

CIÊNCIA E MAGIA: ambigüidades na História da Medicina

Beatriz Teixeira Weber

Ciência e magia parecem ter sempre existido como percepções distintas da realidade. No entanto, a consolidação de ambas como formas de saber marcadas por abordagens e métodos distintos é bastante recente. Em campos como a Medicina, somente após a II Guerra Mundial, a ciência passou a ser a perspectiva analítica “triumfante”. Geralmente apresentada como um conjunto linear e progressivo de descobertas, a ciência médica caracteriza-se também pela presença de percepções e procedimentos mágicos. Os profissionais que na primeira metade deste século procuravam organizar-se enquanto corporação, diferenciando-se portanto dos charlatães, eram na prática poderosos curandeiros que acreditavam na intervenção divina como única responsável pela cura, já que os poderes humanos encerravam limitações. Um bom exemplo da aproximação entre o discurso da objetividade científica e as explicações mágicas para uma série de fenômenos indecifráveis, pode ser encontrado em relatos sobre o desenvolvimento da atividade médica no Rio Grande do Sul.

- ¹ CARTWRIGHT, Frederick F. *A Social History of Medicine*. New York: Longman, 1977. p. 134. ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec/Ed. UNESP/Abrasco, 1994. cap. VII. MOULIN, Anne Marie. Os frutos da ciência. In: *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985. p. 91-105. BABINI, José. *Historia de la Medicina*. Barcelona: GEDISA, 1985. p. 125-147. CORBIN, Alain. *Saberes e Odores*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987, especialmente a terceira parte sobre as novas representações sociais após o triunfo das teorias de Pasteur. BARRAN, Jose Pedro. *Medicina y sociedade em el Uruguay del Novecientos. Tomo I*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1993. Cap I e II. SOURNIA, Jean-Charles & RUFFIE, Jacques. *As Epidemias na História do Homem*. Porto: Edições 70, 1986. cap. XII.
- ² CLAVREUL, Jean. *A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- ³ THORWALD, Jurgen. *O Século dos Cirurgiões*. São Paulo: Hemus, s. d., p. 264-286. Joseph Lister foi o cirurgião inglês que aplicou a teoria de Pasteur realizando assepsia com fenol ou ácido carbólico nas feridas, nos locais e nos envolvidos nas cirurgias, quando praticamente todos os pacientes morriam, até então, de infecção. Sofreu profundas resistências às suas práticas, que só foram adotadas e pesquisadas, na época, na Alemanha. Essas resistências também foram fortes na aplicação da anestesia e nos partos com cesariana.
- ⁴ LÉONARD, Jacques. *La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs*. Paris: Aubier Montaigne, 1981. p. 328-329. O autor aponta a complexidade das conexões entre saberes e poderes, pois não são conexões necessárias, mas historicamente determinadas.

Muitos autores que tratam da história da medicina consideram-na uma atividade “científica” já em 1900¹. É apresentada como “ciência” e como uma prática homogênea, que já teria suas técnicas amplamente difundidas para todos os profissionais, sendo autorizada como “ciência” pelo seu discurso, excluindo outras possibilidades de conhecimento na área da cura. É considerada uma atividade que enunciaria a “verdade” a respeito do funcionamento do corpo, de como as doenças atingiriam o homem e de qual a melhor terapêutica para tratar delas. Esse conhecimento teria sido adquirido através de um “método” experimental aplicado ao estudo do seu objeto, o homem e as doenças², restringindo-se à medicina letrada, erudita, amplamente produzida por centros de excelência, em oposição a outras práticas populares ou tradicionais. A afirmação desse estatuto é considerada “evidente” por diversos autores, não havendo necessidade de explicações sobre como isso ocorreu. Contudo, o processo de transformações deste saber na segunda metade do século XIX foi longo e conflituoso, considerando a medicina letrada e erudita produzida nos centros de formação profissional. Muitos médicos buscavam soluções, porém não necessariamente “científicas” e “eficientes”: eram alguns dos caminhos possíveis no contexto do final do século XIX.

A implantação de novos saberes e técnicas médicas não foi aceita unanimemente nem nos centros onde estavam sendo produzidos. Jurgen Thorwald, numa narrativa sobre o desenvolvimento da cirurgia na Inglaterra no final do século passado, evidencia os impiedosos conflitos na divulgação e aceitação da assepsia em cirurgias nas décadas de 1860 a 1880. Baseada nos princípios da proliferação das bactérias de Pasteur, tal concepção se chocava com a incredulidade dos médicos mais antigos que não acreditavam na existência de germes vivos, porque isso contrariava a lei da geração espontânea. Nem mesmo nos países onde as descobertas estavam ocorrendo houve um desenvolvimento linear na adoção de novas técnicas³. Até o início do século XX, ainda eram descobertas a serem assimiladas pelos médicos apegados à “tradição”, que lutavam ferozmente contra os novos princípios aparentemente contrários aos que a medicina sabia e usava até então. Na França, o estudo de Jacques Léonard sobre a medicina no século XIX, indica as dificuldades para a difusão dos novos conhecimentos e sua adoção pelos práticos. Por isso, ele considera um mito caricatural a idéia de uma medicina homogênea, que se apresentava como um instrumento de normalização policial ou como uma panacéia progressista: a “coerência médica” no século XIX é um engodo porque não leva em conta a variedade dos contrastes que a medicina apresentou⁴ e ainda apresenta, como afirma Cecil G. Helman⁵.

No início do século XX, consolidaram-se descobertas sobre o funcionamento de algumas enfermidades e sobre como realizar

⁵ HELMAN, Cecil G. *Cultura. Saúde e Doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 103. Não existe um modelo médico homogêneo e consistente, não há uma medicina “ocidental” ou “científica” uniforme. A prática da medicina varia muito nos diferentes países, sendo sempre “delimitada culturalmente”, segundo sua visão de antropologia médica.

⁶ O advento da anestesia é datado de 1846, quando verificou-se a primeira intervenção cirúrgica em paciente anestesiado por éter sulfúrico em Boston, havendo, contudo, uma longa trajetória para seu uso de forma segura. As primeiras notícias sobre assepsia são de 1860, porém a sua completa aceitação só ocorreu no final do século. THORWALD, Jurgen. Op. cit., p. 302. As infecções pós-operatórias só foram controladas com o advento dos antibióticos durante a II Guerra Mundial.

⁷ Secretaria dos Negócios do Interior e Exterior. Documentação Avulsa. Lata 508. Diretoria de Higiene. 4ª Diretoria. Boletim com conselhos ao povo distribuído em Gramado. Gravino, Marques de Souza e Bela Vista. 10 fev. 1918. AHRs.

⁸ Secretaria dos Negócios do Interior e Exterior. Documentação Avulsa. Lata 508. Diretoria de Higiene. 4ª Diretoria. 4, 10, 14, 15 e 20 fev. 1928. AHRs.

⁹ BRUNET, Lannes Domingues. *Vaccinotherapy Antityphica*. Porto Alegre: Of. Graf. da Livraria do Globo, 1916. p. 28-29. BFMPA.

certos diagnósticos utilizando tecnologia de laboratório. A identificação das bactérias como agentes causadores de uma série de doenças e suas formas de transmissão ampliaram o conhecimento sobre algumas moléstias, sem dúvida “revolucionando” essa área. Tais descobertas, porém, não foram assimiladas automaticamente pelos profissionais da medicina. Os conhecimentos incorporaram-se gradativamente e de forma muito peculiar para cada um dos práticos. Além disso, as descobertas ocorreram muito vagarosamente, como sugere a trajetória da técnica cirúrgica, que só se intensificou na década de 1940, após a consolidação de técnicas de assepsia, controle da dor e das infecções⁶.

Nessa perspectiva, áreas afastadas dos centros de produção do saber médico sofriam mais dificuldades para incorporar e divulgar novos procedimentos. No Rio Grande do Sul, após a República, assumiu um governo com uma proposta positivista e crítica em relação ao poder que a moderna medicina tentava exercer sobre a sociedade, assegurando completa liberdade profissional e religiosa.

Tomemos o exemplo da “febre typhica”. Ela preocupava enormemente o governo do Estado do Rio Grande do Sul nas primeiras décadas deste século. Em 1918 era considerada uma “... doença infecciosa, devida a um micróbio que existe no sangue, no fígado, nos vômitos, nos catarros dos doentes”, onde os “... portadores dos bacilos são os doentes, os convalescentes e às vezes os que convivem com os típicos e que abrigam os micróbios”, transmitindo-os através das mãos, moscas, legumes e frutas, leite, alimentos, objetos contaminados e, principalmente, água⁷. Quando detectados casos da febre, devia-se isolar o doente, ficando em contato com o mesmo apenas uma ou duas pessoas, que deveriam seguir rigorosamente as medidas “profiláticas”: a esterilização dos materiais e das roupas, o recolhimento de todos os dejetos do doente em vasos desinfetantes, o consumo de água fervida, o asseio dos objetos, combate as moscas, uso da vacinação e notificação à Diretoria de Higiene⁸. Todas essas informações e indicações de procedimentos não significava que os doutores soubessem como ocorria a imunização nos pacientes: uma tese defendida na Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1916, sobre vacinação antityfica, afirmava “... não serem possíveis conclusões sobre as observações médicas realizadas”. A vacina “parecia” modificar a marcha da doença, mas não sabiam exatamente o mecanismo das medidas profiláticas⁹. Muitos dos procedimentos adotados não estavam vinculados à certeza do seu funcionamento, mas eram as possibilidades existentes naquelas situações.

Foi o que ocorreu numa outra epidemia de tifo em Bela Vista, 3º distrito do município de Lajeado. O primeiro caso manifestou-se em 1926, em pessoa vinda de outro distrito, atacando os membros da família que o hospedou. O médico afirmava que

do contato dos moradores ocorreu a contaminação, levando a doença de casa em casa. Reclamava das “... sérias dificuldades que teve de vencer com a população...” para fazer o isolamento domiciliar dos doentes. Dizia tratar-se de “... gente que não tem a mínima cultura para julgar do alcance de tão utilitária medida”. Ensinou a não atirarem as fezes e urinas pela janela, como faziam; a combater as moscas; a usarem água fervida; a limparem as mãos e objetos. Procurou vacinar as pessoas de Bela Vista e dos distritos vizinhos, mas nunca chegou a ser totalmente convincente: precisou apelar para a ajuda do vigário para convencer o povo a se vacinar, pois um outro médico, contratado pelo 5º distrito de Lajeado, de Marquês do Herval, já havia feito ali vacinação, sem resultados. A conclusão do médico sobre o desenvolvimento da epidemia foi que sua marcha lenta presumia que os contágios davam-se diretamente dos doentes aos sãos, indiretamente por meio das mãos contaminadas dos que serviam de enfermeiros e desconheciam os mais comensais preceitos de higiene e asseio. O contágio também ocorreu pela grande quantidade de moscas em torno de matéria fecal dos enfermos ao redor das habitações. Foram distribuídos boletins com “conselhos ao povo” sobre a “febre typhoide”. Cinquenta por cento da população de um total de 200 pessoas foi atacada em Bela Vista, mas a mortalidade, inferior a 10%, levou o médico responsável a concluir que foi uma epidemia relativamente benigna, apesar de admirar a baixa mortalidade, porque os doentes, na sua maioria, não teriam tido assistência médica, nem conforto, nem higiene¹⁰.

Comparando a situação do tifo na década de 1920 com as descrições do final do século XIX, percebem-se poucas diferenças. Adolfo Lutz comprovou a presença da febre tifóide no Brasil, de forma endêmica, na última década do século XIX, época em que foi conhecida sua etiologia. Até esse período, qualquer “febre maligna” podia ser considerada “febre tifóide”, havendo a forma abdominal, a torácica e a cerebral. Empregavam como terapêutica remédios antifebris e antidesintéricos, recomendando a higiene dos locais onde os pacientes se encontravam¹¹. A possibilidade de exame laboratorial para o diagnóstico é que diferenciava a medicina da última década do século XIX e da década de 1920, mas os procedimentos adotados para evitar a doença e a sua propagação, assim como o tratamento para curar os doentes, continuavam sem evitar que a doença aparecesse e atingisse muitas pessoas. O estabelecimento da propagação do tifo por intermédio do piolho só ocorreu em 1909, no Instituto Pasteur de Túnis. O agente patogênico do tifo foi isolado por Rocha Lima, brasileiro que trabalhava para o serviço de saúde alemão na década de 1910, mas a vacina só foi desenvolvida em 1932. A diminuição eficaz da doença só foi possível depois de 1943, com a utilização de

¹⁰ Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior. Documentação Avulsa. Lata 508. Diretoria de Higiene. 4ª Diretoria. 4, 10, 14, 15 e 20 fev. 1928. AHRs.

¹¹ SANTOS FILHO, Lycurgo. *História Geral da Medicina Brasileira* 2. São Paulo: Hucitec/EDUSP, 1991. p. 206-208.

¹² BERCÉ, Yves-Marie. Os soldados de Napoleão vencidos pelo tifo. In: *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985. p. 173-174.

¹³ Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior. Documentação Avulsa. Lata 508. Diretoria de Higiene. 4ª Diretoria. Epidemia de desintéria amébrica no quartel do 1º Batalhão de Infantaria da Brigada Militar, atingiu 80 pessoas – 4 e 20 fev. 1928; de meningite cérebro-espinhal – 12 e 13 mar. 1928; leproso em Santo Antonio da Patrulha – 27 abr., 31 mai. 1928. AHRs. Epidemia de tifo na Subintendência Barra do Ribeiro em maio 1926. Relatório da Diretoria da Assistência Pública apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Octavio F. da Rocha pelo Director Dr. Affonso de Aquino. Porto Alegre: Intendência Municipal de Porto Alegre, jul. 1925 a jun. 1926 (datilografado). p. 6. AHPA.

DDT, que permitia matar os piolhos, e com o recurso de antibióticos (clorofenicol) em 1947¹².

A adoção de medidas de saneamento urbano por parte das municipalidades ao longo da segunda metade do século XIX tinha sua eficácia porque evitava a proliferação de certas doenças, como era o caso do tifo – mesmo que não se soubesse qual a sua forma de propagação. As autoridades municipais acabavam adotando medidas que diminuíssem a incidência de certas epidemias quando insistiam na limpeza das ruas, no despejo de águas servidas longe da área urbana, no arejamento e higiene das moradias. Os procedimentos e a visão descritos para o tifo eram os usuais na década de 1920 para uma série de outras doenças. Quando havia ameaça de alguma proliferação, deslocavam-se funcionários da Diretoria de Higiene para o local, diagnosticavam-na e estabeleciam as medidas aconselhadas, demonstrando que os ataques ressentiam-se de preceitos de higiene, não utilizando fossas fixas, infestando os locais de matéria fecal, o que gerava grande quantidade de moscas. É a mesma situação descrita para meningite cérebro-espinhal, desintéria, lepra e tuberculose¹³. A ênfase das abordagens destinadas a evitar a disseminação recaía sobre a higiene das áreas onde haviam sido detectados focos das doenças, procurando-se evitar a propagação dos “miasmas” surgidos das matérias pútridas. A medicina passava aos poucos da mera observação dos sintomas, analisando verbalmente as sensações e sentimentos descritos pelos pacientes, para uma etapa em que utilizava outras técnicas para o diagnóstico das doenças, como os exames laboratoriais. Mas muitas dessas doenças continuavam atacando a população, sem que os médicos adotassem medidas eficazes para que fossem erradicadas. Lentas transformações modificavam a medicina nesse período, indicando a necessidade de historicizar o estágio da ciência médica no final do novecentos. Sua consolidação ainda não havia ocorrido. A “verdade” dos conhecimentos e das terapêuticas propostas pela medicina da época eram relativas àquela situação histórica. A reprodução da fala dos próprios médicos dificulta a percepção da complexidade que resulta da convivência entre práticas de cura diferenciadas, especialmente no Rio Grande do Sul, onde a “liberdade profissional” permitia a atuação de diversas formas de “medicina”. Nessa região, o saber médico não havia conquistado o *status* de prática de cura majoritária sobre as demais. Conviviam diversas práticas, inclusive muitas consideradas “melhores” pelos seus usuários do que as práticas “científicas”.

A diversidade de possibilidades de cura, baseadas em múltiplos princípios, era comum não só para os médicos “licenciados”, sem formação nas instituições de ensino oficiais, mas também entre os médicos formados por essas instituições. A medicina letrada e erudita continha profundas marcas oriundas da diversidade de práticas, não havendo consensos sobre o que era mais ou

menos “científico”. No início do século XX, o termo “científico” podia ser usado tanto para qualificar práticas espíritas, homeopatia, como para elaboradas cirurgias.

Tomemos os escritos de um renomado médico pediatra que atuou no Rio Grande do Sul no início do século – Olinto de Oliveira. Num texto produzido em 1920, ele explicitou as funções e as reais possibilidades da medicina naquele período:

São de fato, senhores, tão complicadas as ciências da Medicina, tão obscuras e misteriosas as leis do organismo humano, onde os fenômenos da vida se sucedem e modificam constantemente, reagindo uns sobre outros numa entrosada e sutil interdependência; tão mais complexos se tornam esses fenômenos, quando a doença lhes vem perturbar as órbitas de evolução e as suas mútuas relações, que não admira sejam tão difíceis de apreciar e de verificar os resultados da experiência terapêutica!

Daí, de certo, a facilidade com que pululam, de todos os lados, diferentes seitas, arrogando-se a pretensão de interpretar as leis da saúde e da moléstia, de simplificá-las até à puerilidade e de metodizá-las e compendiá-las em corpos de doutrina ‘a priori’.

Como basta ter um pouco de experiência, meus senhores, para compreender a inanidade dessas orgulhosas pretensões! E assim se fizeram outrora animistas e vitalistas, iatroquímicos, estimulistas, etc, e, em nossos dias, os homeopatas e os naturistas, os vegetarianos e os cientistas cristãos, o kneippistas, os espiritistas, os osteopatas, os dosimétricos, e que sei eu!¹⁴

¹⁴ OLIVEIRA, Olinto de. O fetichismo terapêutico e a medicina moderna In: *Olinto de Oliveira*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1945. p. 92-93. Conferência proferida em janeiro de 1920, na Biblioteca Nacional. IHGRS. Agradeço ao “seu” Miguel o acesso a essa obra.

Olinto de Oliveira apontava diferenças comuns entre os médicos ainda na década de 1920. Diferentes concepções de doença e cura, no próprio campo da medicina científica, davam origem a variados (e às vezes incongruentes entre si) procedimentos terapêuticos. Ele justificava essa diversidade com o argumento de que a medicina tinha um poder muito limitado, apesar dos medicamentos “miraculosos” recentemente descobertos. Muitos desses medicamentos eram “promessas falidas”, usados apenas por um tempo, como o guaiaco e a tuberculina. Quando descobertos, eram indicados como os remédios “mais seguros e maravilhosos”. Mas os efeitos mostravam-se nulos ou insignificantes, gerando a procura de outra medicação, capaz de demonstrar eficácia¹⁵. Um dos exemplos citados era a ampla variedade de tratamentos para pneumonia por volta de 1930. Os adeptos da teoria do “estimulismo” empregavam os tônicos e excitantes, como o álcool, a quina, o amoníaco, tratamentos que curariam em 6 a 8 dias. Também podia ser recomendada a hidroterapia dos Prissnitz ou dos Kneipps, os

¹⁵ Idem., p. 87-88.

vesicatórios (que produziam vesículas – pequenas bolhas ou cavidades na pele), as escarificações (raspagens com objeto pontudo), óleo de cróton (arbusto ornamental conhecido como “folha-de-papagaio”), pomada estiada (com antimônio), “... que martirizavam cruelmente as vítimas,...”, todos com promessa de cura dentro de 6 a 8 dias. A “época bacteriológica” também podia recomendar os antissépticos internos e externos, depois os soros e vacinas, os “filacógenos”, os “haptinógenos” e os “colóides”, iniciados nos primeiros dias de “invasão” da doença, aplicados através de várias injeções. O problema, observa Oliveira, era a semelhança entre os resultados obtidos com tais procedimentos – o que incluía modos de cura que ultrapassavam o âmbito de uma medicina científica. E conclui:

Eis, sob a forma de apoteose a uma suposta maravilhosa descoberta, a mesma estatística de toda a gente e de todas as épocas!

Resultados idênticos apresentam os dosimétricos, os homeopatas, os espíritas, e talvez melhores ainda, os abstencionistas, isto é, aqueles que, convencidos da inutilidade de sua intervenção medicamentosa, limitam-se a acompanhar a evolução da moléstia, rodeando o enfermo apenas dos cuidados higiênicos necessários a auxiliá-lo na luta.

– Como trata você a pneumonia? perguntou certa vez um médico ao seu colega, professor de clínica.

– Amigo, respondeu o outro, trato-a com Fé, Esperança e Caridade. Fé, na força medicatriz da natureza. Esperança de que não apareçam complicações. Caridade para com o pobre diabo... e também para com os colegas, que acreditam poder fazer coisa melhor...¹⁶

¹⁶ Ibidem.

O tratamento indicado para um paciente dependia assim das crenças do médico ao qual se entregava. Como as crenças eram as mais variadas, havendo inclusive os que acreditavam que deixar a doença seguir seu curso seria o menos extravagante, também resultavam variados os procedimentos terapêuticos sugeridos. O aparecimento de uma doença podia ser imputado a diversas origens, naturais ou sobrenaturais. Os demais profissionais podiam discutir e discordar desses procedimentos, mas todos eles eram usuais e podiam ser igualmente ineficazes. Ainda em 1920, quando a medicina científica é tida como “triumfante” por vários historiadores, diversas práticas eram aceitas. A extravagância dos procedimentos até levava o pediatra a sugerir que, muitas vezes, a fé e a esperança seriam os melhores “remédios” para uma série de doenças que ainda não eram compreendidas. Nesse contexto, Olinto de Oliveira, assim como outros médicos, questionava a glorificação da ciência médica devido aos limites que ela apresen-

tava. Esses médicos não chegavam a descartar as práticas “inovadoras” e o “progresso”, porém relativizavam o poder desses conhecimentos.

As diferenças entre as perspectivas que orientaram os diversos médicos no Rio Grande do Sul também podem ser percebidas pelo exame das teses defendidas nas escolas de medicina. As diferenças apresentadas sobre os “sistemas médicos” alopatóico e homeopático, numa tese defendida em 1918, indica que ainda não havia uma posição comum adotada por todos. Para a alopatia a cura seria o resultado de uma oposição entre a moléstia e o tratamento; a homeopatia afirmava a lei das semelhanças, ou seja, que o tratamento teria a propriedade de fazer desaparecer uma moléstia natural com a qual se assemelhava. Na tese sobre os dois sistemas, o autor descrevia as formas de tratamento de cada um deles. A simpatia do autor recaía sobre a alopatia, concluindo: “... enfim, a medicina homeopática é de efeito duvidoso fora das mudanças de regime que prescreve e toma de empréstimo à medicina propriamente dita: é apenas uma medicina expectante.”¹⁷

Os médicos professores na Faculdade de Medicina de Porto Alegre tinham preferência pela alopatia, mas a homeopatia possuía adeptos fervorosos. A Escola Médico-Cirúrgica de Porto Alegre, organizada em 1915, recebeu a matrícula de alunos da Faculdade de Medicina Homeopática, fundada em 1914, e teses defendidas na Escola demonstravam manifesta simpatia com o sistema homeopático¹⁸. Um dos candidatos à medicina realizou um “esboço de geografia médica” em 1905, no qual afirmava que a homeopatia dispunha de vasta clientela na capital, tendo a preferência de grande parte do público, especialmente para as moléstias de crianças¹⁹.

A homeopatia é uma doutrina médica criada por Cristiano Frederico Samuel Hahnemann, médico alemão que viveu de 1755 a 1843. Profissional conceituado, Hahnemann insurgiu-se contra os postulados e os métodos de terapia da medicina do seu tempo, em que os tratamentos à base de sangrias, ventosas e outras formas tóxicas violentas, e a ingestão de medicações sintomáticas como os vomitórios, diuréticos, hipnóticos, etc. compunham uma prática muitas vezes perigosa para o paciente. Sua doutrina procurava restabelecer o estado de equilíbrio entre a força vital e o organismo, com a ingestão de uma substância em doses infinitesimais, visando curar o paciente como um todo e não apenas o vetor da doença. Defendia a idéia da existência de um princípio vital, não comprovável empiricamente por ser imaterial, mas que seria a causa explicativa da atividade que anima todo o organismo. A força vital constituiria o princípio intermediário entre o corpo físico (princípio material) e o espírito (princípio espiritual), que os ligava. O estado de saúde seria então aquele em que o funcionamento do corpo e do espírito se fizessem harmoniosa-

¹⁷ LEHNEMANN, Arthur. *Sobre Medicina Allopathica e Homoeopathica*. Porto Alegre: Livraria Americana, 1918. BFMPA.

¹⁸ Vide, por exemplo, SILVEIRO, Antonio C. *A Homoeopathia*. Porto Alegre: Of. Graf. da Livraria do Globo, 1917. BFMPA. Tese apresentada à Congregação da Escola Médico-Cirúrgica de Porto Alegre.

¹⁹ BEM, Balthazar P. de. *Esboço de Geographia Medica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1905. p. 17. BFMPA.

²⁰ DAMAZIO, Sylvia F. *Da Elite ao Povo: advento e expansão do espiritismo no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994. p. 82-86.

²¹ Idem, p. 87-88.

²² Ibidem, p. 89-90.

²³ Ibidem, p. 86-89.

²⁴ BEM, Balthazar P. de. *Esboço de Geographia Medica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1905. p. 17. BFMPA. Afirmava que havia médicos que utilizavam o espiritismo como processo terapêutico. *Jornal Diário de Notícias*, Porto Alegre, 1, 3, 4, 7 e 8 out 1925. p. 3. MCSHJC. A visita de um médium curador na cidade gerou uma série de reportagens sobre o espiritismo e suas potencialidades de cura. Afirmavam que médicos formados também atuavam através do espiritismo, como médiuns.

²⁵ Num relato muito interessante, um médico que atuava na periferia do município de Nova

mente, em equilíbrio com a força vital; o estado de doença seria justamente a perda da harmonia²⁰.

O conhecimento da doutrina homeopática chegou ao Brasil no começo de 1840, com a vinda do francês Bento Mure e do português João Vicente Martins. Ambos se interessavam por fenômenos magnéticos, eram espiritualistas e demonstravam uma enorme preocupação com a população pobre e um interesse especial com os escravos que careciam de tratamento de saúde. A difusão da prática homeopática por Bento Mure realizou-se através da distribuição de folhetos entre comerciantes, professores, padres e fazendeiros. Mure e Vicente Martins fundaram então o Instituto Homeopático do Brasil em 1842. A despeito das muitas disputas iniciais entre alopatas e homeopatas, vários médicos convenceram-se dos argumentos e das curas da homeopatia²¹. Na década de 1880, a homeopatia já consolidada como perspectiva de cura no Brasil, ainda buscava legitimar-se, estratégia que passava pela obrigatoriedade do ensino formal dessa prática, defendida pela Academia Médico-Homeopática e pelo Instituto Hahnemanniano do Brasil²².

A partir de 1860, passou a ser freqüente a relação entre homeopatia e espiritismo no Rio de Janeiro e na Bahia. Muitos médicos atuavam com a homeopatia apenas como doutrina médica, enquanto outros converteram-se ao espiritismo, utilizando a homeopatia como veículo para a prática de caridade. Haveria semelhança entre os conceitos de Hahnemann e de Allan Kardec, organizador da doutrina espírita, facilitando a adoção da homeopatia como forma preferencial de tratamento de saúde pelos espíritas²³. No Rio Grande do Sul, provavelmente havia médicos que acreditavam no espiritismo e procuravam relacionar as práticas terapêuticas com suas crenças²⁴, apesar da dificuldade em encontrar relatos específicos sobre a atuação desses médicos. Na década de 1920, muitos médicos formados por instituições oficiais procuravam assegurar que seus pares só advogassem práticas “científicas”; outros, no entanto, conviviam com formas de atendimento e cura diferentes das práticas dessas instituições médicas. Para os médicos espíritas, a coexistência de uma perspectiva médica e de uma perspectiva mística não seria conflitante, mas tal amálgama tornou-se rapidamente inviável à medida em que a medicina procurava construir-se como a única alternativa “científica” nas práticas de cura²⁵.

No início do século XX, os médicos formados enfrentavam outros problemas específicos na prática de sua atividade. Muitas especialidades buscavam conhecimentos e tentavam novos procedimentos para resolver problemas até então considerados insolúveis. Dificuldades foram observadas em vários campos da medicina até períodos históricos recentes. A descrição a seguir indica

Iguaçu, no Rio de Janeiro na década de 1970, confessa seu conflito pelo fato de ser espírita e não ter se aprofundado na sua crença devido às dificuldades que isso lhe geraria, mencionando mesmo a possibilidade de se tornar psicopata (“por ... se aprofundar em muita coisa demais ao mesmo tempo.”); e a falta de compreensão dos demais sobre espiritualismo seria “galhofa” para muitos, principalmente sendo ele um médico. LOYOLA, Maria Andréa. *Médicos e Curandeiros. Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel, 1984. p. 31.

²⁶ Os Grandes Mestres da Cirurgia Brasileira: Rio Grande do Sul. Biografias. Seção 2. Direção Médica. Subseção Hospital São José. Documentação Avulsa. CEDOP/SCMPA.

²⁷ Somente os antibióticos, surgidos durante a II Guerra Mundial, possibilitaram grandes avanços nas técnicas cirúrgicas.

²⁸ Os Grandes Mestres da Cirurgia Brasileira: Rio Grande do Sul. Biografias. Seção 2. Direção Médica. Subseção Hospital São José. Documentação Avulsa. CEDOP/SCMPA. Comentários sobre os procedimentos e seus avanços. Mesmo após o aparecimento da penicilina, um dos problemas enfrentados foi a resistência dos germes à ação do antibiótico: em menos de 10 anos os germes já teriam adquirido resistência ao seu uso.

²⁹ Hoje esse procedimento é realizado por um medicamento, na época, era um ato mecânico.

³⁰ Os Grandes Mestres da Cirurgia Brasileira: Rio Grande do Sul. Biografias. Seção 2. Direção Médica. Subseção Hospital São José. Documentação Avulsa. CEDOP/SCMPA. Os relatos foram realizados por Eduardo Paglioli, filho de Eliseu.

o contexto no qual alguns procedimentos médicos ainda se desenvolviam no Estado, na terceira década do século XX.

*Sentado numa cadeira de palha, um senhor de meia idade apóia a cabeça na mesa, sobre um travesseiro de penas. Era 1925, e ele estava pronto para que o doutor Eliseu Paglioli, recém formado em Porto Alegre, lhe estirpe um tumor na porção superior do cérebro. A cena se passa numa pequena farmácia em São Francisco de Paula, uma cidadezinha da serra gaúcha. Em apenas duas horas, estava terminada a primeira cirurgia crânio-encefálica no Brasil.*²⁶

Assim como o tratamento da pneumonia, as cirurgias eram tecnicamente limitadas. O atendimento ocorria em farmácias, pois elas é que mantinham os ambulatórios para consulta médica. Pelo descrito, não havia nenhum procedimento “especial” para uma intervenção tão delicada, a não ser o travesseiro de penas. Evidentemente, infecções eram comuns, apesar das medidas de “antissepsia” serem consideradas “extremas”²⁷. Não havia a especialidade “anestesia” e os mesmos médicos operavam e anestesiavam seus pacientes. Até os anos 30, os médicos que trabalhavam em cirurgia em Porto Alegre pesquisavam uma “vacina” para aplicar nos candidatos à cirurgia para evitar infecções, tentando aumentar a resistência do paciente aos germes²⁸. Além dos problemas citados, havia pouco e precário instrumental cirúrgico. O médico Eliseu Paglioli, considerado um precursor na área de neurocirurgia em 1925, desenhava seus próprios instrumentos, que eram confeccionados por ferreiros em Porto Alegre. A equipe que trabalhava com o médico nas suas intervenções, sacrificava uma pomba durante as cirurgias e o peito da ave era utilizado para a hemostasia (ação de estancar uma hemorragia)²⁹. Devido a essa conduta, apareciam penas envolvendo o paciente e seus familiares achavam que Paglioli colocava cérebro de galinhas nos operados. Assim, ele tinha fama de ser um grande “feiticeiro”³⁰ e não um médico competente, indicando o quanto práticas de cura podiam parecer indiferenciadas aos olhos dos leigos.

Em meio a estes debates, em um contexto marcado pela incerteza científica, pela desconfiança dos leigos e pelas dificuldades de suas práticas, os médicos tentavam organizar-se enquanto corporação, estabelecendo os componentes da sua ciência e a ética que os nortearia como grupo. Os médicos faziam tentativas de se autodisciplinar para organizar-se como grupo profissional, havendo dificuldades para a coesão de interesses em meio a discussões teóricas e até pessoais, distantes da concepção que hoje nos é familiar de uma “ética” de profissão. Essa ética estava sendo forjada num amplo processo de discussões que durou toda a primeira metade do século.

A medicina como a conhecemos hoje é bastante recente. Os médicos levavam em conta outras questões para o exercício de suas atividades. O renomado Olinto de Oliveira, médico pediatra já referido, ajuda-nos a pensar esse ponto. Procurando concluir uma palestra com uma incitação dos estudantes à esperança, ele revela novas dimensões de sua profissão que mantinham um grande peso relativo aos valores do grupo:

Não desanimeis, por isso, moços. Mergulhai o vosso espírito nessas águas reconfortantes e inspiradoras; oferecei delas aos vossos enfermos, para que estancuem a sua sede; e não desanimeis, ainda quando o vosso escasso saber frustrar a vossa vontade, quando os vossos remédios não puderem curar! A medicina não é somente o diagnóstico e a arte de formular. Ela é também a caridade. (...) Empenhai o melhor do vosso esforço em estudar e aprender a ciência difícil da medicina. Procurai aprofundar-lhe todos os mistérios; fazer-vos ciente dela em tudo quanto for possível saber, e alcançar até o dom da profecia!

*Se não vos for dado curar, aliviar a dor e o sofrimento. Isso já é obra divina! E quando nem mesmo isso estiver ao vosso alcance, quando a ciência falhar de todo, que a caridade ainda vos inspire. Não abandonéis esse pobre náufrago que se agarra à vida, esse miserável condenado que depositou, em vós, todas as suas esperanças. Enganai-o! Menti-lhe! Mas consolai-o!*³¹

O médico defende, em tom de intensa emotividade, outras funções para a medicina presentes no universo de atendimento e tratamento no início do século. A função do terapeuta era tentar curar, mas, como seu poder seria limitado, ele devia ajudar o doente de qualquer forma, ainda que ultrapassando a fronteira da ciência. O médico podia tentar aliviar a dor; caso não fosse possível, consolar também era seu dever. Olinto de Oliveira apresenta argumentos religiosos como fortes componentes da profissão do médico. A religiosidade, principalmente católica, fazia parte da vida daqueles homens e mulheres, ainda no século XX. O hospital que congregava os médicos em Porto Alegre e onde eles realizavam suas experiências, era uma instituição católica, mantida com doações dos fiéis. A ciência compunha claramente com a igreja: “A ciência contentou-se em estender a mão à teologia – com tal segurança, que a teologia não soube enfim se devia crer em si ou na outra”³², já observara, muitas décadas antes, Machado de Assis, ao comentar os avanços do saber alienista no século XIX. Tal observação ainda não perdera totalmente a validade: os médicos também eram homens crentes, profundamente religiosos, havendo

³¹ OLIVEIRA, Olinto de. O fetichismo terapêutico e a medicina moderna. In: *Olinto de Oliveira*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1945. p. 95-96. Grifo meu.

³² ASSIS, Machado de. *O Alienista*. 3. ed. São Paulo: Ática, 1975. p. 21.

³³ A imagem do corpo sacralizado e sujeito à vontade de Deus não desapareceu, continuando a arte médica a ser a grande aliada da Igreja católica. Inclusive, os limites da profissão médica eram justificados pela “vontade divina”. Essa afirmação é feita por Márcia Ribeiro para o final do século XVIII, mas ainda é procedente para o início do século XX. RIBEIRO, Márcia Moisés. *Ciência e Maravilhoso no Cotidiano*. São Paulo, USP, 1995. Dissertação (Mestrado em História) – Departamento de História, Universidade de São Paulo, 1995. p. 126.

ainda um forte misticismo nos procedimentos adotados, pois acreditavam na intervenção divina para a solução das dificuldades que a ciência não conseguia resolver³³. Muitos médicos mantinham concepções católicas no interior do seu exercício profissional, apelando para o consolo e para a caridade como papéis importantes a serem exercidos pelos médicos. A indagação de Laura de Mello e Souza para o século XVIII, pode ser transferida para o início do século XX: "... será que a variedade de percepções seria perceptível para os agentes culturais envolvidos?" "Será que viam como inimigos permanentes ou como partes de um todo mais interessante a questão da cultura dos sistemas cognitivos e dos intermediários culturais no quadro das sociedades pluriétnicas...?"³⁴

³⁴ SOUZA, Laura de Mello e. "Curas Mágicas e Sexualidade no Século XVIII Luso-Brasileiro", *Revista USP 31. Dossiê Magia*. São Paulo, 1989. p. 75.

Beatriz Teixeira Weber é professora do Departamento de História da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.