos, fundada em 1095, em Viena, e tendo na França sua sede na igreja La Motte Saint-Didier;
- Ordem dos Trinitários, que somente em seu início esteve inteiramente dedicada à atividade hospitalar e à assistência dos doentes (posteriormente, destacou-se na luta pela libertação dos escravos cristãos das mãos dos sarracenos);
- Ordem dos Crucíferos, presente desde a Espanha até a Polônia, a República Checa e a Alemanha;

- Ordem dos Cavaleiros de São João de Jerusalém, fundada com o objetivo de atuar nos hospitais que auxiliavam os peregrinos de passagem pela Terra Santa e que, com a expulsão dos cristãos de Jerusalém, instalou outros hospitais em Rodes, na Grécia, e em Valeta, na Ilha de Malta;
- Ordem dos Cavaleiros de São Lázaro, a qual, durante dois séculos, construiu leprosários em diversas regiões da Europa;
- Ordem dos Teotônios, originária de Jerusalém e que no século XII, atuou principalmente na Alemanha, até o século XV;
- Ordem do Espírito Santo, cujo início, em 1180, foi como uma comunidade religiosa, tendo o objetivo específico de assistir aos enfermos. A Ordem criou, na cidade de Montpellier, um grande hospital, e espalhou-se por toda a Europa, chegando ao extremo norte – Inglaterra, Dinamarca e Noruega. Como só foi suprimida em 1847, após a descoberta da América estabeleceu hospitais no México e no Peru. Seu hospital, em Roma, também atendia aos pobres. Se tinha capacidade para trezentos leitos, servia mil refeições diárias aos deserdados pela sorte;

- Hospitaleiros de Montepascio, fundada no século XI (1004) com finalidade assistencial geral, passou a se concentrar apenas no setor de saúde em aproximadamente 1240, cobrindo toda a Europa, principalmente Alemanha, França, Itália e Espanha;
- Ordem Hospitalar de Santo Antão ou Santo Antonio de Viena (antoninos), estabelecida em 1095 e dedicada principalmente ao tratamento dos atacados pelo “fogo de Santo Antão”, uma erupção cutânea que, com complicações, provoca gangrena;
- Ordem da Santíssima Trindade, aprovada em 1198, a qual, em menos de meio século, erigiu duzentas organizações para o tratamento de doentes na França, Inglaterra, Irlanda, Escócia e Espanha;
- Ordem Hospitalar dos Agostinianos de Constança e outras (Munaro et al., 1974, p. 15-18; Correia, 1944, p. 183; Molina, 1973, p. 24-25; Antunes, 1989, 66-67).

Como se pode observar, as cruzadas originaram algumas ordens hospitalarias e tiveram papel preponderante na criação de hospitais, quer para atender feridos e doentes, quer para proteger os peregrinos dos ataques dos sarracenos,

como a grande Ordem dos Templários (dissolvida pelo Concílio de Viena, em 1312).

Vários outros fatores resultam das cruzadas, embora elas não tenham alcançado seu objetivo primordial, que era livrar a Terra Santa das mãos dos infiéis: novas possibilidades de comércio, novas fontes de progresso e, infelizmente, a disseminação da lepra, moléstia conhecida desde a mais remota Antiguidade.

A Bíblia refere-se à lepra; no Egito, documentos a mencionam desde o ano 2400 a.C.; os gregos e romanos a descreveram. Portanto, as civilizações da Antiguidade já coexistiam com a lepra e outras doenças de pele (das quais, muitas vezes, não a distinguiam), e a ideia de sua contagiosidade também remonta, entre outros, a Moisés.

A Idade Média assistiu a um grande recrudescimento da lepra, “cujas causas múltiplas se ligam ao movimento das cruzadas, junto à promiscuidade em que viviam os que as constituíam, à falta de asseio a que os obrigavam os constantes deslocamentos e as vicissitudes das guerras constantes e da miséria, a vida anti-higiênica” (Correia, 1944, p. 186).

Surgiram várias instituições voltadas para o atendimento dos doentes,

a minimização do sofrimento dos leprosos, pois não se tratava de terapia especial, mas do isolamento do portador, proporcionando-lhe ao mesmo tempo certo conforto, principalmente espiritual. Segundo Antunes (1989), “o número de leprosários deve ter chegado a duzentos e vinte na Grã-Bretanha durante o século XII, a mais de dois mil na França, no século seguinte, e a quase dezenove mil no continente europeu, durante todo o período medieval” (p. 82).

Localizavam-se, geralmente, fora das cidades, vilas e, depois, burgos. Como não podiam deixar o recinto do hospital, a vida interna dos “leprosos” era organizada como em uma autêntica sociedade, incentivada pelas congregações religiosas que se dedicavam especificamente a esse tipo de doente.

Foi entre os séculos XIV e XV que a moléstia diminuiu, até desaparecer quase completamente na Europa Ocidental (Foucault, 1978, p. 3). Entretanto, não ficam vazios os leprosários. Com o declínio da lepra, ela é substituída, no final do século XV, pelas doenças venéreas. No dizer de Foucault (1978):

nasceu uma nova lepra, que toma o lugar da primeira. Aliás, não sem dificuldades, ou mesmo conflitos, pois os próprios leprosos

sentem medo. Repugna-lhes acolher esses recém-chegados ao mundo do horror [...]. Mas, se os leprosos têm direitos mais antigos de se instalar nesses lugares “segregados”, são pouco numerosos para os fazerem valer; os atingidos pelas doenças venéreas, um pouco por toda a parte, logo ocupam-lhes o lugar. (p. 7)

É somente na Alemanha que se constrói, para os leprosos, casas especiais, não para segregá-los, mas para assegurar-lhes tratamento.

Na Idade Média, principalmente a partir do século XIV, epidemias alcançaram a Europa, dizimando grande parte da população. Segundo Munaro et al. (1974), “calcula-se que a peste ocorrida entre 1347 e 1350 vitimou cerca de 43.000.000 pessoas”.

Na peste de Londres, em 1603, morriam na cidade cerca de 2.000 pessoas por semana” (p. 19). Essas epidemias, provenientes do Extremo Oriente, modificaram todo o aspecto cotidiano da vida urbana, impondo, em médio e longo prazos, novos parâmetros e critérios à organização sanitária. “Como a lepra, a peste imprimiu sua marca nos procedimentos institucionais de atenção às enfermidades e gerou tipos inéditos de estabelecimentos hospitalares” (Antunes, 1989, p. 102-103).

A peste do século XIV era a bubônica. Entretanto, os termos “peste” e “pestilência”, já utilizados na Antiguidade, se referiam a diferentes doenças, além da peste bubônica e da peste pulmonar: à varíola, à cólera, à malária, e até à febre tifoide, pois todas tinham a característica de afetar muitas pessoas ao mesmo tempo, de modo intenso e brusco, provocando alta mortalidade.

Já no século VI, portanto, antes de 1347, um surto de peste bubônica devastou toda a bacia do Mediterrâneo. Os meios de que lançou mão a sociedade do século XIV para lidar com o problema, porém, foram diferentes daqueles do século VI.

Em primeiro lugar, preocupações sanitárias com a higiene individual e coletiva foram retomadas, a exemplo da utilização de água de chuva para o consumo, ventilação das casas, queima dos pertences dos indivíduos atacados pela peste e o rigoroso isolamento dos portadores, com as cidades fechando suas portas aos imigrantes e seus portos marítimos ao desembarque de navios. O isolamento dos “supostos” doentes durava geralmente um mês. O primeiro decreto impondo a trentina, como era chamado esse período de isolamento, data de 1377, da cidade de Regusa, na costa oriental do mar Adriático. Com o tempo, o prazo foi dilatado para quarenta

dias, derivando-se daí a denominação “quarentena”, que alcançou nossos dias. Marselha foi a segunda cidade a decidir-se pela quarentena, em 1383, seguida de Veneza, em 1403.

A tentativa de isolar os doentes da peste e os casos suspeitos levou à construção de um tipo específico de instituição hospitalar, intitulada genericamente de “lazareto”. Entre os séculos XV e XVII, os lazaretos multiplicaram-se pela Europa: estabeleciam-se nas proximidades tanto dos portos quanto dos locais de fronteiras terrestres mais procurados pelos peregrinos, viajantes e mercadores.

O primeiro lazareto em Gênova foi criado em 1467; em Marselha, construiu-se outro em 1446 e, em Milão, em 1488. Em Portugal, o primeiro lazareto de que se tem notícia foi implantado na cidade do Porto, em 1486, por D. João II (1481-1495), que lhe deu o título de “o degredo da cidade”, nome que ilustrava e aludia ao caráter carcerário da instituição sanitária, realçando sua semelhança com os estabelecimentos penais daquela época. (Antunes, 1989, p. 115).

Do ponto de vista das normas que regem a convivência entre os diferentes grupos na sociedade, podemos destacar duas ideias que originaram formas de atendimento aos doentes e de poder para dominá-los: a primeira, que

predomina em toda a Alta Idade Média, é a importância da salvação da alma em detrimento do corpo, sendo a doença um castigo divino e a cura a manifestação da vontade de Deus; a segunda, que se desenvolve no final da Idade Média e no Renascimento, consiste na tentativa do poder secular, o do Estado, de se dissociar e se sobrepor aos “representantes diretos de Deus” e à “Igreja Universal” – tal ideia ganha destaque com a Reforma Protestante.

A primeira concepção remonta diretamente aos discípulos e primeiros seguidores de Cristo, em cuja lembrança o Mestre tinha dado especial atenção àqueles considerados mais desafortunados, inclusive aos enfermos, tendo recomendado que assim se procedesse após a sua morte. Dessa atitude emerge o conceito de que “o homem vale por si, não por sua posição social. Tudo quanto fizermos ao menor dos nossos irmãos é como se o tivéssemos feito ao próprio Deus e do que fizermos ou deixarmos de fazer aos nossos irmãos depende a nossa felicidade ou infelicidade futura” (Munaro et al., 1974, p. 89).

Na sequência, uma percepção dualística impregna a cultura cristã: a doença é entendida “como um castigo divino, mas sendo proveniente de um Deus misericordioso e bom, transmutava-se

simultaneamente num instrumento poderoso de remissão dos pecados, de fortalecimento da fé e de aproximação com Cristo e salvação na vida eterna. Ademais, aqueles que cuidassem dos enfermos tinham também a oportunidade de salvar a própria alma (Silva, 1986, p. 34).

A igreja prega “o desinteresse pelas coisas materiais, incluindo aí, o próprio corpo, e a primazia da vida eterna sobre a terrena” (Brutscher, 1991, p. 99). O conceito de saúde/doença, baseado nas palavras do Senhor, fazia com que “o cuidado com os corpos doentes” fosse reconhecido “como complemento à condução das almas e a cura passava a requerer, não apenas métodos higiênicos e medicamentosos, mas também o arrependimento dos pecados e a oração” (Antunes, 1989, p. 47). Em nome dos fundamentos da nova fé, a partir do século IV, “vários estabelecimentos destinados ao cuidado e abrigo dos doentes e necessitados foram fundados pelo clero” e este passou a “prestar diversas modalidades de assistência social” (Antunes, 1989, p. 39).

As tarefas de caridade cristã, reconhecidas como tal, foram enumeradas por Thompson e Goldin (apud Antunes, 1989): “Alimentar os famintos, saciar a quem tem sede,

hospedar os estrangeiros, agasalhar a quem tem frio, cuidar dos enfermos, visitar os presos e sepultar os mortos. Os atos de misericórdia eram movidos pela convicção de que reverteriam na remissão dos pecados e no merecimento de indulgências” (p. 39).

Portanto, as diferentes obras assistenciais cristãs, de um lado, serviam para a difusão da nova fé, de outro, centralizavam na mão do clero todo o poder organizado de uma sociedade, primeiro a pagã, depois a dominada por relações agrícolas de produção servil.

A destruição do Império Romano do Ocidente – e a miséria, a perda de toda uma geração de jovens sacrificados numa sucessão de cruzadas, a chegada da lepra ao Ocidente e a disseminação de contínuos surtos de pestilência, que o acompanharam – tendia a reforçar o poder da Igreja Cristã. Os próprios senhores feudais, digladiando-se constantemente em lutas ferozes e exercendo “a tirania mais cruel sobre os que dominavam”, consideravam como sua “salvação” a prática das virtudes cristãs; tiveram lugar atos de “generosidade e clemência, como o perdão de injúrias, libertação de escravos, restituição de bens roubados, doação de fortunas destinadas à construção de templos, hospitais etc.” (Correia, 1944, p. 178).

Esses senhores refugiavam-se, assim, nos “braços da igreja” e, procurando a “salvação”, aceitavam o poder do clero.

Com o fortalecimento da monarquia, a progressiva urbanização (expansão dos burgos) e o aparecimento da autonomia administrativa e econômica das cidades, tem início a luta contra o domínio absoluto da Igreja em assuntos da sociedade civil. Da mesma forma como o clero estabelecera seu domínio sobre doentes e desamparados, as autoridades administrativas das cidades firmam seu poder sobre os miseráveis e as vítimas de enfermidades.

Como exemplo, podemos citar a postura municipal de Londres promulgada em 1665 para combater a epidemia irrompida naquele ano. A ementa dizia respeito a “Ordens concebidas e publicadas pelo Lorde Prefeito e Vereadores da City de Londres referentes à epidemia de peste”, sendo seu conteúdo regido pela “premissa de que toda cidade pudesse e devesse se converter em um imenso lazareto, transpondo para a vida urbana os princípios da organização funcional daquele estabelecimento”.

O documento evocava um Ato do Parlamento britânico intitulado “Uma Lei para a Assistência Caritativa e Disposição das Pessoas contaminadas com a

peste”, o qual outorgava às autoridades municipais o poder para manter isoladas e “presas” em suas próprias residências pessoas contagiadas ou suspeitas de contaminação e propiciava a nomeação compulsória de certos cidadãos para organizar um corpo de funcionários que agiria em qualquer região atingida, permitindo até mesmo a prisão de qualquer um que se recusasse a cumprir esta obrigação. Esses funcionários recebiam as seguintes incumbências:

Designar:

- inspetores para cada paróquia, com os deveres de investigar e conferir a existência de doentes nas casas, fazer a chamada diária de seus moradores, que se mostrariam pelas janelas, convocar a polícia para fechar as residências onde descobrissem ter ocorrido algum caso de peste e fiscalizar a ação da própria polícia;
- dois vigilantes para cada casa contaminada, um para a noite e outro para o dia, cujas funções seriam impedir a entrada e a saída de qualquer pessoa, encaminhar os mantimentos necessários à provisão de seus moradores e trancafiar portas e janelas sempre que precisassem se ausentar no desempenho de suas tarefas;
- investigadoras, cujo único encargo seria reconhecer os sinais da peste nos corpos dos doentes e nos cadáveres, para confirmar os casos notificados;

- cirurgiões, para auxiliar as investigadoras e evitar que houvesse falsificação de informações sobre a doença; e
- enfermeiras, que deveriam conviver no interior das casas interditadas, orientando a assistência a ser prestada aos doentes, e que não poderiam abandonar aquele local antes que fossem transcorridos vinte e oito dias após a morte das vítimas da peste, e se nenhum outro caso ali se manifestasse”. (Defoe apud Antunes, 1989, p. 127).

A postura municipal de Londres apresentava ainda os seguintes itens:

- “Ordens referentes às casas contaminadas e pessoas sofrendo de peste”;
- “Ordem para limpeza e manutenção das ruas”;
- “Ordens referentes a pessoas libertinas e reuniões de desocupados”.

Verificamos, assim, que, além da violência praticada contra os cidadãos, mantendo-os incomunicáveis em suas moradias, ainda que estas contivessem pessoas sadias, e além da convicção de que a higiene coletiva deveria ser instalada e mantida, havia a concepção de que a disseminação da moléstia deveria ser favorecida pela existência de numerosos vagabundos e mendigos, o que demonstra o aspecto político das

medidas. O combate contra a peste torna-se um pretexto para estender sobre todos a dominação de “Sua Majestade” e, em consequência, da “liderança” civil. Nenhum “cidadão”, mesmo que fosse religioso, poderia furtar-se da obediência devida a estas disposições. Obtinham-se, assim, dois resultados: proibia-se a entrada e a permanência de elementos perturbadores da ordem pública na cidade e firmava-se o incontestável poder da administração civil.

Inicia-se, no século XIII, o movimento que tende a subtrair os hospitais da influência monástica medieval. Em primeiro lugar, convém lembrar o édito de 1163 da Igreja, que impedia o clero de executar qualquer tratamento e/ou operação que implicasse derramamento de sangue do paciente, complementado pelo Concílio de Le Mans, de 1247. Assim, a cirurgia, como atividade, passou a integrar o âmbito de trabalho dos barbeiros. Estes, ao longo dos séculos, passaram a se organizar, formando corporações de cirurgiões-barbeiros. Paralelamente, um punhado de médicos seculares buscava sua formação como cirurgiões. Entretanto, sempre foram bem menos numerosos que os “práticos” cirurgiões-barbeiros.

No século XIII (1210), foi organizado o Colégio de São Cosme como um grêmio parisiense. Entre seus membros estavam os barbeiros-cirurgiões que tratavam religiosos (cirurgiões de túnica longa) e barbeiros ou barbeiros-cirurgiões laicos, de túnica curta. A causa dessa discriminação se deve não somente à repulsa da Igreja contra uma prática médica que, em alguns aspectos, podia ofender a modéstia dos pacientes, ser causa de sua incapacidade física e/ou morte, mas ao fato de que a medicina em suas origens nem sempre era bem exercida, apesar de se encontrar em mãos de monges.

A famosa máxima do Concílio de Tours, Ecclesia abhorret a sanguine, trouxe descrédito aos cirurgiões de baixa qualificação, mas, ao mesmo tempo, despertou a vontade do aperfeiçoamento nesta atividade. Contra os charlatães errantes medievais estabeleceu-se a Escola de Salerno:

Para este centro convergiram sucessivamente todas as grandes correntes do pensamento médico, antigo e contemporâneo: das escolas gregas da Itália e do Sul e do Egito aos monges da Europa ocidental, dos judeus, árabes e orientais aos povos do norte da Europa – um conjunto de influências que foram absorvidas e amalgamadas numa atividade

médica secular, para a qual trouxeram suas contribuições individuais pessoas de todas as classes e credos. O resultado é um exemplo admirável de um traço latino característico: o de utilizar o jato mais vivo de cada fonte, o broto mais vigoroso de cada ideia, a lembrança intacta de um passado aparentemente morto e o de dar uma direção eminentemente prática e lúcida a cada atividade. (Castiglioni, 1947, vol. I, p. 350)

O período áureo da escola salernitana se dá no século XII e início do XIII, com a exigência de algumas cidades, como Nápoles, de que somente pudessem exercer a medicina em seu território aqueles que tivessem ali estagiado. O declínio de sua importância se deve não à “qualidade” dos ensinamentos ali ministrados, mas sim, à concorrência de universidades que passaram a ser instaladas em várias cidades. Sua instituição disseminou por toda a Europa profissionais qualificados e treinados na prática médica e cirúrgica, “os quais prestavam seus serviços diretamente à população, sem mediação dos hospitais cristãos”.

Tanto a Escola de Salerno “como as universidades têm seu surgimento no cenário medieval associado à secularização da instrução profissional; seu estabelecimento serviu de prenúncio

à laicização da atenção institucional às doenças, tendo-a precedido em apenas pouco tempo” (Antunes, 1989, p. 72).

60 A prosperidade das cidades europeias e o aumento da riqueza e do poder da burguesia incentivaram as autoridades municipais a suplementar, no início, e depois a assumir, o encargo das atividades da Igreja. Vários fatores se congregaram para este resultado:

a) Hospitais e asilos religiosos passam a ser cada vez mais inadequados para fazer frente a uma concepção alterada de saúde/doença – deixa de ser verdadeira a perspectiva medieval de que indigentes, desprotegidos e doentes são necessários para a “salvação” dos que praticam a caridade.

b) As circunstâncias econômicas e sociais entre os séculos XIII e XVI alteram o significado e a intensidade do número de pobres. O cerceamento de terras de cultivo, os preços cada vez mais altos, a intensidade do desemprego e outros tornam o problema da “vadiagem” cada vez mais agudo e importuno.

c) Sem meios de subsistência, muitos desses miseráveis, para poderem ser admitidos em hospitais (compreendidos na acepção de asilos), fingiam-se de doentes e aleijados, onerando todo o sistema assistencial.

d) A manutenção dos estabelecimentos hospitalares e similares dependia da caridade da população, assim como dos dízimos cobrados pela Igreja, o que fez com que o imenso patrimônio material começasse a “tentar seus administradores”.

O Papa Clemente V promulgou um decreto em 1311, exigindo que os clérigos responsáveis por sua gestão jurassem desempenhar suas funções com honestidade e que preparassem uma declaração anual das contas e despesas dos hospitais, para que fosse apreciada pelo bispo da região. Por meio do mesmo dispositivo pontifício, Clemente V reafirmava que os recursos hospitalares deveriam ser exclusivamente devotados ao fim caritativo para o qual haviam sido designados. (Antunes, 1989, p. 75).

O fato de a administração dos hospitais, e de outras instituições de atendimento ter passado para as autoridades municipais não significa que o clero tivesse abandonado totalmente essas atividades ao longo dos séculos XIII a XVI. Somente com a Reforma e pela ascensão do Estado absolutista a separação se torna mais significativa:

Se antes do século XVI podemos observar a intervenção das autoridades civis em assuntos de bem-estar e saúde, o princípio de que o auxílio ao pobre, incluindo atenção médica, era uma responsabilidade da comunidade e

não da Igreja, foi definitivamente estabelecido durante o período da Reforma. (Rosen, 1980, p. 350).

Nessa época as características do hospital não mudaram. Lomperez y Romea (apud Campos, 1944, p. 43) classifica as formas dos edifícios em três tipos: basilical, cruciforme e palaciano.

O tipo basilical, de que é exemplo o hospital de Burgos, na Espanha, é

Um grande edifício de pedra, extensas naves abobadadas sustentadas por maciças colunas; janelas estreitas; galeria claustral, circundante; no fundo, uma capela; grande chaminé na outra frente; nas paredes, ao lado das camas, nichos para lamparinas e outros à semelhança de mesinhas de cabeceira. (Campos, 1944, p. 38)

Já o tipo cruciforme, de que são exemplos os hospitais de Santiago, de Toledo e de Granada, todos do início do século XVI, tem as seguintes características:

Consiste em duas grandes coxias de igual cumprimento, que formam uma cruz grega com dois pisos: no encontro dos braços, há uma encruzilhada com a altura de ambos, coroado por uma claraboia. Os braços da cruz englobam quatro pátios cujo perímetro se fecha com passagens, que abrigam os serviços. O edifício, em sua totalidade, tem planta quadrada. A capela se colocava no cruzamento ou no extremo do braço “superior”. Os

enfermos, de suas camas ou debruçando-se nas balaustradas, presenciavam os cultos divinos. (Campos, 1944, p. 38)

Em relação ao tipo palaciano, Lomperez y Romea descreve

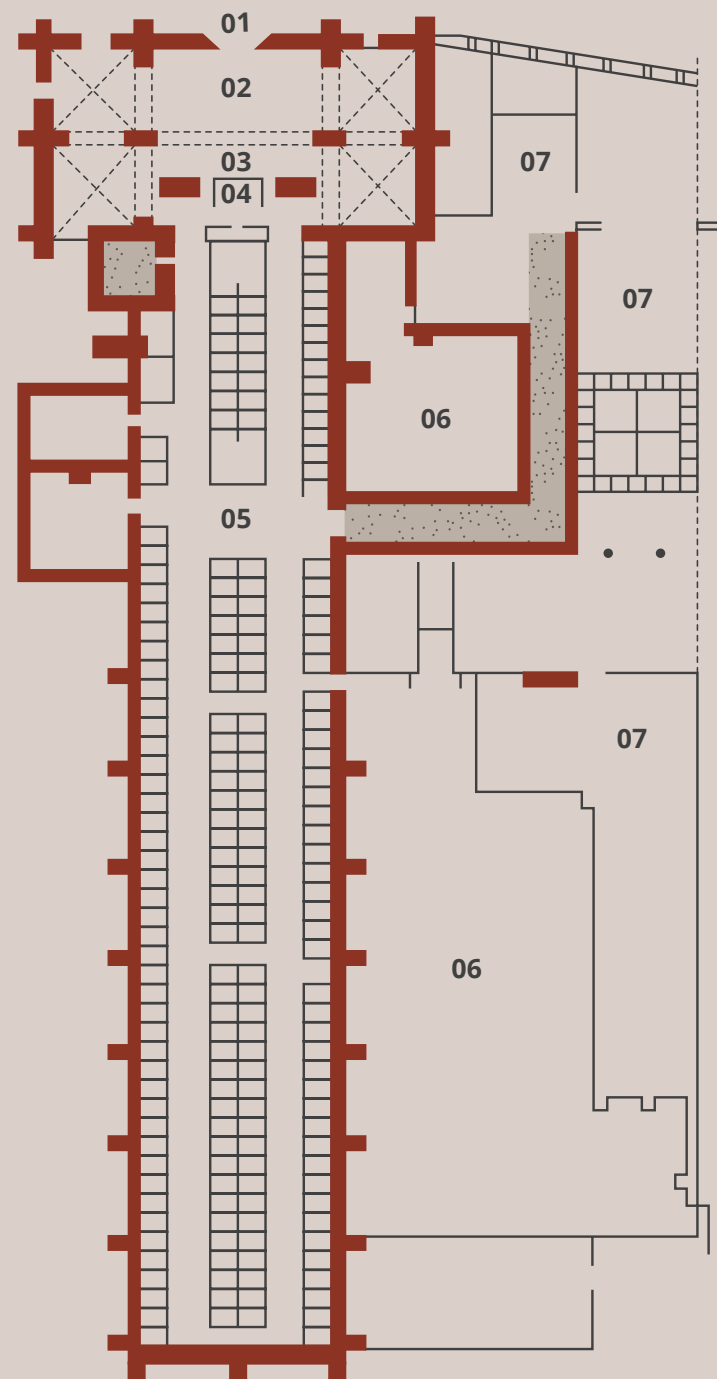
Um conjunto quadrado ou retangular, cujo núcleo é um pátio ou dois com variantes, com a colocação da igreja no fundo do pátio ou em um dos lados” (Campos, 1944, p. 39).

Um exemplo é o Domus Dei – hospital Santo Espírito de Lübeck, de 1286 –, cuja planta pode ser vista na Figura 4.

Segundo Miquelin (1992, p. 37), os vãos entre as abóbadas tornam-se cada vez maiores, melhorando muito as condições de ventilação e iluminação dos edifícios.

O planejamento das edificações muda. Procura-se melhorar as condições de ventilação e iluminação. Graças à experiência dos leprosários, dois novos fatores são incorporados ao planejamento hospitalar: separam-se as funções de alojamento e logística e separam-se os pacientes por patologia e sexo. As formas de abastecimento de água passam a ser mais bem estudadas, pois sua importância como fator de melhoria das condições de higiene fica cada vez mais clara.

Figura 4 Planta do hospital Santo Espírito de Lübeck (1286). Fonte: MIQUELIN, 1992, p.37



- 01 entrada
- 02 vestíbulo
- 03 capela
- 04 altar
- 05 nave dos leitos
- 06 pátio
- 07 serviços

No hospital de Lübeck (Figura 4), a nave possui quatro fileiras de leitos, sendo que a iluminação se processa por intermédio de grandes aberturas no alto dos muros laterais. Numa das extremidades situa-se o altar. Toda a nave encontra-se coberta por uma estrutura de madeira, elevada no que diz respeito ao solo, resultando num efeito de “porão” sob o nível das camas. Localizam-se nesta área os elementos considerados complementares do tratamento, com salas de menor tamanho, que são utilizadas para várias funções, incluindo o isolamento, quando necessário.

Como única forma complementar de assistência médica aparece a farmácia. Todas as demais áreas se encontram ligadas à nave por intermédio dos claustros, e corredores de circulação cobertos abrigam o que se denomina “área de apoio”.

Outro exemplo de arquitetura hospitalar medieval é o hospital de Tonerre, instituição fundada por Margarida de Borgonha, rainha da Sicília (e cunhada de São Luís IX, rei da França). Como a maioria das edificações destinadas aos doentes na Idade Média, esta era de grande porte, constituída de uma só nave e coberta por abóbada em forma de ogiva.

O seu comprimento era de 81 metros, sem contar as três capelas que lhe ficavam ao fundo, fazendo parte da construção, e que tinham, nas laterais, mais 6 metros, e a central, mais 14. A largura era de 18,60m. Tinha anexa, junto da porta e alpendre de entrada, no topo oposto [...] à capela-mor, uma outra capela e, em edifício separado, mas com comunicação por dois passadiços, a cozinha e outras dependências e os aposentos da própria Rainha fundadora que, assim, podia visitar facilmente o seu hospital. (Correia, 1944, p. 310)

O hospital contava com quarenta leitos, dispostos ao longo das paredes laterais do edifício, em compartimentos de madeira dotados de cortina ou reposteiro na porta, a fim de permitir o isolamento dos doentes. Não havia impedimento para a vigilância nem para o arejamento, pois os compartimentos não eram cobertos, e à volta de todo o corpo da nave corria uma varanda com grandes janelas, cuja abertura permitia que o ar circulasse por todo o complexo. O espaço acima dos compartimentos “era enorme, pois as paredes elevavam-se a 9,50 m e a altura do telhado, com as vigas a descoberto, atingia cerca de 24,00m” (Correia, 1944, p. 310). Cada compartimento, com largura de 3,95 m, continha uma cama com dossel.

Quadro 2

Resumo da situação da Idade Média referente à atividade médico-sanitária, seu exercício e a característica dos hospitais.

Aspectos	Oriente	Ocidente
Conceitos de saúde / doença	Caridade cristã (atendimento a todos os necessitados). Com o Islã, retorno aos fundamentos lógicos e à experiência (Teoria humoral).	Caridade cristã (atendimento a todos os necessitados). Castigo divino; instrumento de remissão dos pecados; salvação para o doente e de quem dele cuidava.
Tipos de profissionais	Ordens monásticas; Médicos laicos formados.	Religiosos em geral; ordens monacais, ordens hospitalares; médicos laicos (físicos) e cirurgiões-barbeiros.
Aspectos sanitários	Aparece apenas no âmbito dos locais de tratamento de doenças e nos hospitais.	Desenvolvem-se apenas em consequência das pestes no final da Baixa Idade Média; cria-se o conceito de “quarentena”. Engloba cuidados referentes ao contágio por pessoas contaminadas ou supostamente contaminadas e por desocupados, vadios, mendigos, ou seja, os que atentavam contra a ordem pública.
Hospitais		
a. função	Obras caritativas em geral. Ensino médico.	Obras caritativas em geral.
b. especialização	A partir do século IV, início da especialização do xenodochium: lobotrophium (afecções de pele); nosocomium (doentes em geral e específicos para cegos e convalescentes); hospitium (abrigo para viajantes). Com o islamismo, a especialização dá-se no interior do bimaristan.	No início, obrigatoriedade de manutenção de senodóquios nas sedes episcopais e mosteiros, com finalidades assistenciais gerais; algumas ordens monásticas e depois, hospitalares, dedicaram-se predominantemente a determinadas doenças e/ou categorias de pessoas. Leprosários a partir das cruzadas (depois transformados em atendimento a portadores de doenças venéreas. Lazareto para as epidemias.
c. planta física	Pátios abertos; coexistência de grandes salas e pequenos compartimentos; separação de doentes em geral e insanos; separação de sexos; separação por patologias. A função religiosa é anexa (mesquita separada) e não inserida no corpo do hospital. Desde o início, utilização de fontes de água com a finalidade de purificar o ar e refrescá-lo; circulação do ar e disposição do prédio, levando em consideração a luz natural.	Três tipos: basilical, cruciforme e palaciana. Outra característica são naves com abóbadas bastante elevadas. Somente após a criação dos leprosários, separação por patologia e sexo e entre função de alojamento e serviços auxiliares. Disposição dos leitos de modo que os “internos” tivessem visão do altar.
d. funções agregadas	Com a propagação do Islã, mesquitas e escolas de medicina, dispensários e salas de atendimento de consultas externas.	Capelas, hospedagem para peregrinos e obras assistenciais.

3. nascimento do hospital moderno

Após o declínio do sistema hospitalar cristão, ocorreram mudanças progressivas, fazendo com que o hospital geral, estabelecido sob a direção das municipalidades, se desenvolvesse ao longo da Idade Moderna com uma organização diferenciada daquela que a caridade cristã lhe imprimiu durante o período anterior. Entretanto, não foi a simples secularização dos estabelecimentos que provocou suas modificações; ao contrário, inicialmente, os hospitais conservaram vários aspectos da forma precedente.

As instituições de atenção às doenças continuaram preferencialmente devotadas aos desprovidos e atenderam não apenas aos enfermos, mas também às vítimas de toda a sorte de infortúnios, a quem despendiam, não serviços médicos, mas cuidados gerais e assistência social (Antunes, 1989, p. 143, grifos nossos).

Como os clérigos e os munícipes concordaram com a transferência administrativa, os serviços religiosos continuaram regularmente na maioria dos hospitais, que também eram atendidos pelas ordens hospitalárias, em sua função de conforto espiritual aos doentes e necessitados. Outro aspecto que contribuiu para a preservação da estrutura organizacional anterior derivou da luta pelo poder. Os represen-

tantes administrativos assumiram as tarefas de gestão e controle dos estabelecimentos com a preocupação de se sobrepôr à Igreja, colocando-a numa posição subordinada. Assim, não dispunham de projetos alternativos para a reorganização funcional dos hospitais.

Durante o Renascimento, as transformações econômicas e sociais alteram o caráter da inserção dos hospitais na vida urbana. A emergência da burguesia se reflete na melhora das condições de vida nas cidades, que passam a atuar como focos de atração desordenada de migrações e deslocamentos de caráter comercial.

A própria “vadiagem”, consequência do desemprego, sobrecarrega a atuação assistencial dos hospitais. Urge, então, alterar a função do hospital de duas maneiras, para que venha a atender um número maior de pessoas em menor espaço de tempo, aumentando sua eficiência.

A primeira, a partir do século XVII, é representada por uma incipiente especialização, com os hospitais assumindo prioritariamente as tarefas de cuidados aos enfermos, ao passo que outros estabelecimentos, como as casas de trabalho na Inglaterra, passam a suprir funções asilares. No século seguinte, em

decorrência da atuação estatal na área de atendimento às doenças, diversos hospitais voluntários são construídos na Grã-Bretanha, quer por ação cooperativa, quer subsidiados por ricos doadores.

Alguns desses hospitais, como o Dundee Royal Infirmary, ante o aumento de sua demanda, começaram a reservar suas vagas para os doentes em fase aguda, que melhor poderiam aproveitar as virtuais benesses da atenção hospitalar. Para assim proceder, tiveram que recusar o internamento de doentes crônicos, incuráveis e terminais, encaminhando-os aos asilos ou casas de caridade, que prestavam apenas serviços gerais de assistência social (Antunes, 1991, p. 138).

A segunda alteração, ainda em meados do século XVIII, consiste no estabelecimento em Londres e, a seguir, em outras províncias britânicas, dos primeiros exemplares do que podemos denominar de um novo tipo de instituição sanitária, posteriormente difundida na maior parte da Europa: o “dispensário”, consistindo em unidades hospitalares atualmente denominadas de “consulta externa”.

Estes “dispensários” tinham, como finalidade, de um lado, complementar novos hospitais construídos, evitando um número muito grande de solicitantes; de outro, oferecer cuidados médicos sem internação. Além de “dispensário”, essas instituições também receberam

o nome de “ambulatório”, ressaltando sua característica principal: usuários que se locomovem por seus próprios meios, dispensando internação (a palavra “ambulatório” designava originalmente as passagens encobertas existentes ao redor de um claustro ou as vias de procissão em torno do altar de uma basílica).

Para Rosen (1980, passim), o estabelecimento de hospitais modernos emerge da gradual conversão do hospital geral, decorrente da secularização das entidades cristãs de atenção às doenças por intermédio de quatro elementos principais:

- a** introdução da medicina profissional em seu âmbito;
- b** redefinição de seu perfil institucional;
- c** especificação de suas atribuições terapêuticas; e
- d** aproveitamento racional de recursos disponíveis.

Passemos ao exame de cada um desses elementos.

a) Introdução da medicina profissional: três fatores convergiram para que surgisse um dos principais traços descritivos dos hospitais como hoje os conhecemos, isto é, a introdução, em seu âmbito, da medicina profissional leiga:

1º a reforma legislativa promovida por Kaiser Sigismund, em 1439, que incorporou a atenção médica aos deveres de assistência social e estipulou “bases mais consistentes para a oferta de serviços médicos nas cidades alemãs, determinando a contratação de médicos municipais para atender aos pobres gratuitamente” (Antunes, 1989, p. 152);

2º no século XVI, a percepção de que a atenção médica possibilitaria a diminuição do “tempo médio de permanência dos doentes no hospital”, o que poderia implicar “redução de custos para o erário” (Antunes, 1989, p. 152);

3º uma nova postura, estabelecida no início do século XVII na cidade holandesa de Leiden, segundo a qual os hospitais deveriam servir como centros para o estudo e o ensino da medicina, e não apenas como locais de abrigo e segregação do doente, que o impedissem de disseminar seus males pela sociedade.

b) Redefinição de seu perfil institucional: o perfil institucional do hospital altera-se substancialmente. Sua função primeira é, agora, o tratamento do doente, a obtenção de sua cura. Renegam-se os conceitos de “salvação da alma” por

intermédio do sofrimento do corpo; de “segregação” do enfermo, para que não venha a contagiar os demais; de acolhimento do necessitado e “internamento” do vadio, para que não ameacem a ordem pública.

Até meados do século XVIII ninguém saía do hospital. Ingressava-se nestas instituições para morrer. A técnica médica do século XVIII não permitia ao indivíduo hospitalizado abandonar a instituição com vida. O hospital era um claustro para morrer. Era, como se dizia na época, um “mouroir”: um lugar para morrer. (Foucault, 1974, p. 202).

Parte dessa concepção se deve ao fato de o poder ser detido pelo pessoal religioso que assegura a vida cotidiana do hospital, a “salvação” e a assistência alimentar dos indivíduos internados. Se o médico é chamado, para os mais doentes dentre os doentes isto nada mais é do que uma garantia, uma justificação, e não uma atuação real. Portanto, a visita médica é um ritual, executado de forma esporádica, não mais do que uma vez por dia para centenas de doentes. Além disso, o próprio médico encontra-se sob a dependência administrativa do pessoal religioso que, em caso de “conflito de interesses”, pode inclusive despedi-lo.

Os hospitais marítimos e militares iniciam o processo de mudança. Os primeiros, embora não procurem transformar a

instituição em “local de cura”, tentam impedir que se torne foco de perigo, pois “são lugares de desordens econômicas, de tráficos e de epidemias que poderiam se propagar, causando grandes prejuízos” (Mello, 1986, p. 40). Já os hospitais militares, em razão do “preço dos homens” ter-se tornado “cada vez mais elevado”, precisam curá-los. “É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões, passam a ter um preço na sociedade” (Foucault, 1989, p. 104).

O Exército tinha, no passado, uma abundância de soldados. Qualquer elemento podia ser “recrutado” por dinheiro. Com o surgimento do fuzil, já no final do século XVII, porém, surge a necessidade de “adestramento”. Assim, de um lado, o Exército torna-se mais técnico e, de outro, o custo do soldado será maior que o de um simples trabalhador manual. Dessa maneira, quando se forma um soldado, não se pode deixá-lo morrer por motivo de doença, em epidemias, ou por ferimentos que o deixariam incapacitado para ação futura.

O hospital militar, em consequência, deve atender a determinados enfoques:

1º é preciso vigiar os homens para que não desertem, já que sua preparação foi custosa;

2º é preciso curá-los, tornando-os novamente aptos para a luta;

3º é preciso evitar que, uma vez curados, finjam estar ainda doentes e permaneçam de cama, desfalcando as fileiras.

c) Especificação de suas atribuições terapêuticas: este elemento decorre do anterior. É a partir do momento em que o hospital passa a ser concebido como local de cura que sua distribuição do espaço se torna um instrumento terapêutico. O médico é que organiza a distribuição física, o arejamento, o regime alimentar, o das bebidas etc., pois todos são considerados fatores de cura. Dois aspectos se destacam nesse processo: a transformação do sistema de poder no interior do hospital e a responsabilidade pelo seu funcionamento econômico. Se antes ambos se encontravam nas mãos da comunidade religiosa ou do poder público, agora a presença do médico se afirma e se multiplica.

O regulamento do hospital deve visar à atuação curativa do especialista: visita à noite para doentes mais graves; outra visita para atender a todos os doentes; residência de um médico no hospital (em torno de 1770), que deve se locomover a qualquer hora do dia e da noite, tanto para observar o que se passa quanto para atender a chamados. Surge, assim,

uma classe de profissional, o “médico de hospital”.

O grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada, que tinha adquirido prestígio graças a certo número de curas espetaculares. O médico que as comunidades religiosas chamavam para fazer visitas aos hospitais era, geralmente, o pior dos médicos. O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII. (Foucault, 1989, p. 109-110).

A tomada do poder pelo médico leva a uma inversão das relações hierárquicas anteriormente existentes no hospital, e sua manifestação concreta é o denominado “ritual de visita”: trata-se de um desfile quase religioso, encabeçado pelo médico, que se detém no leito de cada doente, com um séquito composto por todas as categorias subsequentes da instituição, ou seja, os assistentes, os alunos, os enfermeiros etc., cada qual com seu lugar determinado. A presença do médico é anunciada por uma sineta. A organização e o poder são indissociáveis. Cria-se, assim, um sistema de registro permanente, com técnicas de identificação dos doentes, anotação geral de entradas e saídas, diagnóstico do médico, receitas e tratamentos prescritos, informação sobre o destino do doente (se ele se curou ou se morreu).

Aparece, finalmente, a obrigação dos médicos confrontarem suas experiências e seus registros – ao menos uma vez por mês, segundo o regulamento do Hôtel-Dieu, de 1785 – para ver quais são os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, que médicos têm mais sucesso, se doenças epidêmicas passam de uma sala para outra etc. (Foucault, 1989, p. 110)

Em consequência, o hospital, além de “curar”, transforma-se também em local de registro, de acúmulo e de formação do saber: esse saber médico que, até o começo do século XVIII, estava localizado em livros, compêndios, tratados, passa a ser contido no hospital, não mais apenas escrito e impresso, mas cotidianamente assentado na tradição viva, ativa e atual em que a instituição se transforma. É assim que, com séculos de atraso em relação ao Oriente, entre 1780 e 1790, determina-se que a formação normativa de um médico deve passar por um hospital.

A clínica aparece como dimensão essencial do hospital. Clínica aqui significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão do saber” (Foucault, 1989, p. 111).

Quanto ao funcionamento econômico, o médico substitui a caridade, a organização religiosa e/ou municipal. A burguesia, com a melhoria do

atendimento médico, dirige-se ao hospital e paga pelos cuidados recebidos, reforçando o poder de decisão dos profissionais. O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar: “a ele se pergunta como se deve construí-lo e organizá-lo” (Foucault, 1989, p. 109).

d) O aproveitamento racional de recursos disponíveis: é uma consequência da crescente aceitação do serviço hospitalar e da diversidade de funções que a instituição passa a oferecer. Em relação direta com o desenvolvimento da medicina, ocorre a exigência da utilização de equipamentos custosos, serviços auxiliares, procedimentos de registro e administração complexa. Condições e mudanças socioeconômicas alteram o financiamento da atenção médica e criam novos padrões de utilização hospitalar. Um conjunto diferente de pessoas, que podem ser definidas como “consumidores organizados”, tem de ser considerado pelo hospital e deve se satisfazer com as suas instalações, ou seja, “tendo se tornado uma organização em larga escala, o hospital exige uma divisão organizacional de trabalho mais explícita e uma gestão mais eficiente e responsável” (Rosen, 1980, p. 369).

A própria natureza da organização em grande escala cria formas de encarar a eficiência administrativa, a racionalidade, a produtividade e a responsabilidade

de todo o pessoal incluído no processo. Outro fator a lembrar são os avanços científicos que a medicina experimenta desde o século XVI. Estes, ao serem transpostos aos procedimentos clínicos executados nos hospitais, aumentam sua eficácia e ajudam a tornar efetiva a finalidade terapêutica dessas instituições.

Thompson e Goldin enunciam uma hipótese diversa daquela defendida por Rosen, no que diz respeito à evolução dos hospitais. De acordo com esses autores:

A passagem para a Idade Contemporânea, cujo marco historiográfico foi a Revolução Francesa, também teria sido caracterizada pelo surgimento concomitante de um novo tipo de arquitetura e de organização funcional dos hospitais, elementos qualitativamente diferentes de seus predecessores. (Thompson e Goldin apud Antunes, 1991, p. 151)

O cerne de seu enfoque sublinha a originalidade dos hospitais contemporâneos (em vez de enfatizar continuidades e desenvolvimentos), indicando a ruptura que eles representam no que diz respeito aos hospitais gerais mantidos pelas municipalidades durante a Idade Moderna.

O ponto de vista de Rosen foi desenvolvido pelo estudo das transformações das unidades hospitalares na Inglaterra e na Alemanha protestantes. Entretanto, países católicos tiveram modificações ligeiramente diferentes.

Nas cidades italianas, francesas, espanholas e portuguesas, principalmente onde os hospitais tinham estado igualmente à jurisdição municipal, a Contrarreforma associou a Igreja às autoridades civis para a ampliação da rede hospitalar: lutando contra o protestantismo, os católicos recorreram a novas comunidades hospitalárias, fazendo com que sua atuação, primordialmente no campo da enfermagem, contribuísse para aprimorar diversos hospitais.

As principais confrarias hospitalárias da Idade Moderna foram a irmandade fundada por São João de Deus, em meados do século XVI, e a Ordem das Filhas de Caridade, criada por São Vicente de Paula no século XVII. Seu âmbito de atuação estendeu-se da Europa católica para a América, Ásia e Oceania.

Thompson e Goldin afirmam que essa vinculação com religiosos, durante toda a Idade Moderna, foi benéfica para muitos hospitais, mas não para o Hôtel-Dieu de Paris. Consideram que o processo de ruptura foi deflagrado pelo projeto de Tenon, que pode ser considerado como o marco inicial do tipo hospitalar contemporâneo. Para ter uma ideia do significado deste projeto, devemos nos remontar a uma parte dos registros do Hôtel-Dieu de Paris, ao qual fizemos

menção na história do hospital medieval no Ocidente (651 d.C.).

O Hôtel-Dieu de Paris, situado às margens do rio Sena, no centro da cidade de Paris, permaneceu ali por mais de mil anos. Apesar de sua fundação no século VII, as primeiras menções históricas a ele datam de 829. Parcialmente demolido, reconstituído, acrescido de novas alas, atinge a margem oposta do rio Sena em 1626. Possuía, então, duas capelas e os seguintes anexos:

- Salle St. Denis, para os doentes considerados curáveis (1195);
- Salle St. Thomas, para convalescentes (1210);
- Salle de l’Infermerie, utilizada para atender doentes graves e terminais; Salle Neuve, que abrigava uma maternidade; e, ao lado dela, a Salle des Innocents, para crianças (as três de meados do século XIII);
- Salle du Legat (de 1531; depois denominada Salle Ste. Marthe), para doentes contagiosos, principalmente para portadores de sífilis;
- Salle du Rosaire, para puérperas (1626).

Cada ala atuava como se fosse um hospital completo, pois possuía relativa autonomia perante as demais e coordenava seus próprios serviços.

Atingir a outra margem permitiu ao Hôtel-Dieu continuar se expandindo.

De 1646 a 1651, construiu-se a mais ampla ala do hospital, Salle St. Charles, com vinte enfermarias divididas em quatro andares. No mesmo período, foi inaugurada outra ponte estabelecendo conexão com o edifício original – a Pont St. Charles – também abrigando uma enfermaria, com 110 grands lits, camas de casal para uso de até seis pessoas, e nove petits lits, camas individuais, em geral reservadas para uso dos funcionários, que também ficavam internos. Seguiram-se novas enfermarias – a Salle St. Jean, St. Louis, St. Côme, St. Augustin e outras –, derivadas de reformas das alas mais antigas e de rearranjos em seu espaço interior. Completando a configuração com que o Hôtel-Dieu chegou ao século XVIII, foi-lhe incorporado em 1684, por concessão de Luís XIV, um pequeno edifício contíguo à Salle St. Charles que funcionava como presídio – o Petit Châtelet. A partir de então, com poucas alterações, o antigo prédio foi intensamente aproveitado pelo hospital. (Antunes, 1991, p. 143-144)

No início do século XVIII, outras construções são incorporadas: Salle Ste. Martine, Salle St. Antoine e Salle St. Roch (Lain, 1973, p. 372). Além das alas hospitalares, das capelas e enfermarias, vários cômodos – principalmente nos edifícios mais antigos de todo o conjunto – eram utilizados para uma série de atividades complementa-

res e subsidiárias, como administração, escrituração, refeitórios diversos (inclusive para pessoal em serviço), cozinhas, padarias, farmácia, lavanderia e depósitos. Nessa última função destaca-se o porão da Salle St. Charles, onde um vasto suprimento de materiais de consumo para todo o complexo hospitalar era armazenado, muitos deles altamente inflamáveis: lenha, velas, candeeiros, óleos, ceras, resinas, unguentos e outros.

Fontes históricas indicam que o Hôtel-Dieu, durante todo o século XVIII, mantinha internadas cerca de 5 mil pessoas, quantidade que excedia, de muito, sua capacidade: todos os que o procuravam eram aceitos. Dessa maneira, doentes se amontoavam em todas as enfermarias, e, nas camas de casal, acomodavam-se até oito pessoas. Esse acúmulo de pacientes interferia com as atividades da rotina hospitalar. Por exemplo, apesar de possuir lavanderia, “secava-se a roupa lavada em varais improvisados nas janelas das enfermarias” (Antunes, 1991, p. 144, grifos nossos). A colocação da roupa lavada, dessa forma, interferia na circulação do ar, prejudicada pela própria disposição dos edifícios, sem espaço entre si. As condições de vida no interior das salas pioravam continuamente, e, como era de se esperar, grandes

incêndios destruíram partes do Hôtel-Dieu em 1718, 1737, 1742 e 1772.

As críticas que tais calamidades despertaram entre a população, veiculadas pela imprensa, incluíram a Igreja e o Parlamento, sendo que o debate levou o rei Luís XVI, em 1777, a nomear uma comissão da Academia Real de Ciências para estudar e se pronunciar sobre o problema.

Essa comissão foi composta pelos mais renomados cientistas franceses do período: Lavoisier, Laplace, Coulomb, Bailly, Tillet, Lassone, Daubenton, Darcet e, como relator dos trabalhos, o médico cirurgião e oftalmologista Jacques René Tenon (1724-1816). Nos anos que se seguiram, toda a comunidade científica esteve envolvida nas discussões sobre arquitetura e administração dos hospitais, sobre a saúde da população. (Antunes, 1991, p. 147)

A comissão apresentou três relatórios à Academia Real de Ciências.

O primeiro, tecendo críticas contundentes ao funcionamento do hospital, propôs que este fosse demolido e substituído por quatro novos hospitais, construídos no subúrbio da cidade, com cerca de mil vagas cada; o local original seria utilizado apenas como um simples ambulatório de primeiros socorros.

O segundo relatório descrevia o funcionamento de vários hospitais londrinos, visitados por Coulomb e Tenon, com a finalidade de propor metas comparativas.

O terceiro e último apresentava plantas para a construção de um hospital que, em condições ideais, poderia receber até 1,2 mil doentes.

Baseando-se no trabalho da Comissão, Tenon publicou, em 1788, um livro que iria exercer grande influência na organização do sistema hospitalar francês, durante e depois da Revolução: Memórias sobre os hospitais de Paris. Essa influência não se concretizou na edificação de unidades que viessem a substituir o velho Hôtel-Dieu, que, com poucas alterações, perdurou até meados do século XIX, mas serviu de modelo para a construção de diversos hospitais durante esse mesmo século e, de forma quase integral, a de três: o hospital de Santo André, em Bourdeaux, na França (1821); o hospital de São João de Bruxelas, Bélgica (1848); o hospital de Lariboissière, em Paris (1854).

O que continha o projeto de Tenon para ter deflagrado um processo de alteração tão importante, a ponto de ser considerado por Thompson e Goldin o marco inicial do tipo hospitalar contemporâneo?

A resposta pode ser obtida de três pontos de vista: o arquitetônico, o da organização do funcionamento e o da atuação médica. Em relação ao primeiro, a novidade consiste na introdução do pavilhão hospitalar, ou seja, a divisão do conjunto em diversos pavilhões para suprimir os fatores que contribuíam para a insalubridade do ar e umidade. O modelo indicava a construção de blocos retangulares, espaçados de tal forma que suas portas e janelas (em número adequado) propiciavam ventilação e iluminação de todo o ambiente interno.

Outro fator era sua edificação com materiais como tijolos e pedras, com o objetivo de evitar a propagação do fogo. O pavilhão hospitalar é uma forma de arquitetura que predomina até o início do século XX.

Quanto ao segundo ponto de vista, o da organização do funcionamento, os hospitais compostos por pavilhões também inovaram: uma série de medidas são introduzidas para impedir o contágio e o contato de doentes com pessoas sadias ou de pacientes portadores de diferentes moléstias: abolição das camas de uso coletivo; divisão dos enfermos em categorias, segundo a natureza de sua doença, sendo cada enfermaria destinada a internos de apenas um grupo; diminuição do número de atendentes

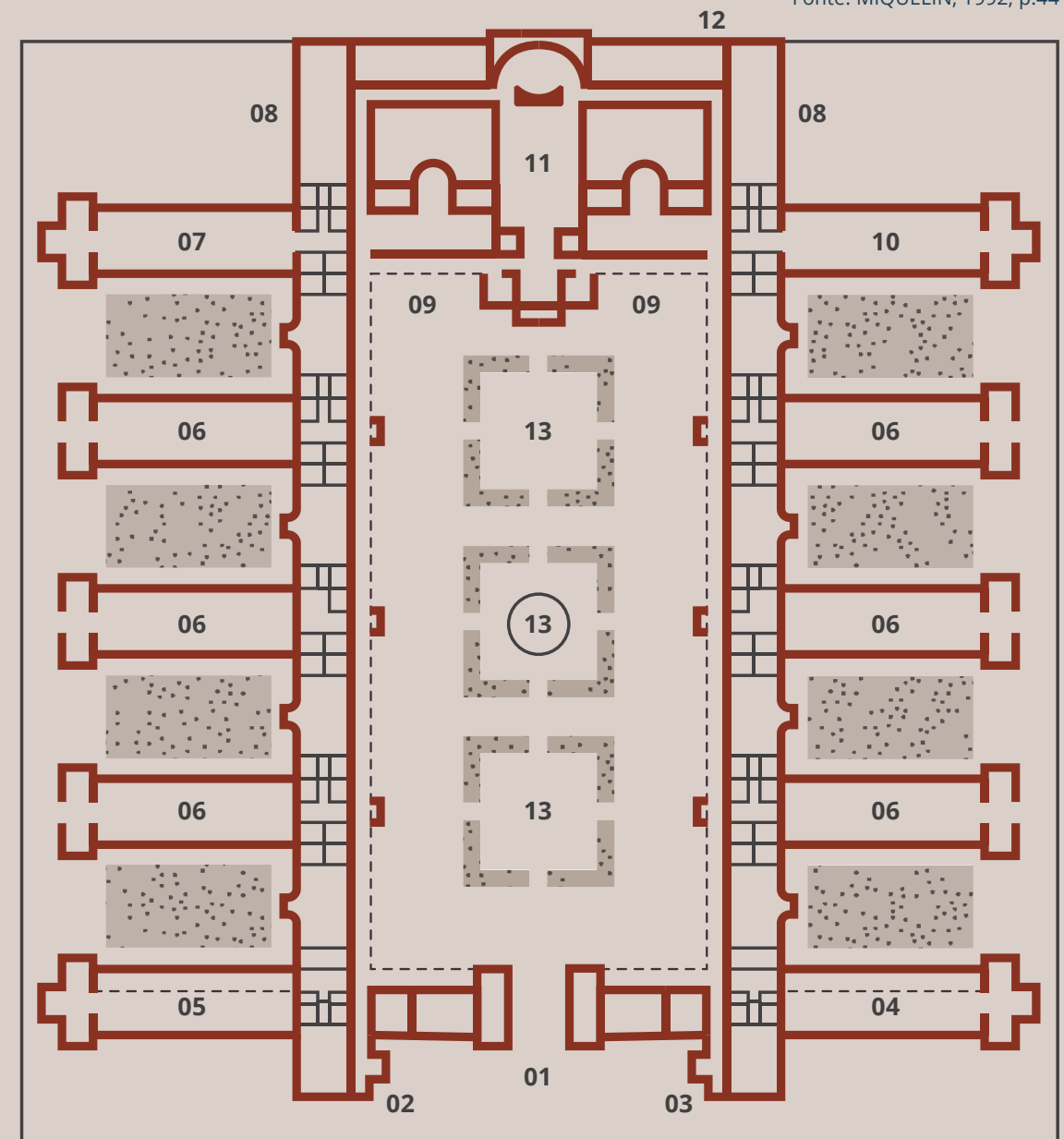
e servidores internos ao estritamente necessário e a formação de um corpo de funcionários externos; aumento da autonomia de cada pavilhão, com locais para sediar seus específicos serviços subsidiários e complementares; registros próprios para cada unidade, o que possibilitaria o cálculo do coeficiente de mortalidade periódico, assim como o isolamento e quarentena da construção. Cada conjunto devia ser dividido em duas alas, contendo, cada uma, pacientes do mesmo sexo.

O terceiro e último ponto é que o projeto de Tenon incentivava a aproximação já existente, em pequeno grau, entre o hospital e a medicina profissional: o autor coloca os médicos no topo da hierarquia técnica e administrativa, para que possam controlar e dirigir os vários fatores relacionados com o funcionamento do conjunto e para convertê-lo em local prioritário da prática e do ensino médicos.

A Figura 5 exibe a planta do hospital Lariboissière.

Dois grupos de cinco pavilhões compõem o edifício, sendo separados uns dos outros por áreas ajardinadas e ligados por um corredor-galeria que estabelece os limites do pátio interno. A forma dos pavilhões é um “L”, sendo a ligação feita

Figura 5 Planta do hospital Lariboissière (1854).
Fonte: MIQUELIN, 1992, p.44



01 entrada
02 administração
03 consultas
04 farmácia
05 cozinha e serviços

06 pacientes
07 comunidade
08 salas de cirurgia
09 banhos
10 lavanderia

11 capela
12 morgue
13 pátio central

por uma haste menor, onde são mantidos entre 8 e 10 pacientes, cabendo cerca de 33 na haste maior. Os pavilhões externos, tanto junto à entrada quanto ao fundo, abrigam respectivamente: a farmácia (04), cozinha e serviços (05), área comunitária (07) e lavanderia (10). O eixo longitudinal que passa da entrada para o fundo, por meio do pátio central, termina na capela, rodeada de serviços de apoio: salas de banho (09), salas de cirurgia (08), morgue (12), ficando a administração (02) e as salas de consulta (03) ao lado da entrada. O sistema de ventilação propicia 56 m³ cúbicos de ar por paciente (Miquelin, 1992, p. 44).

A distribuição básica do hospital Lariboissière repete-se em vários projetos, tanto na Europa quanto nos domínios coloniais, servindo de referência aos modelos norte-americanos. Semelhanças importantes em relação ao Lariboissière aparecem no novo Hôtel-Dieu (1864), na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1884) e no St. Eloy, em Montpellier (1890). A planta da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, projetada pelo engenheiro italiano Luis Pucci, pode ser vista na Figura 6.

A hipótese de Thompson e Goldin é reforçada por Foucault, que analisou os hospitais franceses. Também ele considera que a transformação dos hospitais apresentou um fator de ruptura, o qual, para ele, dizia respeito à

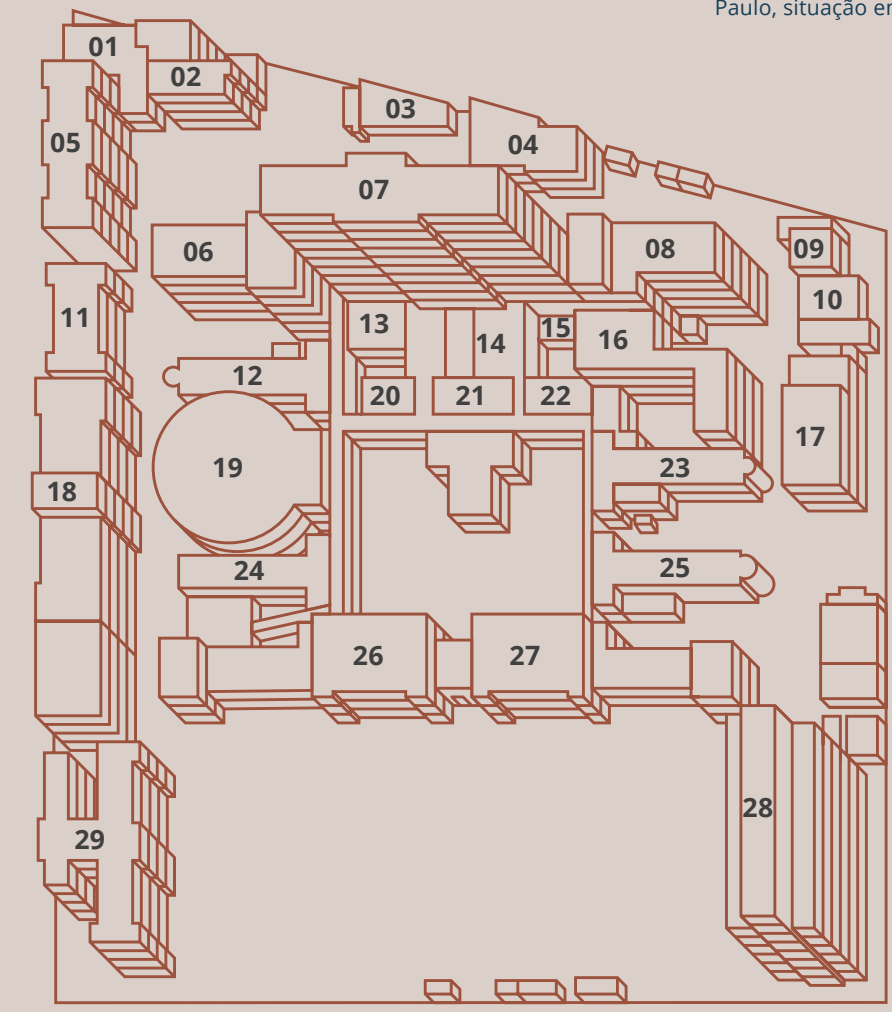
introdução de mecanismos disciplinares, visando ordenar o espaço dos hospitais.

O primeiro fator da transformação foi, não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Não se procurou primeiro medicalizar [sic] o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo [...]. É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que irá possibilitar sua medicalização [...] as razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina se torna médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico.

A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas. (Foucault, 1989, p. 103 e ss)

Portanto, os dois passos que ocasionaram as modificações, dando origem ao hospital contemporâneo, são, segundo Foucault, a imposição de mecanismos disciplinares para

Figura 6 Planta da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, situação em 1988 (700 leitos e 52.000m²).
Fonte: MIQUELIN, 1992, p.46



- 01 emergência infantil
- 02 acomodação staff
- 03 caldeira
- 04 lavanderia e cabine primária
- 05 pediatria, pavilhão conde penteado
- 06 gineco obstetrícia
- 07 hospital santa isabel [pacientes particulares e de convênios privados]
- 08 farmácia
- 09 almoxarifado
- 10 instalações para pesquisa
- 11 laboratório central
- 12 faculdade de medicina
- 13 esterilização e refeitório
- 14 cozinha
- 15 lanchonete
- 16 ensino e necrotério
- 17 oficinas e creche
- 18 pavilhão de ortopedia
- 19 radiologia e imagem
- 20 acomodação para médicos
- 21 prontuário do paciente
- 22 acomodação para enfermagem
- 23 ensino e ambulatórios
- 24 emergência
- 25 administração e ambulatório
- 26 administração
- 27 administração e faculdade de medicina
- 28 ambulatório
- 29 instituto de oncologia

normatizar as atividades nos hospitais e a transformação da disciplina resultante em disciplina médica para que viessem a cumprir seus desígnios clínicos.

Quadro 3

Teorias sobre o surgimento do hospital moderno.

	Rosen	Thompson e Goldin	Foucault
Característica temporal	Transformação gradual	Ruptura com a forma precedente de maneira abrupta	Ruptura
Modelos estudados	Unidades hospitalares da Inglaterra e da Alemanha protestantes	Hospitais dos países católicos, principalmente da Itália, França, Espanha e Portugal	Hospitais franceses
Causas da mudança	<p>a. introdução de medicina profissional no hospital;</p> <p>b. redefinição do seu perfil institucional, passando de um “lugar para morrer” para o de tratamento do doente;</p> <p>c. especificação de suas atribuições terapêuticas, com acúmulo do saber médico através da atividade e pesquisas em suas dependências;</p> <p>d. aproveitamento racional de recursos disponíveis, segundo as concepções de eficiência, racionalidade, produtividade e responsabilidade</p>	<p>Mudança qualitativa decorrente de um novo tipo de arquitetura, de organização funcional e atuação médica; a hierarquia técnica e administrativa do hospital é ocupada pelos médicos, que convertem a instituição em local prioritário da prática e do ensino médicos.</p>	<p>Anulação dos efeitos negativos do hospital; introdução de mecanismos disciplinares para normatizar as atividades das instituições; o saber e a prática médicas se desenvolvem e o poder fica nas mãos desses profissionais.</p>

Esquemáticamente, podemos representar as teorias dos vários autores sobre o surgimento do hospital moderno da seguinte forma (Quadro 3):

Em meados do século XIX, o desenvolvimento da medicina – especificamente da teoria bacteriológica (descobertas de Pasteur e Koch); do uso de métodos assépticos e antissépticos que diminuíram drasticamente o número de mortes por infecção (após 1870, graças aos esforços de Semmelweiss, Terrier e Lister); a introdução da anestesia, permitindo a realização de cirurgias sem dor e com mais possibilidades de êxito – contribuiu muito para alterar a imagem do hospital, que deixou de ser um lugar onde os pobres iam para morrer para se transformar em local onde enfermos podiam se curar. Como resultado:

pela primeira vez a gente rica começou a solicitar os serviços hospitalares a conselho de seus médicos. Os hospitais mudaram de objetivo e, em consequência, de clientela: de abrigo para os que dependiam da caridade pública passaram a ser o centro onde se dispensavam cuidados médicos. (Singer et al., 1981, p. 29)

Sob o signo dessas modificações, duas práticas, até então independentes, vêm a encontrar-se no mesmo espaço geográfico – isto é, o hospital – e no mesmo espaço social – isto é, o doente –, passando a interagir: a medicina e a enfermagem.

“Todo o trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções

manuais e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente do trabalho médico, constituindo a enfermagem” (Gonçalves, 1974, p. 193).

Evidentemente, existe uma acentuada separação hierárquica entre o pessoal médico e o de enfermagem, mas ambos se profissionalizam: as exigências de um hospital eficiente e eficaz assim o determinam. A partir de 1860, graças aos esforços da inglesa Florence Nightingale, a enfermagem, como função leiga, adquire certo status técnico, contribuindo “para a humanização do hospital e sua conversão numa instituição centrada no enfermo” (Coe, 1970, p. 288). A importância de Nightingale deriva não apenas de sua prática, mas de seus escritos, que estabelecem uma profissão redimensionada quanto ao seu papel, importância e saber. Da mesma maneira, é ela que funda a primeira escola destinada a formar pessoas com vistas ao exercício de uma profissão técnica.

Em suas Notas sobre hospitais, de 1859, Nightingale chegava a questionar a teoria dos “miasmas”, embasada em suas experiências na guerra da Crimeia. Para ela, os principais defeitos dos hospitais residiam na falta de adequada iluminação e ventilação naturais, assim como de áreas mínimas por leito (e, em consequência, na própria superlotação). A partir de suas observações sobre o

sistema de pavilhões, ela estabeleceu as bases e as dimensões daquela que, posteriormente, se tornaria conhecida como “enfermaria Nightingale”.

Era basicamente um salão longo e estreito com os leitos dispostos perpendicularmente em relação às paredes perimetrais: um pé-direito generoso e janelas altas entre um leito e outro de ambos os lados do salão garantiam ventilação cruzada e iluminação natural. As instalações sanitárias ficavam numa das extremidades com ventilação em três faces do bloco. Locais para isolamento do paciente terminal, escritório da enfermeira chefe, utilidades, copa e depósito ocupavam o espaço intermediário entre o salão e o corredor de ligação com outros pavilhões. Um posto de enfermagem é implantado no centro do salão, onde também ficava o sistema de calefação (quando existente) ou a lareira. (Miquelin, 1992, p. 46-47)

A partir de 1867 e, por no mínimo cinquenta anos, a “enfermaria Nightingale” torna-se o modelo de “espaço de internação”, espalhando-se por todo o Ocidente, em ambos os lados do Atlântico. Até hoje, o St. Thomas Hospital, em Londres, tem em funcionamento exemplares típicos da “enfermaria Nightingale”. Pode-se dizer que esse tipo de enfermaria representa um dos elementos mais importantes e característicos da estrutura do hospital

no final do século XIX. Ela divide as funções de internação, cirurgia e diagnóstico, consultórios e atendimento ambulatorial, administração e serviços de apoio em construções/edificações específicas e apropriadas a cada uso.

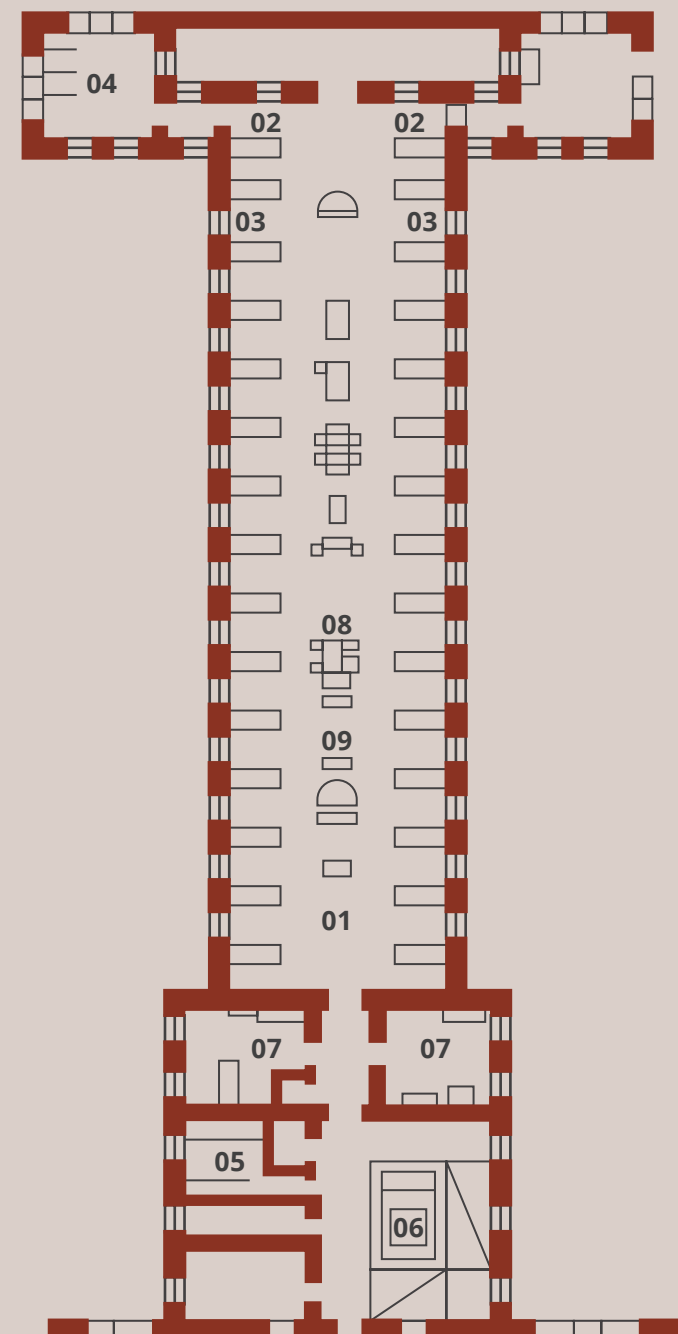
A planta da enfermaria Nightingale pode ser vista na Figura 7.

No domínio da legislação social e sanitária, em consequência das pestes, fizeram-se alguns progressos ao fim do século XVII. Como exemplo, podemos citar as seguintes medidas, relativas à saúde pública, tomadas pelo Monsenhor Gastaldi, comissário papal especial de saúde:

Eram colocados guardas sanitários nas portas da cidade e nas fronteiras; pediam-se atestados de saúde a todos os viajantes; limpavam-se as ruas e os esgotos; os aquedutos eram inspecionados regularmente; havia lugares destinados à desinfecção da roupa; eram proibidos todos os ajuntamentos populares. A obra de Gastaldi, *De avertenda et profliganda peste* (1684), contém 245 decretos sanitários surgidos durante a campanha contra a peste – um importante documento histórico. (Castiglioni, 1947 p. 79-80)

Isso ocorreu após uma peste que irrompeu em Roma, em 1656. Ainda no final do século XVII, especificamente em

Figura 7 Planta da enfermaria Nightingale.
Fonte: MIQUELIN, 1992, p.47



- 01 salão
- 02 leitos
- 03 janelas
- 04 instalações sanitárias
- 05 isolamento
- 06 escritório da enfermeira-chefe
- 07 utilidades, copa, depósito
- 08 posto de enfermagem
- 09 calefação e/ou lareira

1699, o Conselho Geral de Saúde da cidade de Luca afirmou publicamente que “no futuro não haverá perigo ou dano para a saúde do corpo humano proveniente da roupa que fica depois da morte de doentes de consunção e outras doenças similares”. Também se decidiu por perguntar aos componentes do colégio médico se “estes senhores podiam dar o nome das pessoas, qualquer que fosse o sexo ou a condição social, que tivessem tratado nos últimos seis meses, das doenças mencionadas no seguinte decreto, de modo que fossem tomadas todas as precauções que parecessem oportunas” (Castiglioni, 1947, p. 81, grifos nossos). Infelizmente, esses exemplos não tiveram continuidade, pois, segundo afirma Foucault (1989):

A medicina urbana, com seus métodos de vigilância, de hospitalização etc., não é mais que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizada no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena. (p. 89)

Assim, é apenas na segunda metade do século XVIII, na França e na Inglaterra, que uma disciplina, hoje denominada medicina urbana, aparece e se desenvolve. O que ocorre entre o final do século XVII e meados do século XVIII

é uma grande hostilidade dos cidadãos às diferentes medidas de higiene pública, aliada à dificuldade de implementá-las. Uma tentativa acontece no final do século XVII em relação aos exércitos alemães: segundo os historiadores da época, os exércitos imperiais, em seu deslocamento, eram seguidos por uma horda de mulheres – prostitutas –, muitas vezes acompanhadas por filhos “ilegítimos”, perfazendo um número superior ao de soldados e constituindo, para eles, um perigo no que se referia às doenças venéreas.

Em 1830, uma grande epidemia de cólera se espalha pela Europa. A Inglaterra, no início da sua Revolução Industrial, e dependente de seu tráfego marítimo, sofria com o deslocamento da população dos campos para as cidades e precisava proteger seus recursos econômicos. Foi nesse contexto que surgiram importantes normas visando à defesa sanitária dos grandes portos contra a disseminação de doenças vindas de além-mar, assim como a proteção das cidades contra os perigos decorrentes de seu rápido crescimento e da expansão industrial.

Em 1848, o Parlamento britânico criou um departamento central de Saúde Pública, cuja atuação principal se deu na elaboração das primeiras estatísticas precisas de causas de mortalidade, na

determinação das diferenças entre doenças urbanas e rurais e entre as diversas profissões.

Segundo Castiglioni (1947), “o governo tomou medidas severas para melhorar os esgotos, o suprimento de água e os canais, para fiscalizar os mercados e as habitações, sendo logo apreciáveis os resultados” (p. 290).

Entretanto, na França, a organização moderna de controle de saúde pública inicia-se com as leis de 1789-1791 e a fundação, em 1802, do Conselho Superior de Saúde. A organização mais eficiente é o Comitê Consultivo de Higiene Pública, que, a partir de 1889, estabelece um conselho em cada departamento e em cada distrito. Na Alemanha, organiza-se uma direção oficial para a saúde pública no início do século XIX.

A data mais importante da história da higiene é 1851, quando os países da Europa realizam a Primeira Conferência Internacional, em Paris, na qual se tomam decisões comuns relativas a medidas de quarentena contra a disseminação da peste, da cólera e da febre amarela. Com o desenvolvimento da teoria bacteriológica e da pesquisa biológica, os resultados são levados para o domínio prático da saúde pública. Ocorrem

aperfeiçoamentos no abastecimento da água, nos sistemas de esgotos, nas medidas contra o alcoolismo e até na criação da fiscalização médica nas escolas. O conhecimento aprimorado das doenças infantis e de métodos especiais de controle contribui para a redução da morbidade e mortalidade infantis.

Grande parte da medicina científica do século XIX tem origem nas experiências de saúde pública que se desenvolvem ao final do século XVIII.

Quadro 4

Resumo da situação da Idade Moderna e da Contemporânea referentes à atividade médico-sanitária, seu exercício e às características dos hospitais.

Aspectos	Idade Moderna	Idade Contemporânea
Conceitos de saúde / doença	O “ <i>custo do indivíduo</i> ”, em primeiro lugar para o exército, leva à necessidade de tratá-lo; o conceito se estende lentamente à burguesia, como “ <i>direito à cura</i> ”.	Surgem os “ <i>consumidores organizados</i> ”, que exercem pressão sobre o hospital, para nele obterem a cura de seus males.
Formação profissional, exercício da medicina e desenvolvimento do saber médico	Academias e universidades. Visitas para tratamento domiciliar. Esporádica atuação no hospital. O saber médico se transmite através de livros, compêndios etc.	Academias, universidades e hospitais. Surge o “ <i>médico do hospital</i> ”. O saber médico se desenvolve e se aperfeiçoa principalmente pela prática clínica e de pesquisa no marco das instituições.
Conceito de saúde pública e aspectos sanitários	Aperfeiçoamento do conceito de “ <i>quarentena</i> ”, normas de saneamento público e elaboração de estatísticas que permitem o estudo das doenças e das causas da mortalidade. Surgimento da medicina urbana.	Desenvolvimento rápido da saúde pública, principalmente com base nos resultados da teoria bacteriológica e das pesquisas biológicas. As experiências de Saúde Pública impulsionaram a medicina científica do século XIX.
Hospitais		
a. função	Lugar para “ <i>morrer</i> ”, para conter as epidemias, diminuir os focos de desordem e estabelecer a disciplina.	Local de cura; prática e ensino da medicina; exercício do poder médico.
b. fatores de transformação	Separação entre atendimento aos enfermos e serviços gerais de assistência social; criação do dispensário ambulatório; introdução da medicina profissional; mudança de função; atribuições terapêuticas.	Alteração arquitetônica da construção hospitalar; organização do funcionamento com desenvolvimento dos conceitos de assepsia e antissepsia; ascensão dos médicos ao topo da hierarquia técnica e administrativa; mudança da clientela; enfermagem profissional.
c. planta física	Construção espaçosa criada para abrigar um grande número de doentes e necessitados admitidos nos estabelecimentos, de forma ilimitada; início, na Inglaterra, da descentralização; perda definitiva, em meados do século XVIII, do caráter de “asilo”.	Firma-se a descentralização com construções em forma de pavilhão hospitalar, espaçadas, divididas em alas, construídas com materiais resistentes ao fogo; medidas preventivas no que diz respeito ao contágio entre pacientes e pessoas que ali trabalham; o espaço hospitalar se subordina à disciplina médica; a preocupação com o ambiente físico se reflete na forma das edificações.
d. especialização de funções e de profissionais	Descentralização, atividades complementares (cozinha, padaria, farmácia, lavanderia etc.); pessoal administrativo civil e/ou religioso, médicos e auxiliares.	Total descentralização; desenvolvimento da diversificação das funções complementares e auxiliares; aumento do pessoal exterior, em detrimento dos residentes; a medicina se especializa; aparece a enfermeira profissional e novas atividades surgem como, por exemplo, assistente social e outros.

4. considerações finais

Os conhecimentos médicos documentados iniciam-se em cerca de 6.000 a.C., no Egito e só se dissociam do aspecto religioso a partir do século IV a.C., com Hipócrates. Durante a Idade Média, sob a influência do cristianismo, o aspecto religioso volta a imperar, sendo a doença vista como “castigo divino”. A única exceção é o islã, que retoma os fundamentos da medicina hipocrática. O conceito de saúde/doença rompe o domínio religioso, no Ocidente, apenas na Idade Moderna, tendo contribuído para isto, em primeiro lugar, o “custo de preparação do indivíduo” para o Exército, após a invenção do fuzil.

Os sacerdotes-médicos ou médicos-sacerdotes predominam na maioria das civilizações na Antiguidade, menos na de Israel; após Hipócrates, na Grécia, os médicos laicos passam a ser importantes na sociedade, o que ocorre, tardiamente, também em Roma. A tradição só é retomada no Oriente após a difusão do islamismo, sendo a Idade Média Ocidental dominada pelos religiosos. Os cirurgiões-barbeiros e os médicos laicos (físicos) têm pouco prestígio até a Idade Moderna. Primeiro a Escola de Salerno, depois as academias e universidades, preparam o médico laico, que passa a predominar a partir da Idade Moderna. Entretanto, o “médico do hospital”, que

amplia o saber pela prática clínica e de pesquisa na instituição, é característico da Idade Contemporânea.

A primeira legislação sanitária coletiva aparece entre os hebreus, estabelecida por Moisés. A Grécia desenvolve essas considerações, que alcançam o auge na Roma imperial, com regras, normas e toda uma legislação voltada à higiene e à saúde pública. A Idade Média Ocidental é um retrocesso em relação à Antiguidade. Somente ao final, cria-se a ideia de “quarentena”. No Oriente, a “higiene” aparece restrita aos hospitais e determinados locais de tratamento de doenças. Na Idade Moderna se aperfeiçoa o conceito anterior de “quarentena”, que dá origem à medicina urbana apenas em meados do século XVIII. A partir daí, e por toda a Idade Contemporânea, melhoram continuamente as noções de saúde pública e os aspectos sanitários das sociedades. Entretanto, nos hospitais, a ideia de assepsia, defendida por Semmelweiss, Terrier e Lister, impõe-se unicamente a partir de meados do século XVIII. O grande hospital da Idade Moderna, o Hôtel-Dieu, por exemplo, possuía lavanderia. No entanto, as roupas lavadas eram estendidas para secarem nas janelas das enfermarias. Dentre as plantas de hospitais da época,

o Lariboissière é o primeiro a possuir um pavilhão específico onde funcionava a lavanderia.

Na Antiguidade, os predecessores do hospital foram numerosos e integrados na vida diária na Índia, na China, no Japão e na civilização greco-romana. O cristianismo dá um impulso ao local de tratamento de doentes, mas estende o atendimento a todos os necessitados, portanto, aquele não se distingue dos de assistência social.

Durante toda a Idade Média, é função do hospital, sob várias denominações, atuar em obras caritativas em geral. O Oriente se distingue por ter levado o ensino médico ao hospital ainda durante a Idade Média. Já no Ocidente, na Idade Moderna, o hospital permanece sendo um lugar aonde se vai para “morrer”, e só se transforma em “local de cura”, assim como de prática e de ensino da medicina, na Idade Contemporânea.

No Oriente, com a propagação do islamismo, o atendimento médico influencia as características arquitetônicas do hospital, e separam-se os doentes por tipo de doença, sexo etc., além de haver uma preocupação com a ventilação e a iluminação do ambiente. O Ocidente, com edifícios ostentosos, busca o aspecto religioso, dispendo o leito dos

doentes com visão para os altares. É somente com a criação dos leprosários que se muda a organização, separando os doentes por patologia e, depois, sexo. Também a preocupação com o ambiente é desenvolvida posteriormente.

Na Idade Moderna, as construções hospitalares apresentam áreas espaçosas, visando acolher muitos pacientes. Nesse período, as instituições perdem as características de “asilo”.

A Idade Contemporânea é marcada pela forma “pavilhonar” e pela separação de funções. A preocupação com o ambiente físico, que se reflete na forma das edificações, fixa, para alguns autores, a transição dos hospitais da Idade Moderna para os da Idade Contemporânea.

Na Idade Média, os hospitais do Oriente encontram-se junto às mesquitas e possuem dependências para o ensino da medicina; apresentam ainda dispensários e atendimento de consultas externas. No Ocidente, a capela é o ponto focal das construções, que têm finalidades assistenciais e de hospedagem.

É na Idade Moderna que surge a descentralização, a segregação de atividades complementares e a coexistência de pessoal administrativo, médico e auxiliar dentro da instituição

hospitalar. Na Idade Contemporânea crescem a descentralização, a complexidade e a diversidade de funções complementares e auxiliares. O médico tem sua atividade principal no hospital e estabelece-se a enfermagem profissional.

No século XIX, ainda que os desenvolvimentos técnicos e científicos estivessem na sua plenitude, observava-se uma certa austeridade daqueles que “administravam” os hospitais. Nos séculos XX e XXI, a pesquisa científica, direcionada para a área farmacêutica e para o controle das infecções, figura como meta para a obtenção de qualidade no atendimento hospitalar.

A nossa reflexão final é para o conceito atual de hospital, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Informe Técnico n. 122, de 1957:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio, e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Complementando, a sua função é prevenir doença, restaurar a saúde, exercer atividades educativas e promover a pesquisa.

referências bibliográficas

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

_____. *Hospital: instituição e história social*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

BRAGA, José Carlos S. *A questão da saúde no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1978

BRUTSCHER, Sônia Maria. *Análise da atuação da enfermagem em ambulatório: a distância entre “deve ser” e “ser”*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar, São Paulo, 1991.

BURNS, Edward M. *História da civilização ocidental*. Porto Alegre: Globo, 1963.

CAMPOS, Ernesto de Souza. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, 1944.

CASTIGLIONI, Arturo. *História da medicina*. São Paulo: Nacional, 1947. 2v.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Terminologia básica em saúde*. Brasília, 1985.

CHERUBIN, Niversindo Antônio; SANTOS, Naírio Augusto. *Administração hospitalar: fundamentos*. São Paulo: Cedas, 1997.

COE, Rodney M. *Sociologia de la medicina*. Madri: Alianza, 1973.

CORREIA, Fernando da Silva. *Estudos sobre a história da assistência: origens e formação das misericórdias portuguesas*. Lisboa: Henrique Torres, 1944.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. *Microfísica do poder*. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GARRISON, Fielding H. *História de la medicina*. 4. ed. México: Interamericana, 1966.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1974.

LAIN, Entralgo. *História universal de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1973.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia científica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

94 LISBOA, Teresinha Covas. *Lavanderia hospitalar: integração homem-ambiente-função*. Dissertação (Mestrado) – Universidade São Camilo de Administração Hospitalar, São Paulo, 1993.

_____. *Lavanderia hospitalar: reflexão sobre fatores motivacionais*. Tese (Doutorado) Universidade Mackenzie, São Paulo, 1998.

MIQUELIN, Lauro Carlos. *Anatomia dos edifícios hospitalares*. São Paulo: Cedas, 1992.

MOLINA, Teresa Maria. *Historia de la enfermeria*. Buenos Aires: Intermedica, 1973.

MUNARO, Júlio S. et al. *Fundamentos da organização hospitalar*. São Paulo: Instituto Brasileiro de Desenvolvimento de Pesquisas Hospitalares, 1974. (Mimeografado)

PAIXÃO, Waleska. *Páginas de história de enfermagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Buccini, 1960.

ROSEN, George. *Da policia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SINGER, Paul et al. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

SEYMER, L. R. *Florence Nightingale: pioneira da enfermagem e da emancipação feminina*. São Paulo: Melhoramentos, s.d.

IPH

INSTITUTO DE
PESQUISAS
HOSPITALARES
ARQUITETO
JARBÁS KARMAN

ISBN: 978-85-93958-02-1

