

Faculdade de Letras da Universidade do Porto  
Departamento de Ciências e Técnicas do Património

## ***O OBJECTO e os MUSEUS de MEDICINA:***

*Aprofundamento de um modelo de estudo*

**Curso Integrado de Estudos Pós-Graduados em Museologia - Via Mestrado**

**Orientação: Professora Doutora Alice Lucas Semedo**

**Co-Orientação: Professora Doutora Amélia Ricon Ferraz**

**Sónia Castro Faria**

Janeiro 2009

## **ÍNDICE**

|                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Agradecimentos                                                                   | i         |
| Lista de Abreviaturas                                                            | ii        |
| Índice de Figuras                                                                | iii       |
| Índice de Tabelas e Gráficos                                                     | v         |
| <b>Introdução</b>                                                                | <b>1</b>  |
| <br>                                                                             |           |
| <b>Parte I</b>                                                                   |           |
| <b>Cultura Material</b>                                                          | <b>5</b>  |
| 1. Cultura material – razão, evolução e reflexão sobre a sua prática             | 6         |
| 2. Objectos e colecções: a construção de significados em contextos museológicos  | 13        |
| <br>                                                                             |           |
| <b>Parte II</b>                                                                  |           |
| <b>A Ciência, a Medicina e a Museologia</b>                                      | <b>20</b> |
| 1. Os paradigmas científicos – dinâmicas da ciência                              | 21        |
| 2. Exercício da medicina: paradigmas tradicionais <i>versus</i> novos paradigmas | 35        |
| 3. Os museus de medicina no contexto nacional e internacional                    | 51        |
| <br>                                                                             |           |
| <b>Parte III</b>                                                                 |           |
| <b>Estudo de Colecções</b>                                                       | <b>65</b> |
| 1. O Museu do Centro Hospitalar do Porto: um projecto                            | 66        |
| 1.1 História e carácter do Hospital de Santo António                             | 66        |

|                                                                               |            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.2 O Hospital de Santo António enquanto hospital escolar do Porto            | 76         |
| 1.3 As colecções do Museu – o passado, o presente e o futuro                  | 80         |
| 2. Descobrir e interpretar o objecto médico: apresentação de modelo de estudo | 87         |
| <b>Considerações Finais</b>                                                   | <b>122</b> |
| <b>Referências Bibliográficas</b>                                             | <b>127</b> |
| <b>Índice dos Anexos</b>                                                      | <b>137</b> |

## **AGRADECIMENTOS**

Por mais que um trabalho académico aponte para o individualismo do seu autor, ele será sempre uma consequência de outros esforços individuais e colectivos, aos quais deixo aqui o meu reconhecido agradecimento.

Em primeiro lugar agradeço à Professora Doutora Alice Semedo a forma como orientou o meu trabalho. As suas sugestões, questionamentos, sabedoria e serenidade, tornaram possível a realização do mesmo.

À Professora Doutora Amélia Ricon Ferraz agradeço todas as considerações e referências, fundamentais para esclarecer a natureza e o alcance dos métodos empregues e elucidação de alguns equívocos iniciais.

De igual forma, não posso deixar de agradecer ao Centro Hospitalar do Porto (CHP), na pessoa do seu Presidente do Conselho de Administração, Dr. Fernando Sollari Allegro, pela disponibilidade demonstrada, assim como, e em igual medida, à Professora Doutora Margarida Lima, Dra. Ana Varão e Enfermeira Joana Tavares, do Conselho de Gestão do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP. Os meus sinceros agradecimentos ainda ao Dr. Lopes da Silva, responsável pela Biblioteca Central e Museu, e a todo o serviço da Biblioteca Central do CHP, por toda a confiança, apoio e incentivo prestado, e a todos os funcionários do Hospital de Santo António (HSA) que me auxiliaram no decorrer do presente trabalho

Sem querer estabelecer qualquer ordem de relevância, agradeço ainda ao Bethlem Royal Hospital; Hunterian Museum at The Royal College of Surgeons; Museo Vasco de Historia de la Medicina; British Red Cross Museum; Royal London Hospital Archives and Museum; Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; Mütter Museum; St Bartholomew's Hospital; The College of Optometrists; The Royal College of Surgeons of England; The Wellcome Trust - pela forma prestativa e gentil como se colocaram à disposição, facultando documentos orientadores, bibliografia e caracterizando diversas áreas vocacionais dos seus museus. Um especial agradecimento ao Professor Doutor Anton Erkoreka, Director del Museo Vasco de Historia de la Medicina, pela forma empenhada com que abordou as mais diversas considerações que por mim foram sendo colocadas.

Por último um especial obrigado à minha família, com destaque para a minha irmã, cunhado e pai, e à minha cara-metade por todo o juízo crítico, paciência e motivação com que sempre me apoiou. À minha querida mãe dedico este trabalho.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

BCCHP – Biblioteca Central do Centro Hospitalar do Porto.

B-ON - Biblioteca do Conhecimento Online.

CIDOC - International Committee for Museum Documentation.

CHP – Centro Hospitalar do Porto.

EMCP - Escola Médico-Cirúrgica do Porto.

FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

HGSA – Hospital Geral de Santo António.

HSA – Hospital de Santo António.

ICOM - International Council Museums.

MCHP - Museu do Centro Hospitalar do Porto.

MLA - Museums Libraries Archives Council.

RECP - Régia Escola de Cirurgia do Porto.

SCMP - Santa Casa da Misericórdia do Porto.

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                                                                                                                                                | Pag. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <i>Fig. 1 - Musée Curie, Paris, França</i>                                                                                                                                                                                                     | 55   |
| <i>Fig. 2 - British Optical Association Museum, Londres, Inglaterra</i>                                                                                                                                                                        | 58   |
| <i>Fig. 3 - National Museum of Dentistry's "The Dr Samuel D. Harris", Maryland, USA</i>                                                                                                                                                        | 58   |
| <i>Fig. 4 - St Bartholomew's Hospital Museum, Londres, Inglaterra</i>                                                                                                                                                                          | 59   |
| <i>Fig. 5 - Thrackray Medical Museum, Leeds, Inglaterra</i>                                                                                                                                                                                    | 61   |
| <i>Fig. 6 - Boerhaave Museum, Leiden, Holanda</i>                                                                                                                                                                                              | 62   |
| <i>Fig. 7 - Frontispício do Hospital Santo António do Arquitecto - John Carr, 1769.</i><br><i>Proveniência: Centro Hospitalar do Porto.</i><br><i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                   | 67   |
| <i>Fig. 8 - Enfermaria de Clínica Médica - Sala do Espírito Santo.</i><br><i>Fonte: ALMEIDA, Prof. Thiago d' - O Ensino da Clínica Médica na Escola do Porto: de 1907 a 1927.</i><br><i>Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1927. p. 12.</i> | 71   |
| <i>Fig. 9 - Desobriga dos Enfermeiros Católicos no Hospital Geral de Santo António no ano de 1952.</i><br><i>Proveniência: Colecção da Enfermeira Ana dos Santos Machado.</i>                                                                  | 75   |
| <i>Fig.10 - Fachada do Hospital de Santo António e da Faculdade de Medicina do Porto.</i><br><i>Fonte: Boletim Clínico do Hospital de Santo António. Porto: Hospital de Santo António, 1928.</i>                                               | 78   |
| <i>Fig. 11 - Retrato do Irmão José António dos Santos. Alves, 1841.</i><br><i>Proveniência: Santa Casa da Misericórdia e Centro Hospitalar do Porto.</i><br><i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                      | 81   |
| <i>Fig. 12 - Curativo. Pavilhão D. Manuel II.</i><br><i>Proveniência: Colecção da Enfermeira Ana dos Santos Machado.</i><br><i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                                      | 82   |

|                                                                                                      | <b>Pag.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <i>Fig.13 - Disco de Plácido da Costa.</i>                                                           | 112         |
| <i>Proveniência: CHP, Dep. Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, Serv. Oftalmologia.</i> |             |
| <i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                        |             |
| <i>Fig.14 - Candeeiro de UV.</i>                                                                     | 113         |
| <i>Proveniência: CHP Dep. Ortofisiatra, Serv. Fisiatria.</i>                                         |             |
| <i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                        |             |
| <i>Fig.15 - Agulhas de Doyen.</i>                                                                    | 114         |
| <i>Proveniência: CHP, Bar do Centro Cultural e Desportivo.</i>                                       |             |
| <i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                        |             |
| <i>Fig.16 - Densímetros.</i>                                                                         | 115         |
| <i>Proveniência: CHP, Dep. Patologia Laboratorial, Serv. Química Clínica.</i>                        |             |
| <i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                        |             |
| <i>Fig.17 - Chassis.</i>                                                                             | 116         |
| <i>Proveniência: CHP, Dep. Imagiologia, Serv. Radiologia.</i>                                        |             |
| <i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                        |             |
| <i>Fig.18 - Frasco de Farmácia.</i>                                                                  | 117         |
| <i>Proveniência: CHP, Serviços Farmacêuticos.</i>                                                    |             |
| <i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                        |             |
| <i>Fig. 19 - Autoclave</i>                                                                           | 117         |
| <i>Proveniência: CHP, MCHP.</i>                                                                      |             |
| <i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                        |             |
| <i>Fig. 20 - Serviço.</i>                                                                            | 118         |
| <i>Proveniência: CHP, MCHP.</i>                                                                      |             |
| <i>Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                                                        |             |
| <i>Fig. 21 - Relatório de diagnóstico – Médico: Dr. Corino de Andrade</i>                            | 118         |
| <i>Proveniência: CHP, Serv. Paramiloidose.</i>                                                       |             |
| <i>Fig. 22 - SEMEDO, João Curvo - Polyanthea Medicinal. Noticias Galenicas e Chymicas,</i>           | 119         |
| <i>repartidas em três tratados; Lisboa: Oficina de Miguel Deslandes, 1967.</i>                       |             |
| <i>Proveniência: CHP, Biblioteca Central. Fotografia Egídio Santos/Meio Formato.</i>                 |             |

## ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

|                                                                                                                                                                                        | Pag.   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <i>Tabela 1 - Método de análise do objecto médico proposto por Felip Cid.</i>                                                                                                          | 103    |
| <i>Fonte: CID, Felip - Museologia Médica, Aspectos Teóricos y Cuestiones Práticas. Bilbao: Museo Vasco de Historia de la Medicina e de la Ciência, 2007. Vol.1 e 2.</i>                |        |
| <i>Tabela 2 - Cadastro e Inventário dos Móveis do Estado.</i>                                                                                                                          | 107    |
| <i>Fonte: Portaria n.º 378/94, de 16 de Junho e Diário da República de 28/09/2000.</i>                                                                                                 |        |
| <i>Tabela 3 - Resumo da classificação proposta.</i>                                                                                                                                    | 120    |
| <br><i>Gráfico 1 - Número total de objectos Médico - Cirúrgicos, de Laboratório, de Imagiologia e Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto - Unidade Hospital de Santo António.</i> | <br>80 |



## **INTRODUÇÃO**

Este projecto, realizado no âmbito do Mestrado em Museologia do Departamento de Ciências e Técnicas do Património da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Alice Semedo, e co-orientação da Professora Doutora Amélia Ferraz, como singela reflexão que pretende ser, não ambiciona mais do que abrir caminho à investigação de colecções médicas e servir de instrumento de investigação não só para o Museu do Centro Hospitalar do Porto, mas também para museus congéneres, os quais muitas vezes para além dos poucos recursos financeiros não possuem os recursos humanos adequados à colmatação das deficiências encontradas nesta e noutras vertentes da gestão de colecções.

Esta explanação que terá como foco a interpretação e sentido das colecções médicas, revela a singularidade de propor um modelo de estudo do objecto médico, prevendo a classificação normalizada do mesmo, preconizando assim os seguintes objectivos específicos:

- incrementação da investigação e aceção do objecto médico;
- promoção e divulgação dos museus de medicina e suas colecções;
- regulação de metodologias de estudo;
- sistematização e normalização da classificação;
- apoio na uniformização de denominações;
- incentivo à aplicação de correctas práticas museológicas e museográficas.

Não é recente o interesse em estudar e interpretar a dimensão do objecto no maior número de vertentes possíveis e enquanto fonte de informação única acerca do Homem na e em sociedade ao longo do tempo, tanto que este me motivou a aceitar o desafio de investigar uma área de estudo onde os seus alvos de estudo são revestidos de singularidade muito própria, embrionariamente reflectida e aprofundada.

No contexto museológico, o objecto médico em comparação com outros fundos museológicos e salvo raras excepções, goza de um baixo estatuto e esteve, se ainda não estará, muitas vezes renegado e associado a objecto menor, alargando-se estas considerações aos Museus de Medicina que mesmo ao nível de enquadramento museológico constituem uma subdivisão dentro dos Museus de Ciência e Tecnologia.

Contudo há que ressaltar que marcaram o espírito de várias gerações e que por qualquer lado que se encare a colecção, clínico, científico, tecnológico, ou unicamente pelo ponto de vista documental, o estudo e análise da instrumentaria médica, revela-se uma fonte de informação importante uma vez que estes são a expressão da época a que pertencem, marcos de descobertas experimentais e interrogações científicas e, neles podemos colher dados úteis em diferentes domínios.



Contudo, e apesar de desde cedo o meu percurso profissional se encontrar interligado transversalmente a esta vertente de investigação e análise de diferentes tipologias de objectos - desde pintura, a cerâmica e nos últimos anos sobretudo a colecções etnográficas -, pelo que o presente trabalho perfilar-se-ia como facilitado, mostrou-se contudo uma tarefa árdua e morosa dado o estado primário das abordagens existentes sobre o assunto, reflectido na escassa e incompleta bibliografia a versar especificamente a temática e na extrema dificuldade em abraçar, enquanto leiga na matéria, os diversos limites da positividade de intervenção da Medicina, nomeadamente na sua vertente de especialização, circunspecta no espólio do Museu do Centro Hospitalar do Porto, nosso Caso de Estudo.

No sentido de serem criadas condições para evocar relações que melhor permitissem perceber a funcionalidade dos objectos médicos ao longo das épocas, bem como enquanto testemunhos da evolução de técnicas médicas, tentou-se reunir o máximo de informação associada aos mesmos e seus contextos envolventes, começando assim por apoiar a nossa metodologia assente numa parte teórica, iniciada por uma revisão de bibliografia nacional e internacional, tendo por base catálogos de fabricantes; bases de dados online; monografias de enquadramento; legislação, entre outras.

Deste modo, entre Outubro e Dezembro de 2006 foram levadas a cabo investigações em diversas instituições: Biblioteca Municipal do Porto; Biblioteca Central do Hospital de Santo António; Biblioteca da Faculdade de Medicina do Hospital de S. João; Biblioteca da Santa Casa da Misericórdia do Porto; Arquivo Histórico Municipal do Porto; Biblioteca do Laboratório Prof. Alberto Aguiar; Centro Português de Fotografia e Biblioteca do ICBAS. A partir deste levantamento foram elaborados dossiers que constituíram instrumentos fundamentais no desenrolar deste trabalho.

A segunda fase, e uma vez que se partiria como referencial de estudo do espólio do Hospital de Santo António (HSA), actual unidade do Centro Hospitalar do Porto, consistiu na pesquisa e avaliação junto de cerca de quarenta serviços da instituição, de bens culturais que oferecessem uma caracterização própria para a futura integração numa colecção e consequente musealização. Entre Janeiro e Maio de 2007 estudaram-se assim as colecções existentes nos serviços do HSA no sentido de se proceder ao que é caracterizado comumente como "levantamento de existências". Deste modo, optou-se por registar *manualmente in situ*, numa ficha de trabalho um conjunto de dados passíveis de serem observados, descritos ou conjecturados.

Nesta fase contou-se, para as colecções de cinco Laboratórios e colecção de Oftalmologia, com o apoio de três alunas do Curso Integrado de Estudos Pós-Graduados em Museologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Aida Almeida, Marta Gaspar e Sónia Macedo.

Dada a inexistência de livros de cadastro, a identificação das peças tornou-se numa tarefa demorada, apesar do apoio que nos foi sendo prestado por diversos profissionais da instituição e pela Professora Doutora Amélia Ferraz do Museu da História da Medicina "Maximiano Lemos".



Deste modo, a etapa de investigação subsequente assentou na consulta de documentação com intuito de fundamentar com rigor as teorias desenvolvidas. Procedeu-se assim ao estudo dos catálogos de fabricantes existentes na Biblioteca Central da instituição, onde se constatou que em alguns casos se encontravam arrolados nos mesmos os objectos que a instituição pretendia adquirir. Realizou-se igualmente uma análise ao arquivo histórico da mesma, nomeadamente livros de contas e de requisição de material do arsenal (infelizmente só relativos às décadas de 60 e 70 do séc. XX) e livros de correspondência expedida e recebida pelo Hospital, mais de duas centenas, respeitantes a quase todo o séc. XIX e primeira década do séc. XX.

Tarefa delicada e extensa, à qual se seguiu uma avaliação crítica da documentação, tratamento e sistematização da mesma, essencial para a identificação da grande maioria do espólio e respectiva caracterização, mas essencialmente profícua no sentido em que obtivemos plena percepção, sobretudo através da correspondência e actas de reuniões das direcções, da história, organização e evolução da prática médica e cirúrgica na instituição, nomeadamente ao nível da especialização.

Na sequência deste levantamento conclui-se que muitos dos objectos relacionados com a memória da instituição não estão hoje à sua guarda devido a uma série de condicionantes que não nos compete aqui considerar, reflectindo contudo o acervo em questão um período importante da história e património, abrangendo milhares de artefactos referentes maioritariamente ao séc. XX, do Hospital Santo António.

Tendo por base esta investigação-acção e as informações recolhidas junto de diversos museus de medicina com os quais se manteve um contacto informal, foi possível desenvolver a presente reflexão intitulada – “O Objecto e os Museus de Medicina: Aprofundamento de um modelo de estudo”.

Deste modo, começa-se inicialmente neste trabalho por efectuar uma sintética abordagem à cultura material, suas origens, desenvolvimento de sentidos e redefinições das suas áreas de actuação, tendo em conta a sua particular contribuição na interpretação formal e entendimento de significados do objecto. Num segundo capítulo considerar-se-á ainda, recorrendo às múltiplas perspectivas expostas por diferentes autores, factores relevantes na significação do objecto museológico, salientando a construção de sentido enquanto criação social.

Na segunda parte do trabalho serão focadas as dinâmicas da ciência, evidenciando-se a transformação do pensamento científico na prática médica.

Começa-se assim por uma definição de paradigma e por um enquadramento de possíveis factores desintegradores do processo de conhecimento científico responsáveis pela revolução científica, de forma a legitimar a mudança de paradigma e a cedência de uma estrutura conceptual por outra que apresente novos métodos de análise, resultando num paradigma emergente cujo perfil será



aqui abordado de acordo com as ópticas apresentadas por alguns autores que se dedicaram a esta questão, nomeadamente Thomas Kuhn, Karl Popper e Boaventura de Sousa Santos. Partindo destes princípios, analisar-se-á no segundo capítulo, evocando-se o seu enquadramento histórico e mudanças conceptuais relevantes, o desenvolvimento sucessivo da Medicina enquanto ciência e a evolução do conhecimento médico, as suas mudanças estruturais ao nível da sua prática, técnicas de intervenção e instrumentalização e a sua objectivação gradual no conhecimento científico do corpo e transformação de atitude da doença, indissociáveis e directamente correlacionados com o desenvolvimento tecnológico e científico. Ainda nesta segunda parte reflectir-se-á sobre a museologia médica e o seu panorama, perspectivando-se a evolução e contextualização dos museus de medicina enquanto elementos determinantes para o reforço do estudo dos objectos. Finaliza-se com um levantamento de alguns museus de medicina agrupados de acordo com o carácter das suas colecções e seus discursos comunicativos e expositivos e com a ressalva da urgente necessidade de a museologia médica reclamar um lugar próprio dentro dos saberes museológicos, tendo em conta as suas especificidades características.

O primeiro capítulo da terceira parte é dedicado à explanação do projecto do Museu do Centro Hospitalar do Porto, ao nível do seu enquadramento histórico e desenvolvimento do conhecimento médico, escolar, científico e tecnológico da instituição, contextualização das suas colecções e identificação dos actuais eixos de acção deste projecto.

No segundo capítulo, partindo-se de perspectivas de análise do objecto apresentadas por cinco modelos de estudo de colecções, sendo explanados em cada um deles as fontes de informação e componentes de relevância que contribuirão para a compreensão do mesmo, desenvolveu-se um modelo pensado e vocacionado na materialização do objecto médico, resultado de um trabalho com uma forte vertente de investigação e do estreito contacto com diversos museus congéneres. Abordando cientificamente a particularidade da museologia médica, o modelo reflectirá o objecto médico enquanto elemento determinante do desenvolvimento das ciências da saúde através dos tempos, segundo a sua significação técnica e funcional, o seu posicionamento em diferentes contextos, processo de criação e fabrico, o seu contexto tecnológico decorrente da interacção com outras ciências, características formais, entre outros dados, que permitam, numa atitude positiva para com a ciência, deslindar o seu sentido, significado, aplicações e implicações. Posteriormente a esta aferição do carácter do objecto propõe-se um sistema de classificação do objecto médico em diversos níveis de especificidade, partindo-se de uma lógica intrínseca baseada num primeiro nível na área de conhecimento e numa subdivisão da mesma que prevê a vertente funcional específica do objecto.

Uma última referência ao roteiro digital, anexo a este trabalho, o qual constitui a materialização dos diversos domínios da investigação desenvolvida.



## PARTE I- CULTURA MATERIAL

*“Não seria possível uma história da vida quotidiana sem as evidências da cultura material, assim como a história da cultura material seria ininteligível se esta não fosse colocada no contexto da vida social quotidiana.*

Peter Burke”



## 1 – CULTURA MATERIAL – RAZÃO, EVOLUÇÃO E REFLEXÃO SOBRE A SUA PRÁTICA

A noção "*cultura material*" está relativamente disseminada na história e, embora em menor grau, também em diversas ciências humanas. Não parece, no entanto, que alguém tenha alguma vez apresentado uma definição geral e rigorosa, pois apesar do seu significado global ser evidente, a noção de "*cultura material*" continua a ser, de facto, imprecisa e simultaneamente a estar longe da ilusão de transparência, apresentando conotações bastante diversas<sup>1</sup>.

A questão é extremamente controversa, visto que boa parte dos historiadores não aceita a separação entre "*cultura*" e "*cultura material*". Alguns chegam a considerar a distinção inteiramente factícia.

As origens da noção de "*cultura material*" são difíceis de precisar e segundo Jean-Marie Pensez o conceito de *cultura material* já existia desde o século XIX, mas de maneira indefinida<sup>2</sup>.

No decurso da segunda metade do séc. XIX foi-se formando progressivamente no seio de diversas correntes de pensamento e, mais tarde, como resultado da conjugação dessas mesmas correntes, cujos sistemas ideológicos eram, na altura, convergentes<sup>3</sup>.

O ponto de transição coincide com a ruptura epistemológica desta época e das novas condições científicas que dela derivam, mudando assim a refinação da finalidade e do objecto científico e desenvolvendo uma metodologia que pressupõe o recurso ao tangível, ao material, ao concreto e à vontade de nele basear a explicação e a síntese.

Desde a reformulação da historiografia promovida por Marc Bloch e Lucien Febvre no final da década de 1920, a história desvinculou-se da narrativa e do factual e passou a ser conduzida por hipóteses.

A história social passou a lidar com a *cultura material* de maneira mais ampla buscando problematizá-la para melhor detectar as *nuances* da experiência prática e relacional dos agentes sociais que a elaboram.

Novos objectos e novas metodologias foram propostos, e as fronteiras disciplinares que separavam a disciplina das demais ciências sociais foram flexibilizadas e a história aproximou-se, da geografia, da economia e da psicanálise, entre outras.

Todo este movimento possibilitou a introdução de novas fontes para além dos documentos escritos. Passaram também a ser tratados como documentos, a própria iconografia, a pictografia,

---

<sup>1</sup> BUCCAILE, Robert; PESSEZ, Jean-Marc – *Cultura Material*, Vol.XVII, in Enciclopédia Einaudi. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda, 1989. p.11.

<sup>2</sup> PENSEZ, Jean-Marie - *História da cultura material*. In LE GOFF, Jacques (org.) - "A História Nova". S. Paulo: Martins Fontes, 1993. p.213.

<sup>3</sup> BUCCAILE, cit. 1, p.12.



os relatos orais e os objectos do quotidiano. Como consequência deste movimento, houve uma pulverização do campo histórico, possibilitando uma história cultural, uma história das mentalidades, uma história demográfica e, uma, que nos interessa particularmente, a *história da cultura material*.

Tome-se o exemplo de Marc Bloch, estudioso da medievalidade francesa<sup>4</sup>, o qual afirmava que, sendo a população medieval essencialmente formada por camponeses produtores, seria importante, do ponto de vista da historiografia, indagar o que eles produziam, em que quantidade, com quais utensílios e técnicas.

A *história da cultura material*, então, estudaria os objectos materiais na sua interacção com os aspectos mais concretos da vida humana, desdobrando-se por domínios históricos tão diversos como os utensílios, o estudo da alimentação, o vestuário e os objectos de ciência.

Contudo, diz-nos Bloch, deve-se examinar não o objecto em si mesmo, mas sim os seus usos, as suas apropriações sociais, as técnicas envolvidas na sua manipulação, a sua importância económica e a sua necessidade social e cultural, [...], pois afinal, não se pode perder de vista a noção de *cultura material*<sup>5</sup>.

No decorrer do séc. XX, o significado de *cultura material* atravessou várias redefinições e reformulações.

Partindo destes pressupostos e procurando uma definição para *cultura material* é importante ter-se em mente que a expressão científica "*cultura material*" é "*apenas uma formulação muito restrita dos múltiplos aspectos que compõem essa noção e não abarca a sua totalidade: a cultura material é composta em parte, mas não só, pelas formas materiais da cultura*".<sup>6</sup>

As abordagens tradicionais utilizadas até 1960 por historiadores e antropólogos nas suas interpretações do passado das sociedades tendem a assumir que a *cultura material* é apenas o resultado, ou apenas detrito, de comunidades que como nada têm a dizer sobre si mesmas, os seus artefactos só seriam significativos se fossem explicados a partir de fora; e isto apesar do facto de sabermos por experiência que os artefactos podem, por vezes, expressar os nossos sentimentos e crenças<sup>7</sup>.

Procure-se então algumas definições:

---

<sup>4</sup> BLOCH, Marc – *Les "inventions" médiévales. Annales d'histoire économique et sociale*. Laterza: Bari, 1959. Vol. VII. p.180.

<sup>5</sup> BARROS, José D' Assunção - *O campo histórico. As especialidades e abordagens da História*. Rio de Janeiro: A Cela, 2002. p.21.

<sup>6</sup> BUCCAILE, cit. 1, p.20.

<sup>7</sup> PEARCE, Susan - *Objects in Structures*. In PEARCE, Susan (ed) – *Museum Studies in Material Culture*. London: Leicester University Press, 1989.



Por cultura material poderíamos entender, de acordo com Meneses, "o segmento do meio físico que é socialmente apropriado pelo homem. Por apropriação social convém pressupor que o homem intervém, modela, dá forma a elementos do meio físico, segundo propósitos e normas culturais. Essa acção, portanto, não é aleatória, casual, individual, mas alinha-se conforme padrões, nos quais se incluem os objectivos e projectos. Assim, o conceito pode tanto abranger artefactos, estruturas, modificações da paisagem (...) Para analisar, portanto, a cultura material, é preciso situá-la como suporte material, físico, imediatamente concreto, da produção e reprodução da vida social.

Conforme esse enquadramento, os artefactos - que constituem (...), o principal contingente da cultura material - têm que ser considerados sob duplo aspecto: como produtos e como vectores das relações sociais." <sup>8</sup>

Nos últimos anos, depois de algumas décadas na serenidade, a interpretação da cultura material tornou-se uma grande preocupação académica. Um dos motivos apontados por Pensez para tal razão, é o facto de "as colecções museológicas representarem a cultura material armazenada desde o passado, enquanto as exposições museológicas são o principal meio através do qual o passado é publicamente apresentado [...]" <sup>9</sup>.

Deste modo, se perceberá que a cultura material é actualmente considerada uma das disciplinas por excelência afecta aos museus.

A definição de cultura material proposta por Deetz <sup>10</sup> é o ponto de partida para Susan Pearce que conceitua cultura material como um "termo [...] usado significando artefactos construídos por seres humanos através de uma combinação entre matérias brutas e tecnologia, e que, para fins práticos, podem ser distinguidos das estruturas fixas pela sua mobilidade" <sup>11</sup>.

A noção de cultura material, que, em princípio, se aplicaria apenas a objectos "soltos", pode ser estendida de maneira a abranger quase todas as produções humanas, como pragmaticamente especifica Thomas J. Schlereth no prefácio do seu livro *Material culture studies in America* <sup>12</sup> - "podemos considerar a história da tecnologia, os estudos de folclore, a antropologia cultural,

---

<sup>8</sup> MENESES, Ulpiano Bezerra – *A exposição Museológica: Reflexões sobre Pontos Críticos na Prática Contemporânea*. Universidade de S. Paulo, 1993. In MOUTINHO, Mário Canova – "Cadernos de Museologia: A construção do objecto museológico". S. Paulo: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Centro de Estudos de Sócio-Museologia, 1994. p. 5.

<sup>9</sup> PENSEZ, cit. 2, p.179.

<sup>10</sup> James Deetz define cultura material como "aquele segmento do mundo físico do homem que é intencionalmente moldado por ele de acordo com um plano culturalmente ditado".

<sup>11</sup> PEARCE, Susan (ed) – *Museum Studies in Material Culture*. London: Leicester University Press, 1989. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>12</sup> SCHLERETH, Thomas J. - *Material culture studies in America*. Nashville (Tenn.): American Association for State and Local History, 1976.



*arqueologia histórica, geografia cultural e história da arte como sub-campos dos estudos de cultura material*".

Susan Pearce avalia os *objectos do museu* como "pedaços do mundo físico", enfatizando o acto da selecção que, ao agregar valor cultural a um "pedaço do mundo", transforma-o em objecto. Estes, no entanto, não se restringiriam àqueles "*pedaços discretos capazes de ser movidos de um lugar para outro, mas compreenderiam todo o mundo físico inclusive as paisagens*"<sup>13</sup>. Apesar de igualmente ressaltar o acto de selecção Mensch privilegia, contudo, a função documental do objecto: "*Objectos de museus são objectos separados de seu contexto original (primário) e transferidos para uma nova realidade (o museu) a fim de documentar a realidade da qual foram separados. Um objecto de museu não é só um objecto num museu. Ele é um objecto colectado (seleccionado), classificado, conservado e documentado. Como tal, ele torna-se fonte para a pesquisa ou elemento de uma exposição*"<sup>14</sup>.

Tal como Susan Pearce, Mensch parte de Deetz, ressaltando que a definição de *cultura material* "*não se limita aos artefactos tangíveis, móveis, mas inclui todos os artefactos, do mais simples, como um alfinete comum, ao mais complexo, como um veículo espacial interplanetário*"<sup>15</sup>.

O essencial, em ambos os casos, mantém-se a toda a extensão do campo de estudo, pelo que a *cultura material* deverá ser estudada dada a sua contribuição única para o entendimento dos trabalhos desenvolvidos pelos indivíduos e pelas sociedades e mesmo sobre nós próprios.

Neste sentido, o estudo da *cultura material* no seu aspecto museológico, abarca não apenas a interpretação formal dos artefactos, mas também a análise das colecções, a sua história, e a história dos museus como um fenómeno cultural que está apenas a começar. E em definitivo, a "*progressiva humanização das ciências sociais levou a que museologicamente se passe da colecção ao homem, do objecto à ideia e da ideia ao discurso*"<sup>16</sup>.

Diante de tal afirmação de Susan Pearce pode-se entender que os museus são capazes de mostrar, por meio das suas colecções, "o homem, que é o verdadeiro objecto de sua pesquisa", pois representam (as colecções) a expressão material das relações humanas.

---

<sup>13</sup> PEARCE, Susan - *Museums, objects and collections*. Washington: Smithsonian Institution Press, 1993. p. 296. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>14</sup> MENSCH, P. V. - *Towards a methodology of museology*. Zagreb: University of Zagreb, 1992. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>15</sup> MENSCH, cit 14. p.21. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>16</sup> PEARCE - *Museums, objects and collections*, cit.13. p.38. (segundo tradução da autora do presente trabalho).



Apesar de o assunto ser abrangente, Pearce sugere três áreas onde o pensamento, que é aplicado na *cultura material* em contexto museológico necessita de ser desenvolvido.

A primeira diz respeito à interpretação dos objectos, num sentido formal, e à identificação e desenvolvimento de abordagens filosóficas que podem frutuosa e ostentar sobre este processo.

A segunda gira em torno de uma compreensão da natureza das colecções, daquilo que são, o porquê de serem assim, e daquilo em que se podem tornar.

A terceira área considera a natureza, real e potencial, da interacção curador *versus* público.

Estruturalmente a *cultura material* entende-se assim em três dimensões:

- cronológica, manifestando-se em termos de processos evolutivos;
  - social, que produz diferença no interior de um mesmo conjunto humano, sendo possível observar níveis de *cultura material* que separam os grupos sociais, uma vez que a *cultura material*, neste conceito de colectividade, contrapõe-se sobretudo à individualidade.
- Quando se investiga a cultura material de uma sociedade, está-se assim a averiguar para um sistema completo, auto-contido e auto-mantido.
- espacial, dada a topologia das transformações naturais e seus resultados visíveis.

Pode-se assim concluir que *“a noção de cultura material é heterogénea e rica em matrizes e isso explica em parte porque será tão difícil dar-lhe uma definição. Com efeito, a expressão que a designa, que é, necessariamente, uma abreviatura, reúne e resume bastante bem numerosos elementos diversos, que são outras tantas opções científicas tomadas pelos especialistas que recorrem a esta noção.*

*Em primeiro lugar, demasiadas vezes se ignora o facto de que a cultura material é, antes de mais, tal como o seu nome indica, uma cultura. Nessa qualidade, possui dois dos seus aspectos principais: a colectividade (oposta à individualidade) e a repetição (por oposição ao acontecimento) dos fenómenos que a compõem, o que, em qualquer ciência, define uma importante situação epistemológica e, por conseguinte, opções ideológicas e metodológicas. Além disso esta aproximação cultural é determinada pela angularidade da materialidade, que foi a escolha para essa abordagem, tal como indica o adjectivo “material”.*

*Esta escolha da materialidade revela dois aspectos precisos: o apego aos fenómenos infra-estruturais como causalidade heurística e a atenção aos objectos concretos que explicam estes fenómenos; mesmo estes aspectos – sobretudo o primeiro – pressupõem orientações ideológicas e metodológicas evidentes e bem precisas<sup>17</sup>.*

A noção de cultura material, que surgiu nas ciências humanas e singularmente na história a seguir à formação da antropologia e da arqueologia e à preponderância praticada pelo materialismo

---

<sup>17</sup> BUCCAILE, cit. 1, p.25.



histórico, distancia-se do conceito de cultura, chamando a atenção para os materiais, técnicas e objectos concretos das actividades produtivas das sociedades.

Deste modo, o estudo da cultura material privilegia as massas em prejuízo das individualidades e das elites, e como tal dedica-se à compreensão não do acontecimento, mas sim dos factos repetidos:

*"Percebe-se assim como evoluiu sobretudo nos países da Europa Oriental, entre investigadores predispostos a considerar de modo especial a economia e o modo de produção. O homem também faz parte da cultura material; o seu corpo, enquanto transmissor semiótico é igualmente importante para recompor o quadro geral de uma cultura ou de uma civilização, tal como partindo de farrapos e moedas se pode delinear a cidade, a indústria e o comércio ou a troca, o tipo de consumo das várias classes da população. No entanto, os objectos materiais trazem consigo outras marcas inerentes às artes, ao direito, à religião, ao parentesco, que hoje já não são subvalorizados. Só considerando este quadro de conjunto se pode individualizar o estado de uma sociedade, o seu progresso e a sua evolução, vistos através dos utensílios. A cultura material tende, por fim, a lançar uma ponte para a imaginação do homem e para a sua criatividade e a considerar como suas três componentes fundamentais: o espaço, o tempo e o carácter social dos objectos. Embora seja ainda necessário defini-lo com mais exactidão e embora existam ainda nele algumas ambiguidades, o estudo da cultura material pertence à pesquisa histórica e com ela colabora através de um método próprio para reexaminar as espirais inerentes a todas as ruínas do passado."*<sup>18</sup>

Pode-se concluir que a *cultura material* sofreu a influência das rápidas e subtis modificações epistemológicas que assinalaram as ciências humanas contemporâneas.

Aliás, ela própria se identifica com essas modificações, *"provando assim adaptar-se a uma conjuntura científica mutável; ao mesmo tempo, porém, através das variações desta última, conserva sempre uma grande estabilidade epistemológica, que demonstra as suas qualidades heurísticas precoces e permanentes no pensamento do nosso tempo. O paradoxo inerente a esta dupla constatação é, por isso, apenas aparente, visto qualidades e, em ambos os casos, somos levados a concluir que existe uma grande capacidade de adaptação da noção de cultura material às necessidades intelectuais da nossa época e, como ela se afirma de tal modo estável e simultaneamente sempre adaptável às exigências do momento, é bastante provável que corresponda a uma necessidade constante nas ciências humanas, e que a satisfaça."*<sup>19</sup>

Os objectos concretos são estes que, transmitindo da melhor maneira a *cultura material*, ocupam, pelo menos em parte, e alimentam com regularidade os campos de pesquisa.

---

<sup>18</sup> BUCCAILE, cit. 1, p.46 - 47.

<sup>19</sup> BUCCAILE, cit. 1, p.12.



Para isso é indispensável o conhecimento simultâneo dos objectos materiais – as suas dimensões, formas, matéria e, indirectamente, os seus modos de fabrico – e a sua proveniência exacta, de modo a reconstruir ou explicar o ambiente que os originou,

Essa interpretação, ou pelo menos uma conceptualização do significado do objecto, é realmente só o início do processo de utilização da cultura material.

A investigação da cultura material difere de outros tipos de investigações antropológicas de várias maneiras. Objectos são não - reactivos, ou seja, eles não mudam no decorrer da investigação; o humano, por outro lado, pode reagir e mudar durante o processo de investigação. O procedimento de investigação é replicável porque são objectos não reactivos. Os objectos são duradouros, e continuam a existir mesmo quando a sua cultura de origem há muito tempo já partiu<sup>20</sup>.

O objectivo de investigação da cultura material é o de interpretar e reconstruir a cultura material no seu contexto cultural e de integrar as conclusões no estado geral de investigação.

Apesar dessa constatação, alguns dos campos de estudo da antropologia, como o da leitura descritiva de objectos, inspirou no historiador uma relevante dimensão de pesquisa por promover questionamentos acerca do aspecto social da cultura material. Entretanto, cumpre ressaltar que o fazer histórico tem de tratar a cultura material de forma que tal dimensão do processo cultural seja problematizada, e não apenas interpretada pela dimensão sincrónica e análise “científica”, uma vez que deste modo não focaria a diversidade e as contradições do homem em sociedade, que a história social visa perceber - intenções, possibilidades e potencialidades do complexo cultural.

## Conclusão

Através da presente exploração do conceito de cultura material, e numa tentativa de delinear a sua evolução na multiplicidade de perspectivas expostas por diferentes autores, pode-se pois concluir que os sub-estudos de cultura material abrirão caminho a uma aproximação mais abrangente do seu objecto de estudo mais comum - o artefacto.

Cada objecto enquanto produto de relações humanas, de processos técnicos e circunstâncias socioculturais distintas possui uma carga informativa única e distinta de todos os outros, apresentando-se como parte constituinte de um conjunto com o qual estabelece relações de âmbito económico, social, político, científico ou mesmo religioso, que estabelecem o seu próprio contexto.

Deste modo, os objectos e os seus contextos caracterizam a cultura material, a qual representa uma importante fonte de informação para o estudo de culturas passadas ou actuais e é actualmente o epicentro de muitos estudos museológicos.

Qualquer definição do significado de "cultura material" será inevitavelmente incompleta, quer pelo carácter transdisciplinar desta disciplina, quer pela sua constante evolução indexada à sociedade ou grupo alvo visado.

---

<sup>20</sup> EIGHMY - *The use of material culture in diachronic anthropology*. In GOULD, R. (ed) - "Modern Material Culture: The Archaeology of US".1981. p. 32, 33 e 49.



## 2 – OBJECTOS E COLECÇÕES:

### A CONSTRUÇÃO DE SIGNIFICADOS EM CONTEXTOS MUSEOLÓGICOS

O objecto não está disponível para todos os significados possíveis atribuídos em qualquer altura, uma vez que os significados atribuídos a um objecto são limitados, ou fechados.

O sentido é uma criação social, e não está directamente relacionado com uma realidade física. Susan Pearce observa que, *“um sentido só pode representar o objecto e informar acerca dele. Não pode fornecer equivalência com o nosso próprio reconhecimento desse mesmo objecto. E o sentido de um objecto é aquele com que pressupõe um reconhecimento a fim de se transmitir alguma informação adicional relativa a este último”*<sup>21</sup>.

Ou seja, o objecto é envolvido na interacção do sentido e significado.

O significado do próprio objecto pode variar de pessoa para pessoa, de momento para momento. Sem esta comunicação seria impossível, e a sociedade não poderia existir. A exigência de uma certa estabilidade do significado é de tal importância para a existência de uma sociedade do que o elemento de hábito ou continuidade do significado é um requisito básico.

Deste modo, se o objecto material existe na sociedade apenas como um sentido, que é uma realidade social criada, e é interpretada dentro de uma variação limitada dentro da realidade individual, então este conceito analítico diz-nos algo mais sobre a compreensão do objecto. O objecto não existe sem a existência de uma interacção. Entendimento e reacção dialecticamente fundidos e mutuamente condição de ambos; um é impossível sem o outro<sup>22</sup>.

A estrutura de interacção seria a ponte entre realidade material ↔ realidade do grupo «-- e realidade individual, uma vez que não se pode entender directamente o objecto na sua essência física, mas apenas dentro de um grupo ou realidade social.

Susan Pearce<sup>23</sup> enumera duas estruturas principais de compreensão e “criação de sentido” do objecto, nomeadamente, uma que prevê uma interacção com base no discurso - paradigma discursivo - e outra com base na observação - paradigma observacional.

Segundo o paradigma discursivo a fim de se obter conhecimentos sobre um objecto ter-se-á de entrar numa interacção com ele. Ou seja o indivíduo e o objecto, têm de existir em alguma área espacial e temporal partilhada, e a interacção define o seu significado no momento.

<sup>21</sup> PEARCE, Susan (ed) - *Objects of Knowledge*. London: The Athlone Press, 1990. p.53. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>22</sup> PEARCE - *Objects of Knowledge*, cit. 21. p. 57.

<sup>23</sup> PEARCE - *Objects of Knowledge*, cit. 21, p. 58.



O significado aparece através da mediação do sentido entre o objecto e quem o interpreta, não existindo significado antes da respectiva interacção.

O paradigma observacional considera que o significado do objecto existe apenas no objecto e que é completamente mensurável por meio imparcial.

Se analisar-se um bem cultural dentro do paradigma observacional, considerar-se-á que tanto o conteúdo cultural como o conteúdo material poderá ser totalmente compreendido por um observador, mesmo que ele não seja um membro da sociedade em que se utiliza esse objecto como um sentido social. Essa compreensão do conhecimento espera que um observador receba o conhecimento, que é inerente ao objecto, de uma forma intacta.

Trata-se de um *“simples esquema de mecânica e análise empírica, que tem sido denominado de teoria científica, e que atesta que a natureza é transparente para a razão humana, e capaz de ser conhecida pela observação indutiva e objectiva do homem.”*<sup>24</sup>

Apesar de não concordar com a validade deste paradigma, Pearce é da opinião que existe um outro método analítico, que se preocupa com a compreensão do objecto, que vê o observador e o objecto como duas realidades autónomas, cada um em separado e sem nenhuma interacção interpretativa entre eles.

Esta teoria considera que existe uma realidade objectiva independente da observação, existindo o objecto antes de qualquer contacto como uma "unidade de conhecimento", isto é, um sentido. A única maneira de obter qualquer conhecimento deste objecto é, como observador, explorar a sua natureza material e social, sendo que o significado do objecto é equivalente ao seu conteúdo “medido”.

Sucintamente poder-se-ia então afirmar que o modelo discursivo é constituído pelo objecto e observador, enquanto unidades de formato interactivo, sendo que a interacção comunicativa ou expressão constituiria a base para o significado do objecto. Deste modo, poderá ser afirmado que este modelo de significado inclui o conceito de um canal comunicativo onde as duas unidades teriam entrado em existência articuladas e em interacção.

Por outro lado, no caso do "modelo observacional", ao nível da comunicação, este exigiria por um lado, um objecto estático e completo ao nível informativo; um observador de formato semelhante; e um canal de informação, que corresponderia a um dos sentidos, que ao longo do caminho comunicativo se iria mover, sem interferência, do objecto até ao observador.

Pearce conclui assim que existem diversos factores fundamentais a considerar sobre o significado dos objectos. Primeiro, um objecto existe com um sentido, que é um conceito definido e existe dentro de uma consciência de grupo. Em segundo lugar, esta definição existe como uma verdade social e não como uma verdade material, uma vez que a realidade material só é compreendida

---

<sup>24</sup> PEARCE - Objects of Knowledge, cit. 21, p. 61. (segundo tradução da autora do presente trabalho).



dentro de um quadro social. Terceiro, o significado só se torna existente no momento da interação. Se o sentido está fora do uso corrente, não tem qualquer sentido, significado social. E quarto, o significado do objecto é apenas específico dentro de um determinado grupo social, uma vez que o observador é sempre "fundamentado" numa determinada sociedade, que lhe fornece uma base conceptual, que ele usa para o desenvolvimento de significado. Os objectos não podem assim ser transferidos de sociedade para sociedade, mantendo o mesmo significado.

No que se refere ao estatuto dos objectos museológicos propriamente ditos, estes experimentaram uma deriva considerável ao largo do último meio século.

A partir dos anos 80, e sobretudo nos anos 90, não foi apenas uma "reaproximação" [...] dos pesquisadores de outros campos de conhecimento em relação ao mundo dos museus que ocorreu, mas também uma inflexão no olhar, uma redefinição dos objectos de pesquisa, uma flexibilização temática, uma alteração nos procedimentos metodológicos e uma nova compreensão. Do ponto de vista museológico, a ideia de pesquisa estava, antes dos anos 90, aposta à ideia de levantamento de dados sobre o objecto: nome, autoria, origem de fabricação, procedência, dimensões, identificação de marcas e inscrições, matéria-prima utilizada, técnica de confecção, descrição formal, história do objecto e, eventualmente, algum outro item<sup>25</sup>.

O objecto museológico passa a exercer uma função de "documento", uma vez que implicitamente detém no seu formato, informações cruciais a quem o interpreta, nomeadamente, tipo de técnica, de material, a época, o estilo, o contexto histórico, o valor material, entre outros aspectos.

O que acaba por criar uma gradação evolutiva no modo de organização museológica, fazendo obscurecer as problemáticas históricas inerentes ao conjunto de peças que compõem um museu. Uma vez que os objectos não se classificam por si, mas a sociedade com suas aspirações os nomeiam de acordo com suas estruturas físicas, os seus aspectos funcionais e a sua referência sociocultural diante do poder aquisitivo de quem os possui, os possuiu ou os possuirá.

Mas o objecto enquanto documento há que o ler e o saber interpretar. Os objectos são potencialmente um rico arsenal de dados sobre os homens que os fizeram, as necessidades que cobriram ou as crenças que serviram, constituindo o complemento ou contraponto dos textos escritos.

Associadas a uma tendência da transgressão sugerida por um determinado número de experiências, algumas delas associadas às correntes das chamadas novas museologias. Três debates ilustram esta evolução. A primeira conjuntura afecta a especialização das instituições culturais num tipo concreto de colecção: publicações/biblioteca e objectos/museu.

---

<sup>25</sup> CHAGAS, Mário. - *Pesquisa & comunicação: mútuo desafio. Anais do IV Seminário sobre Museus-Casas: Pesquisa e Documentação*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa/Ministério da Cultura, 2002. p. 74.



As próprias fórmulas de tratamento museológico do património multiplicaram-se significativamente, desde a diversificação dos suportes admitidos numa colecção museológica em conjunto com a cultura material.

Ao contrário dos documentos escritos, os objectos parecem imediatamente acessíveis, já que pode-se dizer que, ao contrário, daqueles esses “ensinam” directamente, bastando, para tanto, olhá-los. E pode-se também pensar que os objectos têm o seu conteúdo mais directamente aprendido porque são a materialização de processos sociais.

Segundo Susan Pearce *“um modo de frisar a centralidade social dos objectos é dizer que eles são inscrições intencionais no mundo físico que corporificam significações sociais: pode-se também dizer que se as ideias sociais não existem sem um conteúdo físico, os objectos carecem de significação sem um conteúdo social: ideia e expressão não são duas partes separadas, mas a mesma construção social. Uma das implicações desta formulação é revelar o papel dos objectos na reprodução social, ou seja, no processo contínuo que capacita uma sociedade a seguir sendo o que é.”*<sup>26</sup>

Reunidos nos museus, os objectos acabam por se transformar numa espécie de resumo da sociedade onde se encontram instaladas essas instituições. Condensando também as qualidades e defeitos dessa mesma sociedade, os museus acabam aparecendo como grandes documentos, cujo discurso é escrito pelos objectos que acumula e que possibilitam acompanhar essa sociedade no tempo, induzindo a lembrança.

Os objectos podem assim ser concebidos como *“elementos portadores de valores culturais. Sabe-se que antes de ser construído, o objecto foi pensado; a técnica antes de ser modelada, foi adquirida, foi concebida como possibilidade. A sua análise revela aspectos multifacetados e as suas mensagens podem ser decodificadas na medida em que se os inclua em contextos significativos, de maneira a criar o jogo de correspondências entre as diferenciações formais e seus significados funcionais, estilísticos, simbólicos, económicos, sociológicos, étnicos, etc.”*<sup>27</sup>

O conceito de “objecto museológico” para Susan Pearce baseia-se na distinção de quatro “níveis” de dados: (1) propriedades estruturais; (2) propriedades funcionais; (3) contexto; e (4) significado. As *propriedades estruturais* implicam as características físicas do objecto. Alguns usos comuns do termo “objecto” referem-se a este nível de informação. *Propriedades funcionais* referem-se ao uso (potencial ou realizado) do objecto. O contexto refere-se ao ambiente físico e conceptual do objecto. Finalmente, o *significado* é o significado e valor do objecto.

<sup>26</sup> PEARCE - *Museums, objects and collections*, cit.13, p. 52. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>27</sup> RECA, M. M. – *Le objecto y la construccion de sentido em colecciones etnográficas*. *Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia*. São Paulo, 1996. p. 269.



Partindo de uma abordagem semelhante ao objecto como portador de dados, Maroevic (1983) desenvolveu um modelo de objecto como sinal triplo. O primeiro nível é o *objecto como documento*. Este nível refere-se à soma dos dados enquanto "veículos" do processo de comunicação. Este é o nível do *objecto como mensagem*. Esta mensagem só pode ser realizada sob certas condições. Desde que a mensagem resulte da interacção do objecto como documento e o assunto como transmissor, o objecto pode ser o portador de muitas mensagens diferentes. O terceiro nível é o nível do *objecto como informação*. Este nível refere-se ao impacto e ao significado da mensagem.

O primeiro nível incide sobre a soma dos dados incorporados no objecto. Este montante total é o resultado de um processo histórico da reconstrução do objecto, por meio de categorias de informações. Assim, a listagem "sincrónica" das categorias de dados é completada por uma série de identidades "diacrónicas". Na biografia de artefactos, três fases podem ser distinguidas: (1) fase conceptual, (2) fase factual, (3) fase verdadeira/actual/efectiva/vigente.

A primeira fase é a ideia do construtor. Esta ideia está relacionada com o contexto conceptual do fabricante, isto é, de facto, o objecto potencial. As outras fases referem-se ao objecto realizado. A fase factual refere-se ao objecto como era previsto pelo construtor, logo após a conclusão do processo de produção. O conjunto de dados emergentes como a soma desses três níveis constitui a *identidade factual* do objecto.

Durante a sua vida história, o objecto muda. Em geral pode-se dizer que o seu conteúdo informativo vai crescendo, embora muitas vezes uma erosão da informação também ocorra. O resultado da acumulação de informações sobre todos os níveis constitui a *verdadeira/ actual/ efectiva/vigente identidade*: o objecto como nos é apresentado actualmente.

Para além desta distinção, parece útil fazer a distinção entre *identidade estrutural* (incluindo ambas estrutura e aparência) e *identidade funcional*. Existe uma relação estreita entre a identidade estrutural (forma) e identidade funcional (função). Ambos os aspectos são as expressões da *identidade conceptual*, desde que o construtor destine um determinado valor de uso, ou função.

A distinção conceitual entre identidade conceptual e identidade estrutural é igualmente relatada por Swiecimski, que fala sobre *objecto conceptual* (aqui identidade conceptual) e *objecto autêntico* (aqui identidade real). A identidade factual é descrita por ele como "a forma original do objecto autêntico " (Swiecimski, 1982, 43).

O próprio visitante constrói significados sobre os objectos que vê no museu usando entre outras estratégias interpretativas, a influência social da comunidade a que pertence, bem como influências de origem política, na medida em que é influenciado pelo contexto sociocultural em que o visitante se insere, os meios e oportunidades de que dispôs ao longo da sua vida, os seus conhecimentos e ideias, atitudes e valores.



O objecto neste sentido comporta como uma espécie de abreviação visual, que se pode ou não ser capaz de se ler, de acordo com o nosso nível de experiência. Tais leituras e respostas podem depender da memória social ou pessoal que o objecto pode desbloquear e revelar. Neste haverá também algumas dependências de relevância. Assim, só poderão ser objectos de significado real, enquanto as coisas que simbolizam tenham algum significado e valor. Além disso, o ambiente no qual o objecto é encontrado pode acrescentar, ou desvalorizar, a leitura do mesmo e as conclusões retiradas. O campo/área aqui é carregado com preconceitos e com emoções, e é reordenado de acordo com o tempo, experiência e ambiente/meio. Portanto, dependendo do esquema ou lugar do objecto, em determinadas circunstâncias, poderá ser evocada a experiência, empatia ou simpatia, satisfação ou aversão do observador com o material em mãos. Devido a isto, a visão torna-se sujeita a influências e dependente de fontes externas, em especial as experiências pessoais.

Como resultado, o significado de um objecto será submetido a um número de diferentes deslocamentos de sentido e leitura, desde a sua criação à sua derradeira destruição ou perda, e mesmo fora dela.

Relativamente ao status do objecto no museu e na exposição, pode-se entender sintetizadamente nos *Cadernos de Museologia: A construção do objecto museológico* apresentados por Mário Canova Moutinho<sup>28</sup>, quatro maneiras de entender o objecto museológico, segundo Ulpiano Bezerra de Meneses<sup>29</sup>, e segundo a interpretação de Susan Pearce:

**“Objecto fetiche** – a característica mais comum do objecto na colecção e, portanto, do papel desempenhado na sua exposição é a sua fetichização. Assim, a fetichização ou reificação consiste em deslocar atributos do nível das relações entre os homens e apresentá-los como se eles derivassem dos objectos, autonomamente. (...)

**Objecto metonímico** – O objecto metonímico perde o seu valor documental, pois passa a contar com um valor predominantemente emblemático. (...)

**Objecto metafórico** – O uso metafórico do objecto, numa mera relação substitutiva de sentido, embora menos nocivo que o anterior, leva igualmente a exposição a reduzir-se a uma exibição de objectos que apenas ilustram problemas formulados independentemente deles. Ora, com isto perde-se o que seria vantagem específica do museu e seu recurso mais poderoso o trabalho com o objecto. (...)

**Objecto no contexto** – A consideração banal e corrente de que o objecto descontextualizado é objecto desfigurado, tem colocado, licitamente, a questão do contexto e a necessidade de introduzi-lo na exposição. Estranhamente, porém, não se tem visto qualquer esforço na conceituação do objecto. Por isso, tem-se tomado como solução imediata, pronta e acabada, e

<sup>28</sup> Professor da disciplina “Formas e Meios de Comunicação” do Curso de Pós-Graduação em Museologia Social, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

<sup>29</sup> MENESES, cit. 8, p. 7 - 9.



*mera reprodução do contexto enquanto aparência, isto é, recorte empírico que, como tal, precisaria ser explicado, pois não é auto-significante.”*

Incorrendo-se assim numa distorção e desarticulação dos contextos, espaços, tempos e significados inerentes ao objecto.

*“ A forma de um objecto que vemos, contudo, não depende apenas da sua projecção retiniana num dado momento. Estritamente falando, a imagem é determinada pela totalidade das experiências visuais que tivemos com aquele objecto ou com aquele tipo de objecto durante toda a nossa vida, pelo que temos de integrar, o papel da memória na criação das matrizes do imaginário, que em última análise condicionam a criatividade.”<sup>30</sup>*

### **Conclusão**

Os objectos museológicos vêm adquirindo suma importância nos processos de construção e afirmação de memórias, identidades e auto-imagem de grupos ou nações, e os próprios museus enquanto instituições que existem para interpretar os objectos do passado e do presente, deverão ser os primeiros a considerar um dos factores cruciais ao nível da significação do objecto, nomeadamente a ocorrência de que os seus visitantes/observadores construirão uma significação sobre os objectos patentes tendo por base entre outras estratégias interpretativas a influência social da comunidade a que pertencem.

Deste modo, o objecto, elemento nuclear das colecções, não se encontra pois circunscrito a um significado indissociável no tempo, assim como o seu sentido não está directamente relacionado com a sua essência física mas com a realidade social criada, interpretada dentro de uma variação limitada como é a realidade do observador.

Para a captação desse "sentido" ter-se-á sempre de enquadrar o indivíduo e o objecto numa relação partilhada no tempo e no espaço que resultará no seu significado à altura dessa partilha.

---

<sup>30</sup> ARNHEIM, Rudolf – *Arte e Percepção Visual*. In MOUTINHO, Mário Canova – "Cadernos de Museologia: A construção do objecto museológico". S. Paulo: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Centro de Estudos de Sócio-Museologia, 1994. p. 22.



## PARTE II – A CIÊNCIA, A MEDICINA E A MUSEOLOGIA

*“Ninguém pode forçar a mudança. Ela tem de ser vivenciada. A menos que se invente meios onde as mutações de paradigma possam ser vivenciadas por um grande número de pessoas, a mudança continuará a ser um mito.”*

Eric Trist



## 1 – OS PARADIGMAS CIENTÍFICOS – DINÂMICAS DA CIÊNCIA

De uma forma geral a aplicação do término “paradigma” provém do sentido que se generalizou a partir da obra de Thomas Kuhn, *"A Estrutura das revoluções científicas"*, - representação de um modelo ou padrão a ser seguido - mas provavelmente e de uma forma generalizada as pessoas desconhecem as diferentes acepções que pode ter esta palavra, apesar de em vários níveis ao longo da vida serem guiados pelos próprios paradigmas, pelos padrões que orientam e limitam a sua forma de estar.

Apesar de não se estar em presença de um tema encerrado, qual então o conceito do termo “paradigma”?

Procedendo-se à consulta em dicionários enciclopédicos clássicos encontrar-se-á duas interpretações fundamentais associadas ao termo paradigma:

a) Interpretação correspondente ao campo da *Filosofia*, em que o conceito de “paradigma” – exemplo/modelo/ referências a serem seguidas – se encontra associado à filosofia platónica que designa o mundo exemplar das ideias, de que participa o mundo sensível, distinta à concepção aristotélica da palavra “exemplo”.

Na filosofia grega, “paradigma” era encarado como a afluência de um pensamento, uma vez que só através de várias reflexões sobre o mesmo assunto é que se chegaria a uma conclusão final ou partindo da sua intuição, à representação sensível até à representação intelectual.

b) Interpretação relativa à área da *Linguística*, entendendo o “paradigma” como um modelo de tipo de flexão nominal e verbal (declinação e conjugação) aplicável a uma mesma classe de palavras, como por exemplo o paradigma de uma conjugação verbal<sup>31</sup>.

*“Conjunto de elementos similares que se associam na memória e que assim formam conjuntos relacionados ao significado (semântico). Distinguindo-se do encadeamento sintagmático de elementos, ou seja, relacionando sintagma enquanto rede de significantes.”*<sup>32</sup>

O significado deste termo poder-se-á também estender ao léxico e à semântica.

No entanto, ao proceder-se a uma pesquisa na literatura remetente para esta área poder-se-á encontrar posicionamentos diversificados:

---

<sup>31</sup> OLIVEIRA, Leonel Moreira de (Cord. Editorial) - *Moderna Enciclopédia Universal*. Lexicoteca. Lisboa: Circulo de Leitores, Lda, 1987. Tomo IV.

<sup>32</sup> SAUSSURE, Ferdinand de - *Cours de Linguistique Générale*. Geneva: Grande Bibliotheque Payot, 1915.



*"Um paradigma é um determinado marco desde o qual olhamos o mundo, o compreendemos, o interpretamos e intervimos sobre ele. Abarca desde o conjunto de conhecimentos científicos que imperam numa época determinada até às formas de pensar e de sentir num determinado lugar e momento histórico."*<sup>33</sup>

*"Um paradigma pode esquematicamente definir-se como a visão do mundo dominante de uma cultura. Mais precisamente, é uma constelação de conceitos e teorias que, juntas, formam uma particular visão da realidade. Dentro do contexto de um determinado paradigma, certos valores e práticas são compartilhadas de modo que se transformam em base dos modos em que a comunidade se organiza em si mesma.*

*Um paradigma, sucintamente, é um sistema de crenças que mantêm juntas uma cultura."*<sup>34</sup>

*" Conjunto compartilhado de suposições. É a maneira como percebemos o mundo. O "paradigma" explica-nos o mundo e ajuda-nos a perceber o seu comportamento"*<sup>35</sup>.

Na obra de Thomas S. Kuhn - "A estrutura das revoluções científicas"- emerge um contraste entre duas concepções e perspectivas acerca da ciência. A perspectiva historicista de Kuhn, segundo a qual a ciência deverá ser entendida como uma actividade concreta, que se dá ao longo do tempo, e que em cada época histórica apresenta peculiaridades e características próprias, considerando assim oportunos da ciência os aspectos históricos e sociológicos que rodeiam a actividade científica e que a influenciam, e não apenas os aspectos lógicos e empíricos, como defendia o modelo formalista, segundo o qual a ciência é entendida como uma actividade completamente racional e controlada.

Kuhn mostra que a ciência não é somente um contraste entre as teorias e a realidade, mas que há diálogo, debate, e também tensões e lutas entre os proponentes de paradigmas opostos, pois não existe forma de se alhearem de todos os paradigmas de forma a compará-los objectivamente, uma vez que estarão sempre imersos num dos "paradigmas" e conforme o mesmo interpretarão o mundo que os rodeia - *"na ciência um paradigma é um conjunto de realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante certo tempo proporcionam modelos de problemas e soluções a uma comunidade científica"* (Kuhn, 1989).<sup>36</sup>

<sup>33</sup> Disponível em [www.d-lamente.org/cev/paradigma1y2.htm](http://www.d-lamente.org/cev/paradigma1y2.htm). [Consult. em 13 Março de 2008].

<sup>34</sup> GLENN, Perry - *En Astrología Vs Ciencia: ¿Cómo conocemos lo que pensamos que conocemos?*. Disponível em [www. Henciclopedia.org.uy](http://www.Henciclopedia.org.uy). [Consult. em 13 Março de 2008].

<sup>35</sup> SMITH, Adam - *Powers of the Mind*. Random House: Ballantine Books, 1979. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>36</sup> KUHN, Thomas S. – *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.



A noção de “paradigma” é assim normalmente utilizada para estabelecer uma diferenciação entre dois momentos ou dois níveis do processo de conhecimento científico (Kuhn, 1989).

Para um entendimento mínimo do que significa essa noção, pode-se conceituar que se está na presença de um “paradigma” quando um amplo consenso na comunidade científica aceita os avanços conseguidos com um modelo, criando-se soluções universais, devendo entender-se por “comunidade científica” o conjunto de cientistas que compartilham um mesmo “paradigma” e realizam a mesma actividade científica.

No entanto, o autor distingue na sua obra duas formas principais de uso da palavra “paradigma”. Por um lado, o “paradigma” concebido como uma nova forma aceite de resolver um problema na ciência, que mais tarde é utilizada como modelo para a investigação e para a formação de uma teoria. Por outro lado, o “paradigma” concebido como um conjunto de métodos, regras e generalizações utilizadas conjuntamente pela comunidade científica para realizar o trabalho científico de investigação, que se modela através do “paradigma” como resultado.

A noção de paradigma científico - entendendo-se como tal modelos, teorias, conceitos, pressupostos e estruturas e/ou compreensões do mundo de várias comunidades científicas - foi essencial para Kuhn compor o seu argumento alusivo à cedência de uma estrutura conceptual por outra, durante o que designou de *revolução científica* – “episódios extraordinários nos quais ocorre essa alteração de compromissos profissionais”. Sendo assim os complementos desintegradores da tradição à qual a actividade da *ciência normal* está ligada.

Para além disso, o autor acreditava que, durante períodos de *ciência normal*, os membros de uma comunidade científica amadurecida trabalham a partir de um único paradigma ou conjunto de paradigmas estreitamente relacionados<sup>37</sup>. Esta tenacidade na adesão “quase-dogmática” a um paradigma, manifesta-se, principalmente, na resistência a qualquer manifestação externa e contrária ao paradigma dominante, o qual proporciona linhas de investigação que se relevam continuamente frutuosas. Esta fase ocupa a maior parte da comunidade científica, consistindo na comprovação da solidez do paradigma no qual se baseia, pois sem o compromisso com um paradigma não poderia haver ciência normal.

A comunicação e o trabalho científico prosseguem assim sem percalços até que ocorram anomalias/ fenómenos novos e insuspeitos que subvertam a tradição, determinantes para uma mudança de uma teoria para a outra, ou que uma nova teoria ou modelo seja proposto, sem nenhuma possibilidade de comunicação entre teorias, exigindo que se entenda conceitos científicos tradicionais de novas maneiras, e que se rejeite velhos pressupostos substituindo-os por novos.

---

<sup>37</sup> KUHN, cit. 36, p. 24 e 204.



Convém como é obvio lembrar que o valor atribuído a um novo fenómeno varia de acordo com a estimativa da dimensão da violação das previsões do paradigma perpetuado por este; e que as descobertas das quais emergem novos tipos de fenómenos, relacionam-se com uma consciência prévia da anomalia e/ou uma emergência gradual e simultânea de um reconhecimento tanto no plano conceptual, como no plano de observação e consequente mudança das categorias e procedimentos paradigmáticos.

Para uma anomalia originar uma crise deverá realizar-se uma das seguintes situações: possuir uma importância prática especial; colocar em questão as generalizações explícitas e fundamentais do paradigma; ou o próprio desenvolvimento da ciência pode transformar numa fonte de crise uma anomalia que anteriormente não passaria de um incómodo<sup>38</sup>.

Convém no entanto realçar que *"a maior parte das anomalias é solucionada por meios normais; grande parte das novas teorias propostas demonstra efectivamente ser falsa. Se todos os membros de uma comunidade respondessem a cada anomalia como se esta fosse uma fonte de crise ou abraçassem cada nova teoria apresentada por um colega, a ciência deixaria de existir. Se, por outro lado, ninguém reagisse às anomalias ou teorias novas, aceitando riscos elevados, haveria poucas ou nenhuma revolução"*<sup>39</sup>.

O período pré-paradigmático é regularmente marcado por constantes debates a respeito de métodos, problemas e padrões de soluções legítimos. Isto porque a falta de uma interpretação padronizada ou racionalização completa a respeito daquele não impede que um paradigma oriente uma pesquisa.

Partindo do princípio que diferentes paradigmas partem de diferentes problemas e pressupostos, e que as revoluções científicas ocorrem durante aqueles períodos em que pelo menos dois paradigmas coexistem, um tradicional e pelo menos um novo, não existe pois uma medida comum que permita avaliá-los ou compará-los uns com outros, uma vez que existe uma carência de conceitos com significado comum entre teorias, característica à qual Kuhn chama de "incomensurabilidade":

*"uma das principais razões da incomensurabilidade entre teorias rivais está relacionada com a linguagem científica própria de cada paradigma. Dois científicos rivais utilizariam conceitos distintos, sobretudo em função do seu significado. Assim massa possuiria distintos significados quer para um newtoniano ou para um relativista.*

*Dois homens que percebem a mesma situação de maneira diferente, mas que apesar de isso empregam o mesmo vocabulário na sua discussão, usam as mesmas palavras de maneira diferente. Ou seja, eles falam do que é chamado pontos de vista incomensuráveis."*<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> KUHN, cit. 36, p. 115.

<sup>39</sup> KUHN, cit. 36, p. 231.

<sup>40</sup> KUHN, cit. 36, p. 190, 244 e 251.



O movimento de um paradigma para outro foi designado por Kuhn de *mudança de paradigma*. Se o novo modelo for aceito pela comunidade, então ocorre uma mudança de paradigma. O novo paradigma substituirá velhos pressupostos, valores, objectivos, crenças, expectativas, teorias, etc., e apresentará novos métodos de análise, bem como, deverá solucionar algum problema extraordinário, reconhecido como tal pela comunidade e que não possa ser analisado de nenhuma outra maneira, e ainda garantir a preservação de uma parte relativamente grande da capacidade objectiva de resolver problemas, conquistada pela ciência com o auxílio dos paradigmas anteriores<sup>41</sup>.

Kuhn discrimina três formas de término de uma *crise*:

- a *ciência normal* acaba revelando-se capaz de solucionar o problema que provoca a *crise*;
- o problema persiste até a novas abordagens aparentemente radicais, concluindo-se que nenhuma solução para o *problema* poderá surgir no estado actual de estudo;
- a *crise* termina com a emergência de um novo candidato a *paradigma* e com a contenda para a sua aceitação;

Deste modo, o progresso da ciência está relacionado e marcado pelas *revoluções* do pensamento científico - episódios de desenvolvimento não cumulativo, nos quais um paradigma mais antigo é total ou parcialmente substituído por um novo, incompatível com o anterior<sup>42</sup>. Tais revoluções são definidas como "*o momento de desintegração do tradicional numa disciplina, forçando a comunidade de profissionais a ela ligados a reformular o conjunto de compromissos em que se baseia a prática dessa ciência*"<sup>43</sup>.

Não obstante, a "crise" supõe a proliferação de novos paradigmas, em princípio provisórios, e em competição entre si, com vista a resolver questões problemáticas e de impor-se como o enfoque mais adequado - "*é exactamente porque a emergência de uma nova teoria rompe com uma tradição da prática científica e introduz uma nova dirigida por regras diferentes, situada no interior de um universo de discurso também diferente, que tal emergência só tem probabilidade de ocorrer quando se percebe que a tradição anterior equivocou-se gravemente*"<sup>44</sup>.

Frequentemente, um novo paradigma emerge antes que uma crise esteja bem desenvolvida ou tenha sido explicitamente reconhecida.

---

<sup>41</sup> KUHN, cit. 36, p.212.

<sup>42</sup> KUHN, cit. 36, p.130.

<sup>43</sup> KUHN, cit. 36, p.112.

<sup>44</sup> KUHN, cit. 36, p.117.



No entanto, uma das condições que permitirá que a nova proposta de paradigma possa triunfar é a necessidade de ela conquistar alguns simpatizantes iniciais, que o desenvolverão até ao ponto que argumentos objectivos possam ser produzidos e multiplicados<sup>45</sup>.

Analisando a questão, pode-se afirmar que existem para Kuhn três tipos de diferenças entre dois paradigmas rivais:

- 1) diferentes problemas por resolver e, inclusive diferentes concepções e definições da ciência de que se ocupam;
- 2) diferenças conceptuais entre ambos paradigmas, ligadas à diferente linguagem teórica e à distinta interpretação ontológica dos dados analisados;
- 3) diferente visão do mundo: os defensores de distintos paradigmas não percebem o mesmo. Os dois grupos vivem em mundos diferentes.

No entanto, quando um novo paradigma é proposto, muito dificilmente resolve mais do que alguns problemas com os quais se defronta, daí que poderá ocorrer o facto de dois paradigmas científicos disputarem o espaço de hegemonia da construção do conhecimento, durante largos períodos da história da ciência e das sociedades -

*"a transição de um paradigma em crise para um novo, do qual pode surgir uma nova tradição de ciência normal, está longe de ser um processo cumulativo obtido através de uma articulação do velho paradigma. É antes uma reconstrução da área de estudos a partir de novos princípios, reconstrução que altera algumas das generalizações teóricas mais elementares do paradigma, bem como muitos dos seus métodos e aplicações"*<sup>46</sup>.

O paradigma precedente passa assim a um estado de crise de credibilidade científica, enquanto o modelo paradigmático emergente ainda não é aceite pela comunidade científica internacional. A sua assimilação requer a reconstrução da teoria precedente e a reavaliação dos factos anteriores. Nesse caso o paradigma começa a ser colocado em questão e a comunidade científica considera se essa será a forma mais correcta de abordar os problemas ou se o paradigma deverá ser abandonado, sendo que, somente se produz uma revolução científica quando um dos novos paradigmas substitui o paradigma tradicional, e que uma comunidade científica ao adquirir um paradigma, adquire igualmente um critério para a escolha de problemas que, enquanto o paradigma for aceite, poder-se-á considerar como dotados de uma solução possível.

A cada revolução o ciclo inicia de novo e o paradigma que foi instaurado dá origem a um novo processo de ciência normal.

Para Thomas Kuhn a unidade de análise recai assim na *mudança de paradigma*, não tendo a nova teoria de refutar a anterior, podendo ser uma alternativa, um novo modelo ou teoria modelo,

---

<sup>45</sup> KUHN, cit. 36, p.199.

<sup>46</sup> KUHN, cit. 36, p.116



apesar de que para ser aceite como paradigma, uma teoria deverá apresentar-se como um melhor marco para a resolução de problemas, embora não precise de explicar todos os factos com os quais pode ser confrontada.

Já segundo a perspectiva de Karl Popper<sup>47</sup> a dinâmica da ciência incide na refutação de teorias, ou seja, as teorias ou conjecturas “morrem” quando se descobre uma nova teoria que contesta a anterior, recaiando, aí sim, o motor do progresso científico, negando deste modo a existência de qualquer procedimento de verificação.

Por outro lado, para Kuhn existem dois momentos na ciência - Normal e Revolucionária – devendo a comunidade científica (encarando-a como revolucionária) investigar numa direcção divergente para romper paradigmas, ou para acumular conhecimentos sobre a base de uma teoria (investigação convergente).

Segundo o autor existem apenas três focos normais para a investigação científica dos factos:

- 1º Classe de factos que o paradigma mostrou ser particularmente revelador da natureza das coisas, ou seja redeterminação de categoria de factos anteriormente conhecida;
- 2º Fenómenos que embora frequentemente sem muito interesse intrínseco, podem ser directamente comparados com as predições da teoria do paradigma, aperfeiçoando novas áreas nas quais a concordância possa ser demonstrada, resolvendo algumas das suas ambiguidades e permitindo a solução de problemas para os quais ela anteriormente teria só chamado a atenção;
- 3º Espécie de experiência que visa a articulação de um paradigma, predominando especialmente naqueles períodos relacionados mais com aspectos qualitativos do que quantitativos.

Popper argumentou que a ciência normal não é tão importante no desenvolvimento do conhecimento científico, afirmando que os verdadeiros científicos são revolucionários em todos os momentos, caso contrário deverão ser considerados como simples *pseudo-científicos*. O principal problema para Karl Popper foi encontrar uma regra de demarcação entre ciência e não ciência ou pseudo-ciência, que lhe permitisse evitar o problema da indução e da verificação. O autor propôs como solução a este problema a "falseabilidade" que consiste, essencialmente, na aquisição de conhecimento através da refutação de conjecturas previamente formuladas, afirmando que só é científica aquela teoria que possa ser falseável, refutável. Ou seja, que a teoria científica será sempre conjectural e provisória, gozando apenas do estatuto de uma teoria não contrariada pelos factos, uma vez que não é possível confirmar a veracidade de uma teoria pela simples constatação de que os resultados de uma previsão efectuada com base naquela teoria se verificaram. Trata-se assim de um processo subsequente e separado, que consiste no triunfo de um novo paradigma sobre um anterior.

---

<sup>47</sup> POPPER, Karl – *A Lógica da Pesquisa Científica*. São Paulo: Cultrix, 2000.



Este argumento de Popper levantou críticas contundentes relativamente a esse aspecto, pois ao afirmar que toda e qualquer teoria deve ser falseável e que todo e qualquer fracasso na tentativa de adaptar teorias e dados fosse motivo para a rejeição de teorias, todas as teorias deveriam ser sempre rejeitadas, aplicando-se então essa premissa à própria teoria da falseabilidade popperiana. Para Popper a verdade é inalcançável, todavia devemos aproximar-nos dela por tentativas, sendo o estado actual da ciência sempre provisório.

Portanto, a falseabilidade deve ser falseável em si mesma. Diante dessa evidente necessidade - sob a pena de sua teoria ser não-universal e portanto derogada pela sua imprecisão - poderá existir proposições, em que a falseabilidade não é aplicável.

Na análise que Kuhn faz do crescimento científico, a ênfase dirige-se mais para a descrição histórica que para a metodologia normativa, como no caso de Popper ou do positivismo lógico. Decidir rejeitar um paradigma é sempre decidir simultaneamente aceitar outro e o juízo que conduz a essa decisão envolve a comparação de ambos os paradigmas com a sua natureza, bem como a sua comparação mútua.

Considerados estes factores, como se deve entender o progresso na ciência?

A proposta de Kuhn é que o progresso, estritamente falando, só se produz nas fases de ciência normal, mas não se pode falar de um progresso continuado, porque as revoluções científicas não são senão rupturas dessa continuidade. Cada revolução marca, em certo sentido, um novo começo.

Esta perspectiva levará posteriormente a um relativismo radical segundo o qual não haveria forma de determinar qual, entre duas teorias, é a verdadeira pois que a verdade depende do paradigma a partir do qual se analisam os problemas. O próprio Kuhn se desmarcará posteriormente da interpretação da sua própria teoria nesse sentido.

Já na óptica de Popper, o progresso é entendido como uma marca distintiva do empreendimento científico, intimamente ligado ao seu carácter racional: *"o crescimento continuado é essencial ao carácter racional e empírico do conhecimento científico"*.

Segundo Boaventura de Sousa Santos, na sua obra "Um discurso sobre as Ciências", quando se procura analisar a situação das ciências no seu conjunto, *"a primeira imagem é talvez a de que os progressos científicos dos últimos trinta anos são de tal ordem dramáticos que os séculos que nos precederam - desde o século XVI<sup>48</sup>, onde todos nós, cientistas modernos, nascemos, até ao próprio século XIX - não são mais que uma pré-história longínqua."*

---

<sup>48</sup> Se recuarmos aos padrões da história da humanidade, constataremos que da antiguidade até o fim da Idade Média, o modelo seguido era de um Paradigma Religioso, onde a verdade existia em um plano superior, divino.



*Mas se fecharmos os olhos e os voltarmos a abrir, verificamos com surpresa que os grandes cientistas que estabeleceram e mapearam o campo teórico em que ainda hoje nos movemos viveram ou trabalharam entre o século XVIII e os primeiros vinte anos do século XX, de Adam Smith e Ricardo a Lavoisier e Darwin, de Marx e Durkheim a Max Weber e Pareto, de Humboldt e Planck a Poincaré e Einstein.”<sup>49</sup>*

É nesta análise do desenvolvimento científico, que o autor regista as dúvidas e as incertezas geradas por uma evolução científica, que se efectuou pautada num paradigma desenvolvido essencialmente no seio das ciências naturais.

Deste modo, Boaventura de Sousa Santos ao longo da sua obra analisa o paradigma dominante, desde a sua origem até à actualidade, apontando os sinais evidenciadores de um período de transição, que nasce com a utilização sistemática dos métodos científicos e racionais na busca do conhecimento, baseado na fragmentação e divisão da ciência, gerando uma profunda especialização do saber, no sentido de procurar um conhecimento objectivo, universal e determinista.

Constatar-se-á pois que de certa forma a característica mais marcante deste paradigma é uma confiança quase absoluta na capacidade de previsão da ciência, que resulta na convicção de que a explicação e previsão de todos os fenómenos estão ao seu alcance.

Deste modo, facilmente compreender-se-á o facto de a matemática ter-se constituído como o principal instrumento deste paradigma científico mas também como o seu próprio suporte lógico.

Ainda sob a óptica de Boaventura de Sousa Santos poder-se-á caracterizar a ciência moderna da seguinte forma:

*“Estávamos então em meados do século XVIII, numa altura em que a ciência moderna, saída da revolução científica do século XVI pelas mãos de Copérnico, Galileu e Newton, começava a deixar os cálculos esotéricos dos seus cultores para se transformar no fermento de uma transformação técnica e social sem precedentes na história da humanidade”<sup>50</sup>. Sendo que “o modelo de racionalidade que preside à ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI e foi desenvolvido nos séculos seguintes basicamente no domínio das ciências naturais. Ainda que com alguns prenúncios no século XVIII, é só no século XIX que este modelo*

---

Do final da Idade Média até o final da primeira metade do século XX, a humanidade passou ao Paradigma Científico/Moderno, onde a verdade está no mundo, regido por leis exactas. Começou a era das grandes descobertas, novos continentes, novos instrumentos científicos, em busca de novas verdades. O fim da Segunda Guerra Mundial é hoje visto como o marco, que tem sido chamado por alguns autores de Pós-Modernidade (Paradigma Sistémico), onde a verdade absoluta não existe, e o observador interfere no fenómeno observado.

<sup>49</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa - *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1996, 8ª edição. p. 2.

<sup>50</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.2.



de racionalidade se estende às ciências sociais emergentes. A partir de então pode falar-se de um modelo global de racionalidade científica que admite variedade interna mas que se distingue e defende, por via de fronteiras ostensivas e ostensivamente policiadas, de duas formas de conhecimento não científico (e, portanto, irracional) potencialmente perturbadoras e intrusas: o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos”<sup>51</sup>.

Sendo a **crise do paradigma científico dominante** o resultado interactivo de uma pluralidade de condições, Boaventura distingue as duas condições que considera prementes:

**a) Condições Teóricas,**

as quais “têm vindo a propiciar uma profunda reflexão epistemológica sobre o conhecimento científico.

Não é arriscado dizer que nunca houve tantos cientistas - filósofos como actualmente, e isso não se deve a uma evolução arbitrária do interesse intelectual. Depois da euforia cientista do século XIX e da consequente aversão à reflexão filosófica, bem simbolizada pelo positivismo, chegámos a finais do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de complementarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios”<sup>52</sup>.

**b) Condições Sociais,**

das quais ressalva que “quaisquer que sejam os limites estruturais de rigor científico, não restam dúvidas que o que a ciência ganhou em rigor nos últimos quarenta ou cinquenta anos perdeu em capacidade de auto-regulação. As ideias de autonomia da ciência e do desinteresse do conhecimento científico, que durante muito tempo constituíram a ideologia espontânea dos cientistas colapsaram perante o fenómeno global da industrialização da ciência a partir sobretudo das décadas de trinta e quarenta.”<sup>53</sup>

Tentando desenhar o perfil do **paradigma emergente** Boaventura começa por afirmar que falará de um paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente, ou seja, “a natureza da revolução científica que atravessamos é estruturalmente diferente da que ocorreu no século XVI. Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente)”<sup>54</sup>.

<sup>51</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.4.

<sup>52</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.11.

<sup>53</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.12.

<sup>54</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.14.



Esta crise do paradigma dominante, que está a destruir, progressivamente, as fronteiras disciplinares em que, arbitrariamente, a ciência tinha dividido a realidade, resulta de um conjunto de novos conhecimentos científicos, dos quais se podem destacar quatro descobertas fundamentais:

- a Relatividade da Simultaneidade de Einstein

Que veio alterar por completo a nossa noção de tempo e espaço, deitando por terra o tempo e espaço absolutos de Newton;

- o Princípio da Incerteza de Heisenberg

No âmbito da mecânica quântica este princípio veio demonstrar que não é possível observar sem alterar o objecto observado;

- o Teorema da Incompletude de Gödel

No domínio da matemática Gödel demonstrou que é possível formular proposições que não se podem demonstrar nem refutar seguindo as regras da lógica matemática;

- e a nova Abordagem da Complexidade em Sistemas Dinâmicos.

Esta abordagem que atravessa disciplinas tradicionais, contraria o mecanicismo clássico com conceitos como a auto-semelhança ou a dependência sensível das condições iniciais.

Deste modo, a tese do **paradigma emergente** que o autor defende, apesar de afirmar “*que os sinais nos permitem tão-só especular acerca do paradigma que emergirá deste período revolucionário mas que, desde já, se pode afirmar com segurança que colapsarão as distinções básicas em que assenta o paradigma dominante*”<sup>55</sup>, fundamenta-se na impossibilidade de continuidade da distinção entre ciências naturais e ciências sociais, considerando que:

### 1) Todo o conhecimento científico-natural é científico-social

“O conhecimento do paradigma emergente tende assim a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjectivo/objectivo, colectivo/individual, animal/pessoa. Este relativo colapso das distinções dicotómicas repercute-se nas disciplinas científicas que sobre elas se fundaram. Aliás, sempre houve ciências que se reconheceram mal nestas distinções e tanto que se tiveram de fracturar internamente para se lhes adequarem minimamente. Refiro-me a antropologia, à geografia e também à psicologia. Condensaram-se nelas privilegiadamente as contradições da separação ciências naturais/ciências sociais”<sup>56</sup>.

Sendo que, “à medida que as ciências naturais se aproximam das ciências sociais estas aproximam-se das humanidades. O sujeito, que a ciência moderna lançara na diáspora do

---

<sup>55</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.14.

<sup>56</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.15.



*conhecimento irracional, regressa investido da tarefa de fazer erguer sobre si uma nova ordem científica*<sup>57</sup>. Pelo que, *“a concepção humanística das ciências sociais enquanto agente catalisador da progressiva fusão das ciências naturais e ciências sociais coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo, no centro do conhecimento, mas, ao contrário das humanidades tradicionais, coloca o que hoje designamos por natureza no centro da pessoa”*.<sup>58</sup>

Revela assim que o novo paradigma deve ser construído com base numa nova racionalidade, que só se torna possível partindo-se de novas bases nas relações entre natureza, homem e sociedade.

## **2) Todo o conhecimento é Local e Total**

*“No paradigma emergente o conhecimento é total, tem como horizonte a totalidade universal de que fala Wigner ou a totalidade indivisa de que fala Bohm. Mas sendo total, é também local. Constitui-se em redor de temas que em dado momento são adoptados por grupos sociais concretos como projectos de vida locais (...) incentivando os conceitos e as teorias desenvolvidos localmente a emigrarem para outros lugares cognitivos, de modo a poderem ser utilizados fora do seu contexto de origem. Este procedimento, que é reprimido por uma forma de conhecimento que concebe através da operacionalização e generaliza através da quantidade e da uniformização, será normal numa forma de conhecimento que concebe através da imaginação e generaliza através da qualidade e da exemplaridade.”*<sup>59</sup>.

Deduzindo assim a necessidade de os novos valores éticos aliados à formulação de novos conceitos científicos serem adaptados às regiões onde serão utilizados, visando um desenvolvimento tecnológico que se harmonize com os novos valores.

## **3) Todo o conhecimento é Auto-Conhecimento**

*“Parafraseando Clausewitz, pode-se afirmar hoje que o objecto é a continuação do sujeito por outros meios. Por isso, todo o conhecimento científico é auto-conhecimento. A ciência não descobre, cria, e o acto criativo protagonizado por cada cientista e pela comunidade científica no seu conjunto tem de se conhecer intimamente antes que conheça o que com ele se conhece do real. (...)”*

*A razão por que privilegiamos hoje uma forma de conhecimento assente na previsão e no controlo dos fenómenos nada tem de científico. É um juízo de valor. A explicação científica dos fenómenos é a auto-justificação da ciência enquanto fenómeno central da nossa contemporaneidade. A ciência é, assim, autobiográfica.”*<sup>60</sup>.

<sup>57</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.16.

<sup>58</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.17.

<sup>59</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.18.

<sup>60</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.20.



Sugerindo que o homem assuma uma postura de auto -conhecimento, objectivando uma consciência de si e dos outros, responsável pelas suas acções, considerando as consequências que podem ter.

#### **4) Todo o Conhecimento Científico visa constituir-se em Senso Comum**

*“A ciência moderna produz conhecimentos e desconhecimentos. Se faz do cientista um ignorante especializado faz do cidadão comum um ignorante generalizado.*

*Ao contrário, a ciência pós-moderna sabe que nenhuma forma de conhecimento é, em si mesma, racional; só a configuração de todas elas é racional. Tenta, pois, dialogar com outras formas de conhecimento deixando-se penetrar por elas. A mais importante de todas é o conhecimento do senso comum, o conhecimento vulgar e prático com que no quotidiano orientamos as nossas acções e damos sentido à nossa vida. A ciência moderna construiu-se contra o senso comum que considerou superficial, ilusório e falso. A ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo”<sup>61</sup>.*

Numa inversão completa dos papéis definidos pelo paradigma dominante, agora é o senso comum que se considera a forma de conhecimento mais importante, pela sua natureza de orientar o quotidiano das sociedades.

E é exactamente com base nisto que o autor afirma que a construção do novo paradigma, deverá ser colectiva e envolver todos os segmentos sociais, a nível mundial, esperando-se que o novo modelo se infiltre em todas as áreas do conhecimento e do comportamento humano, estimulando o desenvolvimento de uma nova era na humanidade, a qual deverá estar aberta a aperfeiçoamentos<sup>62</sup>.

#### **Conclusão**

Apesar dos diversos avanços científicos e tecnológicos, verifica-se actualmente um contexto de crise mundial que atinge a sociedade em todos os seus aspectos - político, económico, social e cultural, demonstrando que as potencialidades dos paradigmas dominantes que orientaram a trajetória das sociedades até à actualidade se “esgotaram”, evidenciando-se a premência de um novo paradigma na apresentação de novos métodos de análise.

Sucintamente, e segundo Boaventura de Sousa Santos, o mesmo deverá ser fundamentado numa nova racionalidade, num novo conjunto de valores éticos e conceitos científicos e deverá objectivar o conhecimento científico enquanto auto-conhecimento, visando constituir o senso comum como a forma de conhecimento mais importante.

---

<sup>61</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.22.

<sup>62</sup> SANTOS, Boaventura de Sousa, cit. 49, p.2.



Deste modo, e no período actual de transição entre paradigmas, considera-se particularmente importante, do ponto de vista epistemológico, observar e entender o progresso da ciência, nomeadamente, no nosso caso concreto de estudo, no domínio da Medicina, registando as suas incertezas, diferentes ópticas de dinâmica, refutações e verificação de teorias e conjecturas, à qual dedicamos o capítulo que se segue.

Tendo-se consciência das alterações paradigmáticas cada vez mais céleres que se perfilam na Medicina enquanto ciência, não escapará à mesma uma paralela evolução do objecto médico. Apesar de o mesmo actualmente se encontrar revestido de uma complexidade muito própria, esta tenderá a expandir-se com as plurifuncionalidades que se perfilam no horizonte. É actualmente patente a caducidade do sistema convencional com o qual é comumente abordado o objecto médico no contexto museológico, abordagem esta que nunca acompanhou verdadeiramente o actual paradigma dominante das ciências médicas, podendo mesmo arriscarmo-nos a afirmar que graças à tendência museológica generalizada de musealisar os "produtos" resultantes de um paradigma transacto, este sistema se encontra intimamente indexado e enraizado a esses valores, teorias, abordagens e modelos cessantes, do que ao próprio paradigma dominante: Orientação essa que o presente estudo visa contrariar.



## 2- EXERCÍCIO DA MEDICINA: PARADIGMAS TRADICIONAIS *VERSUS* NOVOS PARADIGMAS

Partindo dos princípios propostos anteriormente para o estudo e evolução da história da ciência analisar-se-á então o papel dos factores exteriores à ciência, neste caso à Medicina, na erupção de momentos de crise e transformação do pensamento científico e da prática correspondente.

Apesar de ser um assunto cativante, não se deslindará os detalhes biográficos e de personalidade que levaram cada indivíduo a uma escolha particular, na compreensão da especificidade do desenvolvimento da Medicina, tentar-se-á antes, entender a maneira pela qual um conjunto determinado de valores compartilhados entrou em interacção com as experiências particulares comuns à comunidade médica, de tal modo que a maior parte do grupo científico acabou por considerar que um dado conjunto de argumentos seria mais peremptório que outro.

Deste modo, poder-se-á dar início a este capítulo asseverando que o desenvolvimento histórico da Medicina caracterizou-se por um longo caminho antes de chegar, no séc. XIX, ao conhecimento científico do corpo e das suas doenças, uma vez que inicialmente a sua prática esteve baseada em teorias especulativas e não na ciência como hoje é entendida.

Aliás pode considerar-se que a religião terá sido a primeira forma de Medicina de carácter essencialmente preventivo<sup>63</sup>.

O nascimento da Medicina hipocrática marca a passagem da Medicina como religião à “arte de curar” onde, persistindo embora os elementos mágico-religiosos, a atenção vem-se centrando no conhecimento do doente e da doença. O primeiro médico, ou aquele que aparece na história como pai da Medicina enquanto arte do remédio, apresenta-se como uma figura separada da cultura do grupo; depositário de um tipo de conhecimento que lhe permite encarar a Medicina não só no sentido de uma Medicina empírica que quer manter-se aderente daquilo que observa e anota, mas como gradual redução dos problemas da vida de um corpo de que se começam a entrever os misteriosos mecanismos<sup>64</sup>.

Hipócrates ( 460- 377 a.C.) fundamentou a sua forma de compreender o organismo humano na teoria dos quatro humores corporais – sangue, fleugma, bílis negra e bílis amarela – que, levariam a estados de equilíbrio ou de doença e dor, conforme as quantidades presentes no corpo. Esta teoria viria a influenciar Galeno (c. 131 – c. 200), que desenvolveu a teoria dos humores<sup>65</sup> e que dominou o conhecimento até ao séc. XVII.

---

<sup>63</sup> Medicina/medicalização, Vol. XXIII, in Enciclopédia Einaudi. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda, 1989. p.391 - 436.

<sup>64</sup> Enciclopédia Einaudi, cit. 63, p.398.

<sup>65</sup> Para além dos quatro humores adoptados pela Escola Hipocrática, de Cós, Galeno admitiu um quinto humor – o Pneuma, influência da escola pós-hipocrática Pneumática.



A Idade Média foi um período em que não existiu grande evolução em termos de Medicina.

A prática médica continuou, durante séculos, a desenrolar-se no seio da cultura mágico-religiosa, desenvolvendo-se, salvo raras excepções, à sombra da igreja e dos conventos, pecando sempre ou por demasiado empirismo ou por demasiada imaginação.

Basta recordar que durante séculos os grandes flagelos, como pestes, epidemias, contágios, lepra e peste negra, foram vividos como castigos de Deus.

Entre 1400 e 1700 a Medicina inicia um processo de transformação para a verificação dos factos através da observação e experimentação.

Será a redução do homem a corpo, com a consequente perda do carácter sagrado do corpo, acompanhada duma crescente profissionalização, que conduzirá à laicização da Medicina, permitindo o desenvolvimento sucessivo de uma ciência que se irá separando da complexidade das necessidades do homem, para desenvolver conhecimentos que concernem um “corpo”, tomado como entidade isolada do todo de que é parte integrante e já não como local de residência do espírito divino ou de forças demoníacas, *“do corpo em nome dum ideal clássico reencontrado, mas também em nome das grandes revoluções trazidas à cultura e ao conhecimento pelas novas descobertas científicas e as novas interpretações filosóficas”*<sup>66</sup>, como por exemplo as descobertas de Copérnico e Galileu.

E será neste humanismo reconquistado que a Medicina encontrará o ponto de partida para a sua verdade científica, tendo por base estudos sobre a anatomia e a fisiologia humana.

No séc. XVII esboçou-se fortemente o método experimental/empírico, tendo o microscópio desempenhado uma missão especial na origem da Anatomia descritiva microscópica, auxiliadora de novos estudos relativos à geração e às circulações sanguínea e linfática.

Poder-se-á caracterizar este como um século de transição e de certa acalmia em resposta à explosão cultural renascentista, traduzindo-se sobretudo por uma actividade científica marcada por descobertas individuais e ensaios científicos que irão ter posteriormente grande repercussão na Medicina.

Se por um lado a cirurgia pouco se desenvolve neste período, a terapêutica desenvolve-se imensamente, com destaque para os excessos ao nível da sangria (com a atenuante de que, com o conhecimento da circulação sanguínea reconhece-se a importância de existir um mínimo de sangue circulante), da purga, do clister e de complicadíssimas fórmulas farmacológicas.

O séc. XVIII é considerado por alguns autores como o século da Medicina sistemática - *“tudo se pretendia explicar por sistemas, o que acarretou exageros mais ou menos pronunciados, com auto-apreciações e parcialidades danosas. É contudo, o século em que se desenvolvem as*

---

<sup>66</sup> Enciclopédia Einaudi, cit. 63, p.391 - 436.



conquistas esboçadas no século anterior, tendente a exploração científica para o mundo naturalístico e das ciências exactas, com supremacia da Filosofia indutiva (Castiglioni)"<sup>67</sup>.

Ainda no séc. XVIII Xavier Bichat (1771-1802) ao evidenciar na sua obra "*Traité des Membranes e Traité d'Anatomie General*" (1780) a constituição celular dos tecidos abre os campos da Histologia, da Anatomia Fisiológica moderna e da Fisiopatologia:

"A Anatomia deixa de ser uma ciência descritiva para ser uma disciplina ligada ao conhecimento do homem beneficiando de outras ciências tais como, a Física, a Química, as Ciências da vida (Embriologia, Biologia, Anatomia Comparada), o estudo dos fósseis (Geologia) e das disciplinas morfológicas"<sup>68</sup>.

No final do séc. XVIII assiste-se a uma transformação da atitude perante a morte e do conceito de "assistência", deslocando-se o eixo duma assistência fundada na caridade e no auxílio à indigência e à miséria, para um conceito de luta contra aquilo que pode antecipar a morte, nomeadamente os processos patológicos, ainda em grande parte desconhecidos.

Convém lembrar que a primeira forma de medicina hospitalar marca, já nos finais do séc. XVIII, o início de um processo de medicalização que não compreende apenas a mudança do carácter assistencial do hospício para o carácter médico do hospital, mas implica, desde o início, um processo mais profundo e mais subtil de isolamento e de apuramento de problemas marcadamente orgânicos, como se o organismo do homem não estivesse relacionado com a complexidade das necessidades face à complexidade da vida<sup>69</sup>.

Ao nível da prática cirúrgica constata-se que a mesma foi sendo praticada por pessoas não habilitadas, como, sangradores, algebristas, barbeiros<sup>70</sup>, curiosas, boticários, mezinheiros, mulheres-cirurgias, dentistas, parteiras, destiladores, práticos de tumores, apostemas e feridas e cirurgiões ambulantes.

---

<sup>67</sup> CORREIA, António Mendes - *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, 1979. Vol. 16.

<sup>68</sup> RICON FERRAZ, Amélia Assunção Beira de - *Evolução dos Instrumentos Cirúrgicos*. Porto: 1992.

<sup>69</sup> Enciclopédia Einaudi, cit. 63, p.391 - 436.

<sup>70</sup> "Em França no séc. XV o médico coexistia com o barbeiro. Este era iletrado, laico, desconhecia grego e latim mas dedicava-se à Cirurgia. A elevada frequência dos mesmos coagiu a Faculdade de Medicina para a sua formação. Desta acção estruturaram-se duas classes distintas: os barbeiros – cirurgiões da Confraria de S. Cosme e Damião e os outros, barbeiros com licença. Os primeiros apresentavam-se de forma semelhante aos médicos da Faculdade de Medicina. Foram estas duas classes de profissionais e não a Faculdade de Medicina que determinaram o progresso da Cirurgia. Em Portugal, a primeira escola de Cirurgia foi fundada a 15 de Maio de 1492, por D. João II, no Hospital Real de Todos os Santos, seguida pela criada no Hospital da Misericórdia, no Porto, em 1499". RICON FERRAZ, cit. 68, p. 67.



Será só no séc. XVIII segundo a Declaração Real Francesa que ocorrerá uma nivelação entre médicos e cirurgiões.

Em Portugal a Cirurgia neste século caracterizou-se sobretudo por uma enérgica revolução ao nível das principais Escolas Cirúrgicas do país, nomeadamente Hospital Real de Todos os Santos, em Lisboa, e Hospital da Misericórdia, no Porto.

Após a criação em 1825 das Escolas Régias de Cirurgia de Lisboa e do Porto, que constituíram o pilar para o desenvolvimento da medicina científica em Portugal, estes e outros profissionais com cartas de habilitações para curar certas doenças e fazer determinados tratamentos médico-cirúrgicos, vão deixando de exercer com menos assiduidade as suas actividades.

O médico, agora o único conhecedor, além dos seus conhecimentos de ordem científica, não deixa de possuir uma longa prática.

Apesar de marcada por graduais e parciais conquistas no conhecimento do corpo e da qualidade e essência das suas doenças, a Medicina continuou até ao começo do séc. XIX, antes do início da época positiva que abrirá caminho ao conhecimento "científico" mas também à objectivação sistemática do homem, sem uma noção precisa dos processos da doença, mantendo o seu carácter empírico.

Será ao longo do séc. XIX que as descobertas alcançadas em todos os sectores deram espessura ao conhecimento médico e permitiram o desenvolvimento sucessivo duma ciência que se fundou na verificação e na experimentação directa do corpo, até chegar a construir uma imagem científica do corpo do homem.

Claude Bernard afirma no seu livro *Introdução ao estudo da Medicina experimental* (1865) que *"para encontrar a verdade, basta que o cientista se ponha frente à natureza e a interroque seguindo o método experimental com a ajuda de meios de investigação cada vez mais perfeitos"* e que *"o homem só pode observar os fenómenos que o cercam em limites muito restritos; o maior número escapa, naturalmente, aos sentidos, e a simples observação não lhe basta. Para aumentar os seus conhecimentos, teve de ampliar, com a ajuda de aparelhos especiais, o poder dos órgãos, ao mesmo tempo que se armou com diversos instrumentos que lhe serviram para penetrar no interior dos corpos, para os decompôr e estudar as partes que os formavam"*<sup>71</sup>.

Caracterizando-se por mudanças radicais que constituíram as bases da Medicina moderna, o séc. XIX levou a cabo o desenvolvimento de conceitos fundamentais, com relevo para a teoria celular de Virchow (apossando-se a noção de célula de todo o conceito médico) e para as inovações/ revoluções sentidas no âmbito do combate contra as doenças infecciosas, graças essencialmente às descobertas de Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910), o qual descobriu em 1882 o bacilo da tuberculose (Bacilo de Koch) e sua responsabilização etiológica, criando as bases da teoria bacteriana da doença.

---

<sup>71</sup> BERNARD, Claude – *Introdução à Medicina Experimental*. Lisboa: Guimarães & Cª Editores, 1978. p. 306.



Apesar de não ter sido Pasteur quem primeiro identificou os micróbios (já Leeuwenhoek os tinha observado), terá o engenho de demonstrar a universalidade da vida microbiana, nomeadamente o papel dos microrganismos na degradação da matéria orgânica e na infecção, que aliás não foi aceite sem resistência.

A bacteriologia surgirá assim como um ramo indispensável de uma nova Medicina.

Pasteur está ainda na origem de outra verificação essencial para a História da Medicina: a prova, relativamente a certas doenças, da existência de um contágio.

A existência de doenças contagiosas é finalmente admitida.

Segundo a "teoria germinal das enfermidades infecciosas" exposta por Pasteur, toda a enfermidade infecciosa tem a sua etiologia num micróbio com capacidade de propagar-se entre as pessoas. Deste modo, para determinar uma forma de combater uma determinada enfermidade dever-se-ia investigar qual o micróbio responsável pela mesma.

Pasteur passou a investigar estes agentes patogénicos, em colaboração com E. Roux (1853-1933) e Ch. Chamberland (1851-1908), terminando por descobrir diversas vacinas, em especial a anti-rábica.

Após estas primeiras vacinas obtidas por Pasteur, fabricar-se-ão em seguida, a fim de atenuar a virulência do germe, outras vacinas e soros empregando diversos processos físicos ou químicos, nomeadamente, vacinas contra as febres tifóides e paratífóides, a cólera, o tifo exantemático, a peste, a tosse convulsa, a febre-amarela, etc.

No determinismo das manifestações a que hoje chamamos doença, *"o micróbio deixa agora de ser o elemento primordial para passar a ser apenas desencadeante. A "doença" é o reflexo da reacção individual do organismo face ao elemento estranho. A bacteriologia confirma assim a especificidade nosológica no campo do estudo e da classificação do conjunto das doenças, sendo cada germe responsável por certas manifestações sintomáticas próprias, cada organismo permanecendo no entanto único relativamente à importância das suas reacções"*.<sup>72</sup>

No campo da cirurgia, desde há milénios que se tentava apaziguar a dor do acto operatório, recorrendo, sem grande sucesso, a métodos puramente físicos como pressão e gelo, bem como uso de hipnose, ingestão de produtos tão diversos como o vinho, a aguardente ou preparados botânicos.

Aliás, deste facto resultava que, até então, uma das maiores qualidades de um cirurgião seria a rapidez do manejo e controle instrumental.

Embora as experiências anestésicas de Hickman datem de 1824 e as demonstrações de Horace Wells com o protóxido de azoto de 1844, só em 1846 os cirurgiões começaram a entrever a possibilidade de operar sem dor, depois que Green Morton e William Thomas demonstraram em

---

<sup>72</sup> SOURNIA, Jean-Charles – *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.



16 de Outubro, na América, o êxito de uma anestesia baseada em éter, a que logo no ano seguinte vieram juntar-se os sucessos obtidos com o clorofórmio por James Young Simpson, obstetra em Edimburgo.

Como nos relata Jean-Charles Sournia na sua obra "História da Medicina" várias foram as misturas usadas, não sem alguns resultados nefastos:

*"De acordo com as suas preferências, os operadores utilizam ora éter ora o clorofórmio, não sem algumas consequências funestas - lesões hepáticas devidas ao clorofórmio, e síncope desencadeadas pelo éter.*

*Após meio século de experiências com misturas diversas, regressarão finalmente ao protóxido de azoto do princípio, mais fácil de manejar.*

*Ao lado do protóxido de azoto, outras substâncias são utilizadas contra a dor: há muito que se conheciam os efeitos da folha da coca. O alcalóide que dele se extrai – a cocaína – será em breve utilizado em injeção como sedativo da dor, de forma que a anestesia geral e a anestesia local nascerão com quarenta anos de distância uma da outra, através de processos de descoberta muito diferentes. A anestesia geral mais complexa e mais perigosa, a local mais simples"<sup>73</sup>.*

No entanto, apesar desta redução do trauma da intervenção cirúrgica, a alta taxa de mortalidade pós-operatória, resultado de infecções, reforça a ideia no mundo médico, da existência de germes responsáveis pela purgação das feridas e pelo contágio entre os operados.

Foi exactamente este pensamento de que os micróbios são inimigos do homem que deu origem ao desenvolvimento da cirurgia anti-séptica e asséptica de Lister.

Joseph Lister (1827-1912) descobre as propriedades desinfectantes do ácido fénico e do ácido carbólico (fenol), e através de observação ao microscópio descobre que *"a seda e o algodão utilizados nas suturas e nas laqueações dos vasos não conseguem resistir, ao fim de alguns dias, ao sangue e à linfa, decidindo por isso substituí-los por uma material orgânico. Utiliza então cordas de violino, de tripa, e a seguir o catgut, fio reabsorvível, previamente mergulhado em fenol"*<sup>74</sup>.

Em 1865 Lister decide, fundamentado nas investigações de Pasteur sobre a teoria microbiana, introduzir na prática cirúrgica a anti-sepsia - uso do fenol para uma limpeza meticulosa não só das mãos, e dos instrumentos, mas também das batas e ainda para humedecer as compressas a aplicar nas feridas. Obtendo assim uma admirável redução do número de mortes por infecção pós-operatórias.

---

<sup>73</sup> SOURNIA, cit. 72, p.40.

<sup>74</sup> SOURNIA, cit. 72, p. 43.



Mas depressa Lister se apercebeu que não bastava afastar os micróbios da sala cirúrgica, mas tal como havia aconselhado Pasteur<sup>75</sup>, deveriam ser tomadas todas as medidas a fim de que as intervenções se desenrolassem na total ausência de micróbios, completamente estéril, desenvolvendo-se o método da cirurgia asséptica, segundo o qual deverão ser eliminados todos os germes que causam infecção por meio de limpeza e esterilização de todo o equipamento usado na sala cirúrgica.

As práticas durante as operações vão-se pouco a pouco modificando: as mãos do cirurgião, assim como pele do doente, são cuidadosamente limpas com a ajuda de produtos desinfectantes; esteriliza-se o material de sutura, os instrumentos, as compressas, de acordo com as técnicas de Pasteur, através da imersão num recipiente de temperatura superior a 100 graus, ou por ebulição; as batas são submetidas ao mesmo tratamento.

No âmbito da assepsia Koch deu continuidade às investigações de Pasteur, nomeadamente na descoberta de diferentes práticas profiláticas e na introdução dos primeiros ensaios terapêuticos. Nasce assim a assepsia, cujas regras se tornarão cada vez mais rigorosas, não só ao nível dos procedimentos cirúrgicos<sup>76</sup>, mas também relativamente ao *modus operandi* de tratamentos de certas doenças, como a leucemia, e na produção de medicamentos, entre outras actuações e não só nesta área.

Deste modo, a cirurgia asséptica e a anestesia foram um marco da cirurgia moderna.

Na segunda metade do séc. XIX houve um desenvolvimento substancial da anatomia patológica microscópica, graças a Rüdolf Virchow (1821-1902), considerado o pai da patologia celular, que em 1858 estabeleceu o conceito da teoria celular, pelo qual todas as formas de lesão orgânica começam com alterações moleculares ou estruturais das células. *Omnis Cellula a Cellula* (toda a célula nasce de uma célula).

Entretanto a Medicina apesar de continuar a seguir, entre outras, a vertente assistencial e escolar, torna-se fundamentalmente social, sendo a área da Higiene um tema em destaque, sujeito a importantes medidas governamentais internacionais.

---

<sup>75</sup> "O desmoronar da crença na geração espontânea levava Pasteur a aconselhar a assepsia, processo que exigia uma profilaxia térmica. Pasteur em 1874 chega a afirmar que se fosse cirurgião nunca introduziria no corpo humano um instrumento se este não tivesse sido fervido ou passado sobre uma chama, antes de operar. Em 1878 aconselhava equivalente processo para as mãos e roupas do cirurgião". RICON FERRAZ, cit. 68, p.17.

<sup>76</sup> Actualmente os procedimentos nos blocos operatórios são reflexo dessa preocupação: o ar é tratado previamente no circuito de ventilação; a existência de pressão positiva no seu interior, impede a entrada de ar do exterior; a existência de ventilação em fluxo laminar, que impede a disseminação horizontal dos microrganismos; o uso de roupas esterilizadas; o uso de máscaras, barretes e luvas esterilizados e de utilização única; a cuidadosa desinfecção de todas as estruturas físicas (chão; paredes; mesas operatórias...); a cuidadosa lavagem das mãos e antebraços com sabões anti-sépticos ...



Aliás, ainda antes de Pasteur ter demonstrado a realidade dos micróbios e do contágio, desenvolve-se em França, entre 1820-1850, um grande movimento de higiene pública, cujo testemunho passará para a Grã-Bretanha, sob a influência de Edwin Chadwick (1800-1890).

No entanto, se analisar-se o contexto histórico, social e político da época constatar-se-á que apesar de ter sido a Medicina a revelar as causas sociais de muitas doenças, uma vez que começou a dispor da noção precisa daquilo que potenciava a doença, foi contudo o desenvolvimento do capitalismo que acompanhou a revolução industrial que fomentou os primeiros métodos de organização da assistência de massa, sendo a Medicina, por questões científicas e económicas discordantes, afastada e subalternizada relativamente aos grandes problemas sociais de saúde/doença do homem:

*“As grandes acumulações de uma população de operários mal pagos na vizinhança das novas manufacturas conduzem à proliferação de casebres onde as “classes laboriosas” vivem sem qualquer higiene. A miséria, as doenças contagiosas e a delinquência crescem aí, ameaçando a ordem pública. É em Inglaterra que tem início a campanha europeia por uma melhor distribuição de água potável, pelo saneamento dos bairros operários, a construção de esgotos, o desenvolvimento de uma certa educação sanitária nas escolas primárias, e pelas novas vacinas”<sup>77</sup>.*

Os manuais e periódicos da altura relatam uma evolução das doenças - como o declínio da tuberculose; a redução da mortalidade por pneumonia - mais auxiliada pelo desenvolvimento das condições ambientais, nomeadamente adequadas medidas higiénico - sanitárias (regular distribuição de água potável; saneamento e construção de esgotos) e uma boa alimentação, do que pelas condições essencialmente médicas.

No entanto essas transformações e progressos dos modos de vida sociais, acabaram por se tornar a partir do séc. XX responsáveis por novas situações patogénicas, *“dado que um elevado nível tecnológico gera, numa sociedade, problemas que afectam o bem-estar do corpo social na sua totalidade, provocando novas patologias e novas responsabilidades colectivas”<sup>78</sup>.*

É neste contexto, em que é cada vez mais nítida, mas também austeramente fatal, a relação entre a doença e aquilo que a provoca, que a Medicina *“é forçada a limitar-se a reparar os danos já registados ou, em todo o caso, a seguir as modificações da patologia que resultam da mudança das condições de vida e de trabalho.”<sup>79</sup>.*

Confinada a este raciocínio e ao próprio isolamento a que se vê obrigada, a Medicina não deixou contudo, como se verá na terceira parte, de seguir a espiral do desenvolvimento tecnológico e científico, avançando na invenção de instrumentos e técnicas de intervenção médica, no âmbito de

---

<sup>77</sup> SOURNIA, cit. 72, p. 201.

<sup>78</sup> Enciclopédia Einaudi, cit. 63, p. 425.

<sup>79</sup> Enciclopédia Einaudi, cit. 63, p.425.



dar resposta sobre "um corpo que, objectivado aos olhos da ciência, é agora mecanizado pela tecnologia"<sup>80</sup>.

Será, pois, a objectivação gradual deste corpo que, da organização hierarquizada de qualidades e essências, reagrupadas numa configuração ideal da doença, se torna o objecto duma separação "geográfica" dos lugares e dos espaços onde a Medicina se insinua e firma as principais especialidades médicas e cirúrgicas<sup>81</sup>.

Na sua análise histórica Foucault caracteriza esta abordagem mais objectiva e despreconceituosa dos médicos da seguinte forma: "*tem-se a impressão de que, pela primeira vez depois de milénios, os médicos, finalmente livres de teorias e quimeras, consentiram em abordar o objecto de sua experiência nele mesmo e na pureza de um olhar não prevenido. Mas é necessário inverter a análise: são as formas de visibilidade que mudaram; o novo espírito médico (...) nada mais é do que uma reorganização epistemológica da doença, em que os limites do visível e do invisível seguem novo plano*"<sup>82</sup>.

Neste contexto, e numa tentativa de melhor compreender a nova fisiologia e redigir melhor as suas prescrições, os médicos vêem-se obrigados a adquirir conhecimentos de química.

Começaram igualmente por equipar os seus gabinetes com microscópios, reagentes químicos e aparelhos eléctricos e sobretudo nos países do norte da Europa começa-se a atribuir na prática da Medicina uma importância capital às ciências ditas fundamentais, como a Química, a Física, a Fisiologia e a Bacteriologia, utilizando em seu favor conhecimentos obtidos por estas e diminuindo a parte reservada à clínica.

No entanto, tão importante como o desenvolvimento dos conhecimentos científicos, é a sua expansão pelo mundo, uma vez que só deste modo poderão proporcionar às populações dos diversos países o consequente benefício. Ainda neste sentido, não se pode deixar de mencionar que todas estas noções da origem microbiana das doenças, da desinfecção, do contágio, entre outras, actualmente incorporadas, não se teriam afirmado sem a contribuição valiosa e entusiasta dos cientistas de cada país, os quais ajudaram a "moldar" os espíritos totalmente estranhos a estas inovações.

No caso da medicina portuguesa, apesar da investigação científica, a qual se baseava já então, principalmente, na medicina experimental e na observação microscópica, estar em franco atraso<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> Enciclopédia Einaudi, cit. 63, p.426.

<sup>81</sup> A Cirurgia separa-se assim da Medicina não com uma total nitidez, mas dentro da necessidade profissional.

<sup>82</sup> FOUCAULT, M. - *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 215 - 216.

<sup>83</sup> Aliás no campo do ensino denotava-se que algumas áreas que começavam já a ganhar alguma importância no estrangeiro estavam ainda ausentes, umas diluídas em cadeiras compostas (Higiene e Medicina Legal), outras agonizando a necessidade de criação de cursos próprios/especiais (Sifilografia, Psiquiatria, Neurologia ....).



relativamente ao ritmo cada vez mais activo que, desde os princípios do séc. XVIII, tomara em alguns países europeus, pode contudo orgulhar-se de ter contribuído com algumas aquisições de incontestável valor, como se irá constatar nos capítulos subsequentes.

Ainda nesta área, é curioso notar que "o espírito médico português, que não se tinha interessado pelo progresso da Anatomia Patológica e da Fisiologia senão muito limitadamente, não parecendo querer reconhecer o grande auxílio que estes aspectos da ciência podiam dar à clínica, se deixou impressionar rapidamente pelo progresso da Bacteriologia. Pode-se dizer até que foi através do esforço feito para se actualizar neste campo, que a Medicina Portuguesa sentiu despertar o espírito de renovação em todos os outros aspectos, mesmo naqueles que até então tinha desdenhado"<sup>84</sup>.

É neste período que se inicia a instrumentalização do médico, efectuada inicialmente por Laennec (1781-1826) com a invenção do estetoscópio em 1819. Antes de Laennec a auscultação do coração e dos pulmões era feita com o ouvido encostado directamente na parede do tórax. O segundo instrumento médico a ser incorporado foi o termómetro de mercúrio, que havia sido criado por Fahrenheit em 1714 e, que fora posteriormente, utilizado por Boerhaave. A partir de então, surgiram estudos sobre a termologia clínica, iniciados por Wunderlich, que modificaram inteiramente o conceito sobre as febres, as quais eram vistas até então como doenças e passaram a ser entendidas como sintomas.

Ainda dentro dos progressos técnicos que marcaram o séc. XIX poder-se-á referenciar o esfigmomanómetro de Potain, aparelho que Pierre Potain (1825-1901) tendo por base os trabalhos desenvolvidos, no âmbito do conhecimento da mecânica dos fluidos, pelo médico e físico Jean-Louis Poiseuille (1799-1869), concebeu para verificação da pressão arterial no antebraço.

Ao nível da farmacopeia existe um período de florescimento relacionado com um novo método de introdução de medicamentos no corpo do doente: a seringa<sup>85</sup>.

Na área da óptica os avanços tornaram praticável a criação do oftalmoscópio (1851-1854) pelo alemão H. von Helmholtz (1821-1894) e do aparelho laríngeo, utilizado na observação das cordas vocais.

---

<sup>84</sup> PEREIRA, Mário Monteiro - *História da Medicina contemporânea*. Lisboa: Soc. de Expansão Cultural, s.d.

<sup>85</sup> Até aí, utilizavam a boca para as suas poções, o recto para os clisteres, a via respiratória para as inalações. É Charles Pravaz (1791-1853) quem fabrica a seringa mais pequena e mais prática, a princípio metálica, mais tarde de vidro.

Relativamente aos medicamentos sólidos, imaginou-se posteriormente os comprimidos, os supositórios, entre outros.



Em 1869 ocorre a primeira *transplantação de pele* (Reverdin, França) e o suíço J. Friedrich Miescher (1844-1895) descobre o *ADN* (ácido desoxirribonucleico).

E em 1872 a primeira ressecção do esófago pelo alemão A.Ch. Biilroth (1829-1894)<sup>86</sup>, dando origem à *microcirurgia*.

Em 1880 o francês Ch. Laveran (1845-1922) descobre o agente da *malária* e Pasteur descobre o *estreptococo* desenvolvendo em 1881 uma vacina contra o *carbúnculo*.

O desenvolvimento da electricidade, ao nível do fabrico de pequenas ampolas luminosas, permitirá que outras técnicas entrem igualmente ao serviço da fisiologia, nomeadamente na exploração das cavidades obscuras do corpo - laringoscópias, cistoscópias, rectoscopia ...

A electricidade inspira ainda outra técnica, considerada actualmente como o principal meio de diagnóstico da maior parte das doenças cardíacas: a *electrocardiografia*<sup>87</sup>.

É já no final do séc. XIX que a descoberta e a introdução dos raios X veio revolucionar a nossa representação do corpo, descobertos em 1895 por Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923).

Ao contrário do que havia acontecido com a bacteriologia a "roentegenologia" impõe-se ao mundo médico com muito mais facilidade, levando os hospitais a munirem-se rapidamente de aparelhos de raios, no sentido de o médico conseguir examinar o corpo doente sem o invadir – inicialmente sobretudo para diagnosticar lesões do esqueleto e para vigiar a evolução das suas lesões.

Durante mais de meio século de evolução a radiologia tornou-se um meio indispensável a qualquer acção médica, permitindo quer a antecipação do diagnóstico, quer a instituição precoce de uma terapêutica adequada

Nas últimas décadas do séc. XIX, com a importância e primazia que o laboratório havia ganho, o mesmo "tornou-se numa espécie de lugar sagrado, do qual se esperavam múltiplos milagres para a compreensão e tratamento das doenças, quer do ponto de vista analítico, quer do ponto de vista de produção terapêutica." <sup>88</sup>

Deste modo, cedo se levantou uma questão bastante pertinente no que se refere a que aspecto deveria a Medicina atribuir supremacia - à relação médico doente, que o examina, que mantém com ele relações de pessoa a pessoa possuindo em si mesmas um valor terapêutico; ou por outro, ao laboratório anónimo, cujos aparelhos doseiam e numeram as alterações físico-químicas.

---

<sup>86</sup> A.Ch. Biilroth foi considerado o mais inovador da Europa e com maior influência no ensino das técnicas cirúrgicas, no último quartel do séc. XIX.

<sup>87</sup> Foi o holandês Willem Einthoven (1860-1927) que executou o primeiro aparelho capaz de registar a actividade eléctrica do coração.

<sup>88</sup> ALVES, Jorge e CARNEIRO, Marinha - *Olhar o Corpo, Salvar a Vida*. Porto: Hospital de Santo António, 2007.



Foucault foi talvez o primeiro epistemólogo a abordar a Medicina como ciência "do homem", e não "da vida", pondo ênfase no indivíduo, nomeadamente na imposição activa de normas sobre as populações, reguladas pela Medicina, e não no reconhecimento da capacidade inerente ao organismo de produção de normas, como até então. Ou seja, Foucault chama a atenção para o facto de que o que está em questão quando se fala da vida, são os corpos reais, portanto considerados não apenas enquanto organismos, mas enquanto indivíduos relacionais, simbólicos, históricos, sociais e políticos.

Os estudos de Foucault denunciam assim que, *"no momento em que a ciência acreditava estar sendo o mais possível "científica" e "objectiva", ela estava na realidade construindo o mais ideologicamente o seu objecto, cega justamente pela confiança no seu próprio "progresso", na sua própria história, estabelecendo uma construção tão mais perversa e mistificadora (e portanto a-científica) quanto mais se acredita uma não-construção, quanto mais se naturaliza como algo objectivo, concreto, real, neutro ou, numa palavra, "científico"* <sup>89</sup>.

Debate este que segundo Jean - Charles Sournia está longe de se considerar encerrado, como comprovam os seguintes excertos retirados de alguns periódicos da área:

*"De modo que se torna fundamental conceber-se o indivíduo como um todo (somato-psico-social, ambiental), e a Medicina como sobretudo uma terapia, apostando na prevenção"* <sup>90</sup>.

*"O modelo biomédico, de carácter individualista e intervencionista, privilegia o combate à doença, em detrimento da prevenção. Coloca a doença como central, levando ao distanciamento e à objectualização dos pacientes, à deterioração da relação terapeuta-paciente e à perda do papel milenar terapêutico da Medicina, enquanto arte de curar, em proveito da diagnose e da ciência das doenças"* <sup>91</sup>.

O séc. XIX representou assim, historicamente, o século da clínica e da fisiologia, no contexto da revolução industrial. Desenvolvem-se ao máximo os métodos de exploração clínica. A noção de evolução, a definitiva fundamentação da teoria celular, o conhecimento da natureza e a fecundação, influem na biologia em geral, levando a um grande desenvolvimento também à fisiologia.

A passagem do século XIX para o XX foi envolvida por uma perspectiva optimista acerca do progresso da ciência e da tecnologia. A ciência constituiu-se, então, num mito que resolveria todos

---

<sup>89</sup> BIRMAN, Joel - *Interpretação e representação na Saúde Coletiva. A representação na Saúde Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Relume-Dumará. V.1, Nº.2, 1991. p.19.

<sup>90</sup> SAYAD, J. D. - *Mediar, medicar, remediar*. Rio de Janeiro: Uerj, 1998.

<sup>91</sup> SOARES, J. - *Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na Biomedicina. Cadernos Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ. V. 6: N.º 1, 1998. p. 38.



os problemas, além de ser considerada o melhor instrumento para promover uma sociedade civilizada.

No que diz respeito à Medicina há que ter em consideração que as mudanças são acompanhadas por alterações nas grandes concepções sobre a forma de estar no mundo.

Durante as primeiras décadas do séc. XX a Anatomia Patológica limita-se a registar as lesões sem as explicar. Serão os avanços da Bioquímica, muito mais do que a Física, que estarão na origem dos principais progressos verificados no séc. XX e contribuirão para melhorar o diagnóstico e o prognóstico, esclarecendo a fisiologia e as suas alterações.

Graças às novas técnicas, consegue-se analisar por exemplo as diferentes componentes da urina; as fezes; os inúmeros produtos químicos contidos no sangue; os diversos sucos do aparelho digestivo; a composição do líquido céfalo-raquidiano obtido por punção lombar, etc., assim como, entre outras, reconhecer certas doenças infecciosas hemolíticas.

Deste modo, *"pouco a pouco a clínica, a bioquímica e a anatomia patológica tornam-se pois necessárias para explicar a doença, o seu desencadeamento, as suas manifestações e o seu determinismo. No entanto, o diagnóstico acompanhado de comentários eruditos não é suficiente para assegurar o bem-estar dos doentes, e a terapêutica continua a não retirar grande benefício dos progressos do conhecimento"*<sup>92</sup>.

É neste contexto que se inventam novos instrumentos, aperfeiçoa-se o microscópio - a subestrutura da célula permaneceu inexplicável até 1930, altura em que surgiu o primeiro microscópio electrónico rudimentar -. e na própria clínica a patologia microscopia acabará por passar a ser um dos fundamentos da Medicina, sendo que passará a ser fulcral na base de qualquer diagnóstico a confirmação fornecida pelo microscópio.

Mas muitas outras descobertas, progressos técnicos e realizações médicas neste século abalaram a intervenção da Medicina, deixando de fazer assentar os seus diagnósticos unicamente sobre a clínica.

Daniel Serrão<sup>93</sup> argumenta que até à descoberta dos antibióticos<sup>94</sup> (meados do séc. XX) toda a prática médica se apoiava no paradigma temporal, segundo o qual *"cada doença tinha o seu*

---

<sup>92</sup> SOURNIA, cit. 72, p. 17.

<sup>93</sup> SERRÃO, Daniel - *Os Sobressaltos do Tempo*. UPORTO: Revista dos antigos alunos da Universidade do Porto. Porto, Nº 2 de Dezembro de 2000. p. 20.

<sup>94</sup> A descoberta dos antibióticos revolucionou a medicina, tendo efeitos decisivos sobre a saúde humana e a expectativa de vida da população.

O primeiro antibiótico fabricado pelo homem foi a penicilina e pode-se afirmar que foi descoberto por acaso por Alexander Fleming, em 1928, o qual reparou que numa determinada cultura de bactérias, contaminada por uma determinada espécie de fungos, as bactérias não se desenvolviam.



*tempo próprio de aparecer e o seu tempo próprio de se manifestar, sendo que os conceitos temporais de história da doença e de evolução da doença eram essenciais para o diagnóstico e para o prognóstico*<sup>95</sup>.

Quando em 1942 a indústria começa a fabricar a penicilina, origina a que, pela primeira vez, já não se morra de infecção nos hospitais. Nasce assim uma nova classe de produtos, ditos “antibióticos”, que parecem avançar como uma vitória definitiva sobre as infecções.

No mesmo ano descobrem-se as sulfamidas contra a diabetes.

Outra das descobertas que veio permitir que a transfusão sanguínea se convertesse numa prática sem riscos foi a classificação dos grupos sanguíneos sistema ABO por Karl Landsteiner (1868-1943) em 1900, e a identificação do subgrupo Rhesus, em 1940.

Através do conhecimento mais detalhado da fisiologia e da fisiopatologia tornou-se possível o desenvolvimento de drogas modernas. Assim, depois da Segunda Guerra Mundial surgiu a quimioterapia, e foram desenvolvidas drogas para estimular os receptores na superfície das células, como os betabloqueadores para prevenção das dores cardíacas, e entre outros, os medicamentos contra úlcera e a doença de Parkinson.

A descoberta dos antidepressivos, de métodos reversíveis de contraceção e das drogas resultantes da revolução ocorrida na biologia molecular, permitiu aumentar bastante a expectativa de vida humana.

Outro grande avanço da área médica foi a capacidade de diagnosticar com maior segurança as doenças. O marco inicial da era tecnológica foi, sem dúvida, a descoberta dos raios X, aos quais se seguiram outros métodos de obtenção de imagens como a cintilografia, a ultra-sonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética que associam a produção da imagem à computação gráfica aumentando a qualidade dos exames.

Deste modo, o séc. XX revela-se particularmente próspero em matéria de diagnóstico, uma vez que a Medicina aprende a explorar e a enriquecer as contribuições das décadas anteriores, terminando este período com perspectivas encorajadoras no domínio da terapêutica.

A própria noção de doença se torna incerta, e na prática médica, a separação lógica entre o diagnóstico e o tratamento dissipa-se. Daí que a história médica da segunda metade do séc. XX seja muito ramificada, com uma transformação em diversos ramos da Medicina.

---

A descoberta de Fleming não despertou inicialmente maior interesse e não houve a preocupação em utilizá-la para fins terapêuticos em casos de infecção humana até a eclosão da Segunda Guerra Mundial, em 1939, altura em que foram ampliadas as pesquisas a respeito da penicilina e seu uso humano.

<sup>95</sup> SERRÃO, cit. 93, p.20.



Aliás, ao longo destes séculos, graças às aquisições científico-técnicas e as necessidades sociais que vão surgindo, vêm-se consolidando diversas especialidades médicas, sendo demasiado fastidioso individualizar, convém apenas realçar que a sua evolução foi a mesma, com alguns anos de diferença, em vários países da Europa e da América do Norte.

Nos diversos sectores da Medicina, Portugal apresenta nomes de projecção internacional; são de recordar, no sector da Anatomia, Henrique de Vilhena e Hernâni Monteiro; no da Bacteriologia Câmara Pestana; no da Cirurgia, Francisco Gentil e Reinaldo dos Santos; no da Higiene, Ricardo Jorge; no da Histologia, Celestino da Costa; no da Medicina interna, Pulido Valente e Lopo de Carvalho; no da Neurologia, Miguel Bombarda, Sobral Cid e Egas Moniz (Prémio Nobel da Medicina em 1949); no da Obstetrícia, Magalhães Coutinho e Alfredo da Costa; no da Oftalmologia, Gama Pinto; e no da Psiquiatria, Júlio de Matos.

Deste modo, o séc. XX - a medicina contemporânea - com o desenvolvimento tecnológico em todas as áreas, e decorrente integração física entre ciência e produção, denominada terceira revolução industrial ou revolução tecnocientífica, tornou possível que a Medicina aperfeiçoa-se as suas técnicas, especialmente as de diagnóstico e de tratamento, deixando, sobretudo ao nível do diagnóstico, de assentar unicamente na observação do doente, tendo o médico necessidade de um número crescente de informações bioquímicas e exames de saúde sistemáticos, não só a pessoas doentes, mas também sãs.

Ao nível da avaliação clínica de pacientes é actualmente possível com o uso da TeleMedicina deliberar e interagir em conjunto com especialistas presentes em pólos opostos do mundo, podendo ser considerado este o actual Paradigma Tecnológico. Para além desta vertente de Teleconsulta, ter-se-á ainda ao nível da cirurgia a Teleintervenção, Telemonitorização de doenças crónicas e Teleformação, ao nível da educação e sensibilização. No futuro aguarda-se o desenvolvimento de técnicas que permitam controlar a diferenciação das células nos vários tipos de tecidos e órgãos humanos ou manipular a informação genética, no sentido de proporcionar o tratamento de várias patologias, para as quais ainda não se dispõe de terapias efectivas.

Segundo Daniel Serrão, o paradigma actual relacionado com o adoecer humano, está associado a um novo conceito, designado de holístico, global ou bio-psíco-social, que entende que o adoecer é *"um acontecimento biográfico e tem que ver com o modo como a pessoa habita ou usa o mundo físico, biológico e psíquico, no qual está irremediavelmente mergulhada e do qual é uma parte integrante, dando e recebendo impulsos e estímulos, dando e recebendo respostas.*

*Deste conceito deduziu-se a grande ideia, que ainda não deu frutos, mas que potencialmente poderá dar, que é a ideia da prevenção do adoecer; baseada na educação das pessoas para um viver saudável, um viver em perfeito equilíbrio e com bem-estar físico, psíquico e social"*<sup>96</sup>.

---

<sup>96</sup> SERRÃO, cit. 93, p.20.



## **Conclusão**

Nesta visão retrospectiva da Medicina, poder-se-á pois constatar que no decurso da sua história existiram efectivamente mudanças estruturais paradigmáticas ao nível da sua prática, técnicas e instrumentária, directamente relacionadas com o desenvolvimento tecnológico e científico, as quais influenciaram estruturalmente o conhecimento do corpo e a essência das suas doenças. Assim sendo, a objectivação científica do corpo, acompanhada de inúmeras descobertas (anestesia; raios X; antibióticos; penicilina; transfusão sanguínea; etc.) e ensaios científicos, foram essenciais para a verificação da prática clínica, reforço dos seus métodos, e para uma crescente profissionalização, progressos esses que vieram contribuir para melhorar as inúmeras áreas de prestação e apoio em cuidados de saúde.

Pretendeu-se demonstrar igualmente que as mudanças paradigmáticas na Medicina têm estado directamente relacionadas com o entendimento do corpo e sobretudo com a noção associada ao conceito de doença.

Apesar do último meio século de História da Medicina ter sido rico em avanços consideráveis, a Medicina tem ainda pela frente um árduo caminho na prestação de cuidados de saúde, estando a sua história irremediavelmente e para sempre incompleta.



### 3 - OS MUSEUS DE MEDICINA NO CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL

Colocando-se a tónica de análise não apenas nos artefactos, que apesar de representarem o fundo da questão teórica e significativa desta reflexão, dever-se-á também ter consciência que o seu estudo é bastante reforçado por uma compreensão da história dos museus que os mantêm e os preservam, uma vez que será o entendimento da natureza e da história dos museus de medicina que permitirá distinguir os seus objectos de meras colecções de tipologia genérica com exemplares bizarros, curiosos e estranhos.

Muitos dos primeiros museus médicos da Europa foram criados nas casas e locais de trabalho de personagens médicas, sendo compostos por espécimes naturais históricos, como múmias e crânios humanos, assim como por curiosidades "artificiais".

Em alguns casos transformados em verdadeiras casas de experiências e de experimentação, numa tentativa por parte dos boticários, médicos e outros profissionais emergentes, de aprofundarem o conhecimento tanto de material médico, como da prática da dissecação anatómica.

Segundo Felip Cid<sup>97</sup>, o escasso papel dos legados médicos no processo de formação das primeiras colecções deve-se ao facto de que, salvo escassos e precários objectos cirúrgicos, a prática médica até ao início do Renascimento reduzia-se a um carácter teórico acompanhado de uma breve percepção sensorial.

Deste modo, os legados médicos mantiveram-se à margem do conceito de preciosidade ou de curiosidade, pois que apesar de poucos acabavam por formar parte de um material utilizado no exercício do quotidiano.

No séc. XVII três instituições marcaram a diferença no débil panorama da museologia médica. Se por um lado a *Royal Society* impulsionou a fundação de academias científicas e respectiva classificação de peças da mesma categoria; as colecções de preparações anatómicas do *Instituto de Anatomia de Nápoles* passaram a constituir um elemento didáctico utilizadas nas lições sobre a estrutura humana; sendo contudo o *Gabinete de preparações anatómicas de Ruysch* aquele que, numa perspectiva histórica, se poderá considerar como o primeiro gabinete médico com todos os atributos.

No séc. XVIII com a transformação dos gabinetes em museus apesar de a atenção se ter centrado inicialmente nos jardins botânicos e gabinetes de Historia Natural; e posteriormente nos observatórios astronómicos, escola técnicas e laboratórios de Física e Química, o material médico incrementou a sua presença através das preparações anatómicas - " *pedra angular na instrumentação dos saberes morfológicos adquiriram um papel fundamental pois por um lado*

---

<sup>97</sup> CID, Felip - *Museologia Médica, Aspectos Teóricos y Cuestiones Práticas*. Bilbao: Museo Vasco de Historia de la Medicina e de la Ciencia, 2007. Vol.1



*enquanto matéria docente permitiam materializar fielmente as zonas orgânicas – os próprios avanços da intervenção cirúrgica exigiam um maior conhecimento das zonas orgânicas - e por outro tornaram-se a impressão indelével de uma nova descoberta.”<sup>98</sup>*

Nesta área foram primordialmente as escolas italianas e francesas as primeiras que, abertamente, executaram preparações e peças anatómicas<sup>99</sup> em gesso e cera, e será exactamente nestes países que surgiram os primeiros museus anatómicos, com um carácter marcadamente científico, nomeadamente de apoio ao ensino médico, e destinados não ao público em geral, mas sim circunscritos ao círculo profissional.

O séc. XVIII, em particular, assistiu à evolução da arte de criação dos modelos de cera médicos, os quais continuaram, até ao século XX, a serem executados e utilizados para fins didácticos. Ao mesmo tempo, os museus médicos centraram-se numa função educativa. Em muitas escolas médicas do século XVIII, as colecções foram cada vez mais vistas como elementos essenciais do currículo, e uma série de importantes museus médicos devem a sua fundação a esta finalidade pedagógica. Aliás em alguns casos, como na Faculdade de Medicina de Montpellier, os alunos deveriam apresentar peças anatómicas antes de aceder ao exame final.

Em Itália, para além do Museu Anatómico de Nápoles, cuja fundação, como foi referido anteriormente, remonta ao séc. XVII, emergiram ainda ao longo do séc. XVIII:

- » *Real Gabinete de Física e História de Florença e Museu de Anatomia de Felice Fontana (La Specola)* - considerado como o primeiro museu com cunho médico e na altura o mais importante entre os existentes;
- » *Gabinetto di Anatomia Umana Normale de Pavia*;
- » *Museo Anatómico Giovanni Tumiatì*;
- » *Museo delle Cere dell’Istituto di Anatomia Umana*.

Em França, em menor número, surgiram:

- » *Musée Fragonard* - destacando-se o facto de que numa altura em que predominavam os museus de anatomia humana o espólio deste Museu ser constituído essencialmente por preparações sobre a estrutura orgânica de diversas espécies animais;
- » *Museo de Anatomia da Faculdade de Medicina de Montpellier*;
- » *Musée d’Histoire de la Médecine*, Paris.

Apesar de alguns autores apontarem o séc. XIX como o marco na fundação dos primeiros museus de História da Medicina, denota-se contudo, uma continuada escassez de colecções médicas nos

---

<sup>98</sup> CID, cit. 97, p.120. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>99</sup> No resto dos países europeus, com excepção dos anglo-saxónicos, a sua participação só teve lugar no séc. XIX.



gabinetes de curiosidades e em colecções particulares, uma vez que, segundo Cid, o gosto estético não estava suficientemente preparado para assimilar obras além dos cânones que dominavam a pintura e a escultura.

Contudo, ao longo do séc. XIX os fundos médicos cresceram ostensivelmente não só no tocante às preparações anatómicas, mas também no concernente aos arsenais cirúrgicos, originado em grande medida pela revolução instrumental provocada pela instauração da anestesia e pelos princípios anti-sépticos.

De uma forma geral, e com excepção do Museo de Anatomia da Faculdade de Medicina de Montpellier, não existiu interesse por parte dos Museus Anatómicos em integrar no seu espólio material cirúrgico ou experimental, mantendo nestes a Ceroplastia médica um lugar privilegiado, como descreve, de forma precisa e detalhada, o autor Felip Cid no primeiro volume da sua obra *Museologia Médica, Aspectos Teóricos y Cuestiones Práticas*.

Apesar da Ceroplastia anatómica ter entrado no séc. XIX numa etapa de franco declínio<sup>100</sup>, optando-se pelo ensino directo sobre o cadáver, foram ainda fundados neste período alguns museus neste âmbito, nomeadamente o Museo di Anatomia de Modena e o Museu de Estrasburgo.

Na segunda metade do séc. XIX, apesar da atenção que se sentiu no panorama museológico, relativamente aos museus destinados à História das ciências e das técnicas, directamente relacionado com a ampliação do conhecimento científico e progressos industriais ocorridos, verificar-se-á uma continuada e persistente ausência da museologia médica.

Assim, em finais do séc. XIX e séc. XX, esses mesmos desenvolvimentos científicos e industriais originaram um enorme impulso no desenvolvimento tecnológico das ciências, promovendo o incremento de instrumentos obsoletos e de máquinas em desuso, os quais começaram a ser considerados por determinados sectores, igualmente como bens patrimoniais de interesse cultural. Foram exactamente este tipo de museus que permitiu fixar o estado e situação da museologia médica, apesar de se constatar que, mais uma vez, os instrumentos empregues na prática clínica e experimental continuaram excluídos museologicamente.

Deste modo, ao longo do séc. XX, a par dos progressos médicos e da actualidade técnica e científica, que originou uma revolução ao nível dos arsenais médico-cirúrgicos, verificou-se um

---

<sup>100</sup> A Ceroplastia médica foi mantida como uma actividade artesanal, e só excepcionalmente os anatomistas recorreram a escultores profissionais.

Recorde-se que a partir de 1930 a Ceroplastia deixou definitivamente de representar um elemento de estudo médico.



certo desenvolvimento e consolidação dos museus médicos, apesar de continuarem a ocupar um lugar secundário dentro do panorama museológico.

Durante grande parte da primeira metade do século os museus de medicina foram amplamente utilizados como ferramentas para a educação pública em saúde, saneamento e higiene - sendo que frequentemente brotaram de colecções didácticas das universidades, utilizadas no passado por alunos e professores em experiências e demonstrações, - passando nos anos 70 a serem encarados como meios para a auto-consciência da História da Medicina, enquanto parte significativa do esforço humano.

Ao longo destes dois séculos foram sendo criados museus a nível mundial, tendo no entanto as escolas britânicas conquistado a liderança na museologia médica ao longo do séc. XX.

Aliás Felip Cid considera que o *Hunterian Museum of Royal College of Surgeons of England*, e o Wellcome Historical Medical Collection foram o ponto de partida da actual museologia médica, não só pelo conteúdo, quantidade e valor dos seus fundos, mas pelo facto de conjugarem museologicamente a área científica com uma visão divulgadora bem marcada e, pela valorização, então inovadora, do objecto médico<sup>101</sup>.

Compreendendo-se que um entendimento dos seus conteúdos, será crucial para depreender o panorama da museologia médica e igualmente para o estudo desta tipologia de colecções, tentar-se-á agrupar os museus de medicina, obviamente de uma forma sucinta e não extensiva nem esgotável, até porque a escassa e incompleta bibliografia sobre a temática assim o não permitiria. Ter-se-á por base o carácter das suas colecções, assim como do seu discurso comunicativo e expositivo, sendo de destacar que alguns museus poderão encaixar em mais do que uma tipologia, prevalecendo nestes casos a característica dominante, dentro das seguintes sub-categorias<sup>102</sup>:

---

<sup>101</sup> CID, cit. 97, p.242

<sup>102</sup> Este levantamento, no qual os museus se encontram ordenados por ordem alfabética, e não por data de fundação dos mesmos, foi levado a cabo tendo por base os museus de medicina membros da Association Européenne des Musées d'Histoire des Sciences Médicales (fundada em 1984) e listagem de museus enumerados pelos autores Felip CID, na sua obra *Museologia Médica, Aspectos Teóricos y Cuestiones Práticas*. Bilbao: Museo Vasco de Historia de la Medicina e de la Ciencia, 2007. Vol.1; e por Ken ARNOLD, no artigo *Museums and the Making of Medical History* in BUD, Robert – "Manifesting Medicine: Artefacts series, studies in the history of science and technology". London: Science Museum, 2004.



### A) Museus de Medicina» Biográficos

Desenvolvidos em torno da história de vida de figuras médicas, normalmente esta tipologia de museus adopta um critério eclético, tentando equilibrar as facetas das personagens em destaque com os testemunhos das suas descobertas/feitos mais significativos, assim superando muitas vezes as dificuldades provenientes da falta de materialidade de bens:

- » *Alexander Fleming Laboratory*, Londres, Inglaterra
- » *Central Museum of Medicine of the Ukraine*, Kiev, Ucrânia
- » *Charles Darwin Memorial Museum*, Kent, Inglaterra
- » *Freud Museum*, Londres, Inglaterra
- » *Gordon Museum*, Londres, Inglaterra
- » *Ignac Semmelweis*, Budapeste, Hungria
- » *Jenner Museum, Gloucestershire*, Inglaterra
- » *Musée Claude Bernard*, Saint - Julien, França
- » *Musée Curie*, Paris, França
- » *Musée Flaubert et d'Histoire de la Médecine*, Rouen, França
- » *Musée Pasteur*, Paris, França
- » *Musée Yersin à Nha Trang*, Vietname
- » *Museo Di Storia Della Medicina "Dott. Ottavio Badessa"*, Messina, Itália
- » *Museum für Medizinische Endoskopie Max Nitze*, Stuttgart, Alemanha

Outro facto de extrema relevância e que deverá ser reconhecido, é de que, na sua generalidade, poder-se-á constatar que o edifício onde se encontra sediado o museu é coincidente com a residência familiar ou espaço de trabalho da respectiva figura médica.



Fig. 1 - Musée Curie, Paris, França.

Fonte: [http://mariecurie.science.gouv.fr/actu/actu2\\_1.htm](http://mariecurie.science.gouv.fr/actu/actu2_1.htm).



## **B) Museus de Medicina» Monográficos**

Tratam-se de museus de carácter temático, directamente relacionados com uma área clínica ou de apoio (Oftalmologia; Anestesiologia; Estomatologia, ..., Anatomia...); um interesse científico, como a teratologia; um período da História da Medicina / Cirurgia, ou mesmo um determinado tema marcante no contexto médico local, nacional e/ou internacional:

- » *Anaesthesia Heritage Centre*, Londres, Inglaterra
- » *Anatomisch Museum*, Leiden, Netherlands
- » *Army Medical Museum*, USA
- » *Belgian Museum of Radiology*, Brussels, Bélgica
- » *British Dental Association Museum*, Londres, Inglaterra
- » *British Optical Association Museum*, Londres, Inglaterra
- » *British Red Cross Museum*, Londres, Inglaterra
- » *Deutsches Apotheken – Museum*, Heidelberg, Alemanha
- » *Die Geburtshilfliche Sammlung der Universitäts – Frauenklinik*, Göttingen, Alemanha
- » *Florence Nightingale*, Londres, Inglaterra
- » *Historia de la Farmacia y legislacion Farmacêutica*, Barcelona, Espanha
- » *Istituti Ortopedici Rizzoli*, Bolonha, Itália
- » *Japanese Association of Anatomists Medical Museum, Faculty of Medicine - University of Tokyo*, Tóquio, Japão
- » *Leiden Museum of Anatomy*, Leiden, Holanda
- » *Military Medical Museum*, St Petersburg, Russia
- » *Moulagen Sammlungen des Universitätspital*, Zurich, Zurique, Suíça
- » *Musée de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris*, Paris, França
- » *Musée Delmas – Orfila – Rouvière*, França
- » *Musée du Docteur Guislain*, Gent, Bélgica
- » *Musée Dupuytren*, Paris, França
- » *Musée de l'Écorché d'Anatomie*, Le Neubourg, França
- » *Musée de l'Histoire Médicale et Diaconale à Ersta*, Stockholm, Estocolmo
- » *Musée de la Pharmacie*, Paris, França
- » *Musée du Service De Santé Des Armées du Val-de-Grâce*, Paris, França
- » *Musée de la Société française d'Orthopédie Dento-Faciale*, Paris, França
- » *Museo Anatómico Luigi Rolando de Sassari*, Itália
- » *Museo di Anatomia di Cagliari*, Itália
- » *Museo di Anatomia di Florência*, Itália
- » *Museo di Anatomia e Istologia Patológica*, Bolonha, Itália
- » *Museo di Anatomia di Napoli*, Itália
- » *Museo di Anatomia Paolo Gorini*, Itália



- » *Museo di Anatomia Umana* Eugenio Morelli, Roma, Itália
- » *Museo di Anatomia Umana* de Kaunas, Lituânia
- » *Museo Bergaglio della Farmácia*, Gavi, Itália
- » *Museo del Diabete*, Torino, Itália
- » *Museo della Facolta di Medicina Veterinária*, Milão, Itália
- » *Museo de la Farmacia Hispana*, Madrid, Espanha
- » *Museo Farmacia Picciola*, Trieste, Itália
- » *Museo di Istituto di Anatomia Umana Normal de Parma*, Itália
- » *Museu e Arquivos Históricos da Faculdade de Medicina de Estrasburgo*, França
- » *Museu da Faculdade de Medicina da Universidade Jagiellonian*, Cracóvia, Polónia
- » *Museum des Bundesverbandes der Deutschen*, Köln, Alemanha
- » *Museum Diergeneeskunde*, Utrecht, Holanda
- » *Museum of History of Dental Medicine*, Wien, Austria
- » *Museum of History of Pharmacologym*, Cluj-Napoca, Roménia
- » *Museum of the Order of St. John*, Londres, Inglaterra
- » *Museum of the Royal College of Edinborough*, Edimburgo, Escócia
- » *Museum Vrolik*, Amsterdam, Holanda
- » *Mütter Museum*, Philadelphia, USA
- » *National Museum of Dentistry "The Dr Samuel D. Harris"*, Maryland, USA
- » *Orthopädisches Geschichts und Forschung Museum*, Wurzburg, Alemanha
- » *Pathologisch Anatomisches BundesMuseum*, Wien, Austria
- » *Pauli Stradin Museum*, Riga, Letónia
- » *Prinzhorn Sammlung der Psychiatrischen*, Heidelberg, Alemanha
- » *Psychiatric Clinic of the University of Heidelberg*, Alemanha
- » *Psychiatrie-Museum*, Bern, Suíça
- » *Red Cross Museum*, Geneva, Switzerland
- » *Royal Army Medical Corps*, Chelsea, Londres
- » *Royal Pharmaceutical Society*, Londres, Inglaterra
- » *Schweizerisches Pharmazie – Historisches Museum*, Basel, Suíça
- » *The Foundling Museum*, Londres, Inglaterra
- » *Warren Anatomical Museum*, Harvard Medical School Building, Boston, USA

Historicamente a fundação de alguns destes museus é coincidente com o desenvolvimento das especialidades. O aumento dos saberes médicos, acompanhados de uma substancial participação instrumental gerou uma série de técnicas e aplicações, que não estavam ao alcance do médico generalista:

*"A semiología instrumental, as praticas cirúrgicas, as provas de laboratório, levavam a uma fragmentação do exercício médico, que exigiu conhecimentos e experiência. Em consequência, os instrumentos entraram numa fase de inovações heurísticas, cada vez mais engenhosas e*



complexas. Para além disso os aparatos que invadiram a área médica ... foram contudo aperfeiçoados com melhoramentos que suscitaram constantes substituições de modelos. Nunca até então o número de objectos obsoletos havia aumentado de um modo tão acusado e manifesto.".<sup>103</sup>

Predominantemente estes museus foram fundados por sociedades e associações médicas, cujas respectivas colecções permitiriam materializar a evolução e desenvolvimento de determinada aspecto/área da Medicina.



Fig. 2 - British Optical Association Museum,  
Londres, Inglaterra.

Fonte: <http://www.college-optometrists.org/museum>.



Fig. 3 National Museum of Dentistry's  
"The Dr Samuel D. Harris", Maryland, USA.

Fonte: <http://www.dentalmuseum.org>.

### C) Museus de Medicina» Memória Institucional

Sobretudo hospitais e colégios convertidos em museus, e/ou cuja temática abordada se focaliza em torno da história da instituição médica, da sua vocação de serviço público em termos de qualidade de vida e das suas figuras de destaque, com o intuito de celebrar a memória da instituição e explicar o seu lugar na História da Medicina local, nacional e internacional:

- » Bethlem Royal Hospital Museum, Kent, Inglaterra
- » Great Ormond Street Hospital, Londres, Inglaterra
- » Musée Hospitalier de Charlieu, França
- » Musée Hospitalier - Région de Lille, Lille, França
- » Musée de l'Hôtel-Dieu de Beaune, Beaune, França
- » Musée des Moulages de l'Hôpital Saint-Louis, Paris, França
- « Museu do Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

<sup>103</sup> CID, cit. 97, p. 327. (segundo tradução da autora do presente trabalho).



- » *Royal College of Physicians*, Londres, Inglaterra
- » *Royal London Hospital Museum*, Londres, Inglaterra
- » *St Bartholomew's Hospital Museum*, Londres, Inglaterra
- » *The Old Operating Theatre Museum & Herb Garret*, Londres, Inglaterra
- » *The Worshipful Society of Apothecaries*, Londres, Inglaterra

Na sua grande maioria conservam *in situ* o instrumental, mobiliário médico e demais objectos, remetendo o visitante para a data em que deixaram de prestar serviços assistenciais ou optando por recriações.



Fig. 4 - *St Bartholomew's Hospital Museum*, Londres, Inglaterra.

Fonte: <http://www.bartsandthelondon.nhs.uk/aboutus/museumphoto.asp>.

#### **D) Museus de Medicina» História das Ciências Médicas**

Dedicados exclusivamente às ciências da saúde, constitui um dos objectivos gerais desta tipologia de museus a premência de apresentar a evolução dos saberes médicos numa perspectiva temporal, ao lado de factores políticos e sócio - económicos que influenciaram os progressos médicos, tendo geralmente como ponto de partida o conhecimento e compreensão das variações de âmbito geográfico local e sua interligação com a então Medicina praticada, permitindo assim reconstruir e situar num contexto histórico preciso a evolução das ciências da saúde e interpretar seu significado.

Reflectem ainda a importância do instrumento médico, estabelecendo as categorias da sua aplicação, as suas particularidades activas e o peso tecnológico no campo da historiografia médica, descrevendo normalmente e relevância do desenvolvimento científico e seu impacto nas técnicas médicas.



- » *Adler Museum of the History of Medicine*, University of the Witwatersrand, Johannesburg, África do Sul
- » *Cape Medical Museum*, Cape Town, África do Sul
- » *Centre of Information and Medical Faculty of the Vilnius University*, Vilnius, Lituânia
- » *Deutsches Hygiene – Museum*, Dresden, Alemanha
- » *Deutsches Medizin – Historisches Museum*, Ingolstadt, Alemanha
- » *Dittrick Museum of Medical History*, Cleveland, USA
- » *Henry Wellcome's Historical Medical Museum*, Londres, Inglaterra
- » *Hunterian Museum of Royal College of Surgeons of England*, Londres, Inglaterra
- » *Institut Universitaire de l'Histoire de la Médecine et de la Santé Publique*, Lausanne, Suíça
- » *International Museum of Surgical Science*, Chicago Illinois, USA
- » *Istituti di Storia della Medicina -Università degli Studi di Milano*, Milão, Itália
- » *Karl Sudhoff Institut für Geschichte der Medizin und der - Naturwissenschaften Medizinische Fakultät Univ*, Leipzig, Alemanha
- » *Medical Historical Museum, University of Copenhagen*, Copenhaga, Dinamarca
- » *Medicinhistoriska Museet*, Göteborg, Suécia
- » *Medizinhistorisches Institut und Museum der Universität Bern*, Suíça
- » *Musée Flaubert et d'Histoire de la Médecine*, Rouen, França
- » *Musée d'Histoire de la Médecine*, Brussels, Bélgica
- » *Musée d'Histoire de la Médecine*, Lorraine, França
- » *Musée d'Histoire de la Médecine*, Lyon, França
- » *Musée d'Histoire de la Médecine*, Paris, França
- » *Musée d'Histoire de la Médecine*, Toulouse, França
- » *Musée de la Médecine*, Bruxelas, Bélgica
- » *Museo de Historia de la Medicina*, Catalunha, Espanha
- » *Museo de Historia de la Medicina*, Valência, Espanha
- » *Museo di Storia della Medicina, Università di Roma "La Sapienza"*, Itália
- » *Museo Vasco de Historia de la Medicina e de la Ciência*, Espanha
- » *Museu de Historia da Medicina "Prof. Maximiano Lemos"*, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal
- » *Museu de Medicina da Faculdade de Medicina de Lisboa*, Portugal
- » *Museum of Health Care of Kingston*, Ontario, USA
- » *Museum of the History of Medicine of the University of Zurich*, Zurique, Suíça
- » *Museum des Instituts für Geschichte der Medizin*, Viena, Áustria
- » *Museum of Medicine of Belarus*, Rússia
- » *National Museum of Health and Medicine*, Washington, USA
- » *Semmelweis Museum, Archives for the History of Medicine*, Budapeste, Hungria
- » *State Health Museum*, Hyderabad, Índia
- » *Thrackray Medical Museum*, Leeds, Inglaterra



Pretendem apresentar-se como lugares de memória e estruturas de ensino e investigação, procurando contribuir para uma melhor compreensão da história das ciências da saúde utilizando os cruzamentos e as associações que, hoje em dia, a investigação interdisciplinar possibilita.



Fig. 5 - Thackray Medical Museum, Leeds, Inglaterra.

Fonte: <http://www.thackraymuseum.org>.

#### **E) Museus que encerram colecções de Medicina**

Encaixam-se nesta categoria os museus interdisciplinares cuja linha expositiva e comunicativa não se remete em exclusivo para colecções relacionadas com as ciências da saúde, apresentando uma perspectiva histórica, técnica e cultural mais ampla.

Museus que visam sobretudo reflectir a história da ciência, que expõem um conteúdo em que as colecções médicas, convenientemente situadas, formam corpo como instrumentos pertencentes a outras ciências, sintetizando os traços fundamentais dos progressos científicos:

- » *Blists Hill Open Air Museum*, Shropshire, Inglaterra
- » *Boerhaave Museum*, Leiden, Holanda
- » *Medisinskhistorisk Samling i Bergen, Haukeland Hospital*, Bergen, Noruega
- » *Musée d'Histoire des Sciences*, Geneve, Suíça
- » *Musée Historique et des Porcelaines Château de Nyon*, Suíça
- » *Musée Marey*, Beaune, França
- » *Museu da Ciência da Iniversidade de Coimbra*, Portugal
- » *Museum of the History of Science*, Oxford, Inglaterra
- » *National Museum of America History Smithsonian*, Philadelphia, USA
- » *Philadelphia Museum of Art*, Philadelphia, USA



- » *Science Museum*, Londres, Inglaterra
- » *Steno Museum*, Aarhus, Dinamarca
- » *York Castle Museum*, York, Inglaterra

Salienta-se a importância do alcance global destes museus, os quais oferecem uma perspectiva muito diferente das respectivas áreas, enquanto enquadradas em determinado período ou contexto histórico-social.



*Fig. 6 - Boerhaave Museum, Leiden, Holanda.*

Fonte: <http://www.museumboerhaave.nl>.

### **Conclusão**

Tendo-se consolidado no decurso do séc. XX, impondo fundos específicos, intransferíveis, com conteúdos que os singularizavam e alcançando plenamente a categoria de núcleos independentes, com personalidade própria, muitos destes museus de medicina, sobretudo os mais antigos, foram de um modo crescente abrindo as suas portas ao público, alguns com restrições, permanecendo na sua pluralidade, estagnados, muitos em estado lamentável, até que por acção dos seus responsáveis, atentos às novas vias museológicas, empreenderam uma reestruturação de fundo, com a incrementação e recuperação das colecções, precedida de um minucioso estudo das peças.

Referenciando que o seu nascimento foi tardio e em número reduzido em comparação com outras tipologias museológicas, desproporção essa que se mantém actualmente, Cid afirma que a fundação de museus médicos a partir da segunda metade do séc. XX não melhorou contudo a situação, e tendo em conta as perspectivas com que se depara, acredita que de futuro não haverá progressos nesse sentido.



Como se poderá analisar na classificação proposta pela ICOM os museus de medicina integram-se na tipologia museus científicos, sub-tipologia museus de ciência e tecnologia -

*“museus relativos a uma ou várias ciências exactas ou tecnologias, como astronomia, matemática, física, química, ciências médicas, incluindo planetários e centros de ciência”<sup>104</sup>*, ocupando assim um comedido segundo plano nos saberes museológicos, o que *“apesar dos pontos comuns e similitudes, não é suficiente, pois em última instância os saberes médicos construíram-se para conhecer a complexa biologia do ser humano, as causas que mantêm a sua existência e aquelas que acidentalmente podem alterá-la”<sup>105</sup>*.

Tipologia museológica recente, que assume como que uma obrigação de identificar e conhecer os objectos e os articular com o seu respectivo uso nas práticas clínicas e/ou experimentais, são contudo várias as razões e factores que determinam que a museologia médica, apesar de alguns museus possuírem fundos impressionantes, se mantenha em segundo plano:

- » ocupando os saberes científicos ainda uma parcela bastante reduzida na ideia de cultura, as colecções médicas acabam por ser menosprezadas uma vez que não são consideradas como fazendo parte das Artes Nobres;
- » dificuldade da museologia médica em *“articular o significado, presença, sentido das suas mensagens no mundo cultural, continuando a ser um reduto mais visitado pela curiosidade que desperta, muito mais que pela sua participação no conjunto da divulgação museológica”<sup>106</sup>*.
- » requer conhecimentos específicos, o que leva a que os museus de medicina sejam maioritariamente prezados pelos profissionais de medicina, e não pelo visitante em geral;
- » investigação deficitária, levando a que os conhecimentos sobre os seus espólios sejam estáticos;
- » ...

A museologia médica caracterizada por Cid como a que *“estuda, determina e apresenta a evolução de um material destinado a verificar, por seus princípios e causas, a realidade dos fenómenos biológicos no seu estado normal ou patológico e encerrando saberes metodicamente formados e ordenados, circunscritos à heurística do mundo instrumental, que constituem um ramo particular nas tipologias científicas, uma vez que a Medicina e seus instrumentos e técnicas operam sobre seres vivos; enquanto o resto de ciências positivas o fazem sobre a matéria inerte”<sup>107</sup>*, deverá reclamar para si, tendo em consideração as diferenças museológicas específicas, um lugar definido e individualizado no conjunto das tipologias museológicas.

<sup>104</sup> ICOM - *Statistics on museums and related institutions in 1999*. Paris: December, 2000.

<sup>105</sup> CID, cit. 97, p. 27. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>106</sup> CID, cit. 97, p. 350. (segundo tradução da autora do presente trabalho).

<sup>107</sup> CID, cit. 97, p. 352. (segundo tradução da autora do presente trabalho).



Óptica igualmente defendida por Ken Arnold<sup>108</sup> que acredita que estes museus devem ter inevitavelmente um papel dominante na preservação do significado histórico da cultura material da Medicina, apresentando e defendendo dois enfoques museológicos complementares: por um lado, o papel historiográfico na apresentação dos objectos, e por outro, o facto das suas próprias histórias institucionais fornecerem informações contextuais fundamentais na complementação dos exercícios académicos desta natureza.

Tanto que em palavras de Arnold *"much more is possible by focusing on types of material that have their own story to tell, and in particular by the imaginative use and juxtaposition of this material and the insights it carries within thematic temporary exhibitions. If medical objects are held to have a historical voice, the role of museums is not just to keep them audible but, rather, to make them sing."*<sup>109</sup>.

Os museus de medicina, mais do que qualquer outro tipo de museu, apelam ao social, abordando temas complexos, dada a sua interferência com sentimentos íntimos que os seus visitantes experimentam e com o seu estado físico e mental.

Encerrando este poder de reactivar valores através dos quais se reconhece, se questiona e se integra uma sociedade, os museus de medicina deverão assim converter-se em verdadeiros espaços públicos de reflexão, espaços abertos ao debate, constituindo-se como lugares ricos de sentido para os visitantes, devendo passar a ter a preocupação de centrar as suas exposições mais incisivamente em ideias e conceitos, do que propriamente nos objectos apresentados.

---

<sup>108</sup> ARNOLD, Ken – *Museums and the Making of Medical History*. BUD, Robert – "Manifesting Medicine: Artefacts series, studies in the history of science and technology". London: Science Museum, 2004.

<sup>109</sup> ARNOLD, cit. 108, p.167.



### PARTE III – ESTUDO DE COLECÇÕES

*“O especialista sabe cada vez mais sobre menos, até saber tudo sobre nada.  
O generalista sabe cada vez menos sobre mais, até saber nada sobre tudo.”*

*George Bernard Shaw*



## 1 - O MUSEU DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO: UM PROJECTO

### 1.1 HISTÓRIA E CARÁCTER DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO

Herdeiro de dois antigos hospitais, nomeadamente a Albergaria de Roque Amador e Hospital D. Lopo de Almeida, longo é o percurso histórico do Hospital de Santo António, designado em vários documentos como a "Casa Grande da Santa Casa" e mais tarde e até à construção do Hospital S. João, como o "Hospital da Cidade".

Nascida por ordem régia de 1499 a Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) apesar dos seus poucos recursos iniciais desenvolveu uma rede assistencial na cidade pensada para acolhimento de doentes pobres, primitivamente composta por catorze obras. Segundo o historiador de Medicina Maximiano Lemos os primeiros hospitais eram *"mais asilos para os pobres do que recolhimento para doentes"*<sup>110</sup>.

A Albergaria de Roque Amador, construída no final do século XII, princípios século XIII, com entrada frente ao actual Largo dos Lóios, passou em 1521, por ordem de D. Manuel I, para propriedade da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Entre 1605-1689 com fundos doados por D. Lopo de Almeida sofreu profundas obras de alargamento, obtendo prolongamento até à Rua das Flores, das quais resultaram o Hospital D. Lopo de Almeida, igualmente gerido pela SCMP.

No séc. XVIII perante a afluência de doentes ao Hospital D. Lopo e dadas as carências e as necessidades evidentes da Cidade tornou-se premente a necessidade de construir um novo hospital adequado às novas necessidades.

Deste modo, a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia apresentou um pedido para edificação de um novo hospital ao rei D. José I, consentido a 12 de Junho de 1767.

A SCMP começou assim por ponderar a sua localização, a qual após alguma discórdia entre os Mesários ficou acordado que seria para o efeito comprado o terreno, a poente da Cordoaria, conhecido como o Casal do Robalo, bem como, e após sorteio para apuramento final, uma vez que haviam sido propostos quatro nomes - Santo António, S. Sebastião, S. José e S. João de Deus - , o nome do patrono religioso, designado por sorte Santo António.

O projecto foi entregue ao arquitecto inglês John Carr que concebeu um projecto colossal para o tempo, deverás ambicioso, tanto em números como em recursos e, argumentou-se na altura, inadequado para o fim em vista. De planta de forma rectangular, com pátio interior no qual se

---

<sup>110</sup> LEMOS, Maximiano, 1991 - *História da Medicina em Portugal, Doutrinas e Instituições*. Lisboa: Publicações Dom Quixote. Vol. 1, p. 99 (Data da edição original: 1899).



ergueria uma capela circular, o edifício deveria ser composto por 159 salas e salões, 142 enfermarias e 20609 portas e janelas, 56 escadas principais, (...).



*Fig. 7 - Frontispício do Hospital Santo António do Arquitecto - John Carr, 1769.*

*Proveniência: Centro Hospitalar do Porto.*

*Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.*

Iniciaram-se as obras em Abril de 1769, com a preparação do terreno e no ano seguinte mais precisamente a 15 de Julho de 1770 foi lançada a primeira pedra, trazida em procissão no andor do Santo António, desde a sede da SCMP, na rua das Flores.

As obras arrastaram-se penosamente por muitos anos enfrentando várias interrupções, determinadas essencialmente por escassez de meios financeiros mas também pelos difíceis períodos das invasões francesas e da Guerra civil.

A 19 Agosto de 1799, e com as obras ainda a decorrer, foram transferidos para o Hospital Santo António (HSA) os primeiros doentes, vindos do Hospital D. Lopo - 150 mulheres que foram ocupar o ângulo sul do edifício construído desde 1792.

A transferência dos restantes doentes fez-se aos poucos, à medida que os segmentos do edifício se iam finalizando.

Saliente-se contudo que o grandioso projecto inicial não chegou a ser concluído, nomeadamente a configuração em quadrilátero não chegou a ser fechada e as alas laterais foram reduzidas a cerca de cinquenta por cento do comprimento proposto por John Carr, bem como diversos foram os ajustamentos introduzidos pelos mestres construtores.

Não reunindo condições de saúde e higiene adequadas, sobretudo à luz dos princípios higienistas, que emergiram no decorrer do séc. XIX, com enfermarias mal arejadas, estreitas e apertadas e mal preparadas para receber os doentes, não faltaram ao longo do tempo as críticas ao edifício, como a título exemplificativo, se pode ler no relatório do mesário da Misericórdia do Porto, João



Mendes Osório em 1868: *"O Hospital de Santo António, edificado n'uma época em que se desatendiam, de todo o ponto, as indicações da sciencia, e só se consultavam os architectos, impondo-se-lhes, por condição, que traçassem riscos magníficos e phantasiosos, está hoje muito áquem das necessidades da época, nem póde, jamais, vir a ser um hospital tolerável"*<sup>111</sup>, pelo que propunha a transferência do Hospital para outro local e a afectação do edifício a outros serviços.

Servindo toda a cidade do Porto e arredores era opinião corrente que o Hospital carecia de uma profunda remodelação, quer nas instalações, bem como na organização.

Soluções pontuais foram surgindo como se pode constatar nos Boletins da SCMP, nomeadamente: *"as administrações e direcções clínicas bem intencionadas, por certo, mas nem sempre bem informadas, foram adaptando o antigo edifício, remendando, dividindo, ampliando mesmo, até atingir o estado em que se encontra presentemente. De uma análise ao aspecto geral que apresenta, conclui-se que as instalações tais como estão não satisfazem. Numa futura remodelação funcional, porém, deverá manter-se a sua traça fundamental, quer exterior, quer interior"*<sup>112</sup>. Ao nível dos terrenos do jardim interior foram também sendo construídas algumas edificações provisórias para instalação de serviços auxiliares.

Desde 1933 que a alternativa governamental era a construção de um novo hospital o que só viria a ocorrer em 1959 com a inauguração do Hospital S. João.

Ao nível organizacional fizeram-se igualmente alterações significativas:

*"Nos finais da década de 60, era já imparável o movimento para uma maior racionalização e aproveitamento de meios, bem como para a implementação de um maior sentido de humanização. A eleição do Dr. Domingos Braga da Cruz, em 1971, para Provedor da Santa Casa da Misericórdia e, por inerência, para a administração do Hospital, é apontada como um facto crucial para a modernização do Hospital, em função do seu espírito aberto à inovação e das suas capacidades de iniciativa e de decisão, a que acrescia a capacidade política para fazer aceitar as suas propostas. O Hospital foi então integrado na rede dos Hospitais Centrais, o que implicou o ingresso de uma administração profissionalizada, através de um gestor de carreira, conhecedor dos princípios da moderna organização hospitalar (Dr. Moreno Rodrigues). Foi nessa altura que se criou uma comissão para desenvolver um Plano Director para o Hospital que, sob a presidência de Braga da Cruz, era integrada pelo Dr. Corino de Andrade, pelo administrador Moreno Rodrigues e pelo arquitecto Carlos Loureiro, integrando ainda várias subcomissões. Dois elementos do grupo de trabalho (Silva Araújo e Moreno Rodrigues) realizaram então uma viagem de estudo a hospitais ingleses recém construídos.*

*Na sequência dessas diligências, os responsáveis hospitalares apresentaram então ao Ministério um projecto de plano director, cuja apreciação governamental sofreu uma paragem com a*

---

<sup>111</sup> OSÓRIO, João Mendes - *O Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Porto: Typographia de António José da Silva Teixeira, 1868.

<sup>112</sup> *Boletim da SCMP*, 2, Maio-Agosto 1953, p. 39.



*emergência da revolução de 25 de Abril de 1974. Mas a posterior nacionalização do Hospital, em 1975, só acelerou a vontade da transformação*<sup>113</sup>.

No entanto, foi um trágico incêndio na ala norte do HSA, o qual destruiu mais de uma centena de camas e vitimou dois doentes, que acelerou os estudos relativos ao plano director por parte do Estado, entregues em Novembro de 1977.

Apesar da aprovação do ante-projecto ter ocorrido em 1983 e o término do projecto em 1986, as obras que dotariam o Hospital de um edifício complementar, seguindo obviamente os novos padrões hospitalares, só se iniciaram em 1992, sendo concluídas passado seis longos anos - 1998. Um longo percurso particularizado por quem na altura teve que lidar com estes constrangimentos e por quem lhe tomou o testemunho, nomeadamente:

Luís de Carvalho<sup>114</sup> e Paulo Mendo<sup>115</sup>:

*" Tudo começou no início, já longínquo, dos anos setenta, em que a geração que nos antecedeu, sob a direcção inteligente e arrojada do então Provedor da Santa Casa e Director do Hospital, Dr. Domingos Braga da Cruz, elabora o primeiro grande "Plano Director" do hospital que não teve seguimento imediato e que, só em 1976, a tragédia do incêndio da ala norte (Cirurgia), viria mostrar a imperiosa necessidade da sua concretização.*

*Era, então, um de nós (Paulo Mendo) Secretário de Estado da Saúde do primeiro Governo Constitucional, sendo Ministro dos Assuntos Sociais, que englobava a pasta da Saúde, o saudoso Dr. Armando Bacelar, homem do Norte, conhecedor dos problemas do nosso Hospital.*

*Foi, por isso, possível, poucos dias após o incêndio elaborar um despacho ordenando que os serviços preparassem rapidamente um novo plano director com vista à profunda remodelação e recuperação do Hospital.*

*Plano Director que foi feito em tempo recorde, com o contributo essencial dos Directores dos Serviços e o empenho directo de um de nós (Luís de Carvalho), Chefe de Serviço de Neurocirurgia que, depois, quer como Director Clínico quer como Director do Hospital tornou a remodelação do Hospital um dos grandes objectivos dos nossos mandatos.*

*Menos de um ano depois do incêndio, em sessão solene no salão Nobre do Hospital, o Ministro Dr. Armando Bacelar podia entregar ao Ministro das Obras Públicas, Eng. Almeida Pina, o plano director pronto para ser executado, com urgência (!!!) pelas Construções Hospitalares, então sob a sua tutela.*

*Urgência que durou quase vinte anos de constante luta!*

*Um as traseiras quase sórdidas e uma rua bordejada de casas arruinadas deram lugar a uma construção de belos volumes, da autoria do Arq. Carlos Loureiro e seus colaboradores, que completaram, numa concepção moderna, a obra que em meados do Século XVIII, John Carr*

<sup>113</sup> ALVES, cit. 88, p. 29.

<sup>114</sup> (Director Clínico:1974-1975;1988-1996; Presidente do Conselho de Administração do HGSA: 1993-1999).

<sup>115</sup> (Presidente da Comissão Instaladora: 1976; Presidente do Conselho de Gerência:1987; Presidente do Conselho de Administração do HGSA: 1988-1993).



*sonhou e que é hoje monumento nacional.*

*Foram vinte anos de permanente aventura e permanente ansiedade, porque paravam os estudos, porque mudavam os Governos, porque podia não haver dinheiro, porque não se sabia o que nos reservava aquele sub-solo onde um rio passava dois séculos atrás, porque muita gente não queria que as obras se fizessem.*

*Tudo foi superado e a obra aí está. Vinte anos é muito, é pouco? É muito, é demasiado, para quem como nós os viveu, dia a dia e de preocupação em preocupação. É muito, é demasiado, para quem teve que viver trabalhando, ou tratando-se, durante esses anos, em condições indignas. Não é nada, para as novas gerações que passaram a usufruir de um belo hospital, julgando que ele sempre foi assim e que nunca saberão como foi esta aventura. E ainda bem, porque o passado não pode amarrar o futuro.*

*A nossa geração entrou num Hospital sem comodidade, sem higiene, sem conforto, feito para os pobres e rejeitados.*

*Deixámo-lo modernizado, equipado, confortável e belo...<sup>116</sup>.*

Fernando Sollari Allegro<sup>117</sup>:

*"De hospital degradado e atrasado do centro da cidade, por força do novo edifício, modernizou-se, enriqueceu tecnologicamente, ganhou nova força e nova energia recobrando da letargia dum passado recente, tornando-se diferenciado e competitivo. Depois do primeiro impulso inovador veio o hospital empresa a nova organização interna e por fim o Centro Hospitalar. Sem a corrente modernizadora e galvanizadora do novo edifício estamos certos que tudo o que se seguiu seria impossível.*

*Para as novas gerações, que são já a maioria na instituição, seria impensável imaginar seiscentas camas no edifício Neoclássico e a ausência de toda a tecnologia já espalhada pelos edifícios. Os novos blocos, a esterilização, o Centro de Formação, o Auditório, os TAC, a Ressonância, o CorLab, ...<sup>118</sup>.*

Transformado em 2002 em Sociedade Anónima e em 2005 em Empresa Pública do Estado, desde Setembro de 2007 que o Hospital Santo António integra, juntamente com outras duas unidades, nomeadamente a Maternidade Júlio Dinis e o Hospital Maria Pia, o Centro Hospitalar do Porto (CHP), EPE, aprovado em Conselho de Ministros no dia 19 de Julho de 2007.

---

<sup>116</sup> Texto introdutório da Exposição Fotográfica "1992 | 1998 Os Anos da Mudança" patente no Centro Hospitalar do Porto, Unidade Hospital Santo António, de 25 Setembro a 25 Novembro 2008.

<sup>117</sup> Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto.

<sup>118</sup> Texto introdutório da Exposição Fotográfica "1992 | 1998 Os Anos da Mudança" patente no Centro Hospitalar do Porto, Unidade Hospital Santo António, de 25 Setembro a 25 Novembro 2008.

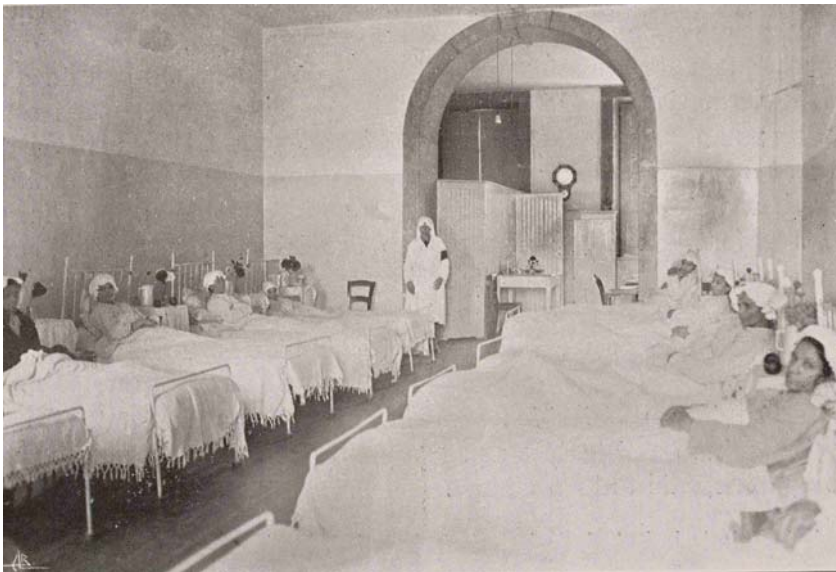


*Fig. 8 - Enfermaria de Clínica Médica - Sala do Espírito Santo.*

*Fonte: ALMEIDA, Prof. Thiago d' - O Ensino da Clínica Médica na Escola do Porto: de 1907 a 1927. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1927. p. 12.*

Tendo como referência a imprensa médica da época, correspondência do HSA, existente no arquivo semi-activo da Biblioteca Central do HSA, os relatórios anuais e respectivas actas da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, e ainda os artigos publicados no Boletim “Arquivos do HGSA”, maioritariamente da autoria de Luís de Carvalho, e que serviram de base orientadora desta reflexão, pode-se traçar, de uma forma concisa, a evolução da prática médica e cirúrgica na Instituição, particularmente ao nível da especialização, da seguinte forma:

#### **a) Os Antecedentes**

Inicialmente o Hospital restringia-se quase exclusivamente à vertente de internamento, sendo o ambulatório, então designado como “Banco, Aceitação e Consulta”, de reduzida dimensão relativamente a este.

O Internamento, onde a figura dos médicos, sendo cirurgiões, trabalhavam indiferenciadamente numa e noutra área, processava-se nas enfermarias designadas como:

- *Enfermarias Gerais ou Médico Cirúrgicas*
- *Enfermaria de “Partos”*
- *Enfermaria de “Tuberculosos”*
- *Enfermaria de “Varíolos”*
- *Enfermaria de “Toleradas” (meretrizes)*
- *Enfermaria da “Cadeia”*
- *Enfermaria de Homeopatia*

Esta enfermaria iniciou actividade em 25/12/1867 em cumprimento por legado e disposição testamentária do Conde Ferreira e é considerada como a primeira verdadeira especialidade autónoma.



Foi contudo sempre muito contestada, nomeadamente pelos seus procedimentos - “tratava doentes com a simples aplicação interna de água destilada e de miolo de pão em pílulas”<sup>119</sup>, tendo sido extinta nos fins dos anos 50 do séc. XX.

Foram seus directores: Dr. Augusto Carlos Chaves de Oliveira; Dr. Moutinho; Dr. Rodrigo Guimarães; Dr. Ramalho Fontes; Dr. Sousa Soares.

## **b) Consultas Especiais**

### *- Consulta especial de crianças (Pediatria)*

Fundada pelo Dr. José Dias de Almeida Júnior iniciou actividade a 1/5/1895 mais como especialização na área cirúrgica e só mais tarde evoluiu para pediatria médica.

Foram seus directores: 1895-1919 - Dr. José Dias de Almeida Júnior; 1919 - Dr. João Casimiro Barbosa; 1920-1954 - Dr. António Almeida Garrett; 1954 -1961 - Dr. Francisco Mel Fonseca e Castro; 1961-1974 - Dr. Carlos Moreira Amaral; 1974 -1977 - Dr. Augusto Costa; 1977 - 2000 - Dr. Baltasar E. Teixeira Valente; 2000-2003 - Dr. José Manuel Tojal Monteiro; Desde 2003 - Dr.<sup>a</sup> Maria Margarida G. Medina.

### *- Consulta especial de Oftalmologia*

A autorização para a sua criação foi dada em Maio de 1898, tendo só em 3/4/1899 ocorrido a sua abertura oficial. O grande dinamizador e autor de vários projectos de regulamento da mesma foi o Dr. António Faria Ramos de Magalhães, sendo auxiliado pelo Dr. Sousa Oliveira e pelo Dr. Joaquim Augusto de Matos.

*"Nesse tempo vários serviços praticavam Oftalmologia, sobretudo cataratas. No entanto, a partir da criação desta consulta especial começou a diferenciar-se a especialidade, o que fez com que logo a partir de 1901 a consulta passa-se a ser diária"*<sup>120</sup>.

Foram seus directores: 1899-1932 – Dr. Ramos Magalhães; 1932-1949 – Dr. Carvalho de Almeida; 1949-1972 – Dr. Manuel de Lemos; 1972 -1994 – Dr. António Queiroz Marinho; 1994-2000 – Dr. Joaquim Torres; 2000 - 2004 - Dr. António Marinho; 2004 - 2007 - Dr. Manuel Barca da Costa; Desde 2007 - Dr. Carlos Aguiar.

### *- Consulta especial de Dermatologia e Sifilografia*

Consulta inaugurada em 23/1/1900 sendo dela co-responsáveis o Dr. Júlio Estevão Franchini e o Prof. Dr. Luís de Freitas Viegas.

A Ginecologia *"continuou integrada na cirurgia, especialmente no serviço do Dr. Franchini, da qual se viria a individualizar, como secção e depois como serviço, mas já nos anos 40-50"*<sup>121</sup>.

<sup>119</sup> SIMÕES, A. A. da Costa - *O Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto*. Porto: Typographia do Jornal do Porto, 1883.

<sup>120</sup> CARVALHO, Luís de – *As especialidades no HGSA. Arquivos do HGSA*. Porto. II série, Vol. I: N.º 3, Junho de 2006. p. 25.

<sup>121</sup> CARVALHO, cit. 120, p. 27.



Foram seus directores: 1918-1928 - Dr. Luís Freitas Viegas; 1929 - 1961 - Dr. Luís Bastos Viegas; 1961 -1992 - Dr. Luís Frederico Viegas; 1992 -2003 - Dr. António Massa; Desde 2003 - Dra. Manuela Massa.

*- Consulta especial de Otorrinolaringologia*

Consulta aprovada em reunião da Direcção Administrativa do HGSA de 23/10/1909, conforme relatório da Mesa da SCMP de 1912/13.

Foram seus directores: 1909-1936 – Dr. Teixeira Lopes Júnior; 1936-1953 – Dr. Veloso de Pinho; 1953 - Dr. Eurico de Oliveira; 1953-1971 – Dr. Alvarenga de Andrade; 1971-2003 – Dr. António Gameiro dos Santos; 2003 - 2005 - Dr. Alcides Lima; Desde 2005 - Dra. Cecília Almeida e Sousa.

**c) A especialidade de Obstetrícia**

Constituindo-se juntamente com a Homeopatia como uma das especialidades mais antigas, a obstetrícia esteve quase sempre subordinada à Escola Médica, tendo-se afirmado, segundo referência de Luís de Carvalho, nos últimos anos do séc. XIX, nomeadamente a partir da administração do Prof. Cândido Pinho (1895).

Foram seus directores: 1825-1833 - Joaquim Inácio Valente; 1834-1836 - Vicente José de Carvalho; 1837-1857 - José Gregório Lopes da Câmara Sinval; 1857-1873 - Manuel Maria da Costa Leite; 1895-1924 - Professor Cândido Pinho; 1907-1910 - Dr. Artur Salustiano de Maia Mendes; 1926 - Prof. Morais Frias; 1948-1976 - Dr. Rolando Van Zeller; 1977-1989 - Dr. António Pereira; 1889-1994 - Dra. Helena Cruz; 1994-2000 - Dr. Carlos Santos Jorge; 2001-2003 - Dra. Manuela Sequeira; 2003 - Dr. Abílio Ferreira.

**d) Novas Especialidades da primeira metade do séc. XX**

» *Ortopedia*

Apesar de a primeira referência a esta consulta ser a 11/3/1914 a sua iniciação só ocorrerá em 1916. Até então a cirurgia ortopédica era praticada nas enfermarias de cirurgia do HGSA ou da Escola Médico-Cirúrgica, havendo uma especialização de destaque das enfermarias 1,2 e 9<sup>122</sup>.

Directores: 1916 - 1948 - Dr. José de Sousa Feyteira Júnior; 1948 - 1975 – Dr. Luís Carvalhaes; 1975 - 1982 - Dr. Sena Lopes; 1982-1985 - Dr. Augusto Costa; 1985-1988 - Dr. Pinto de Andrade; 1988-2001 - Dr. José Bárbara Branco; 2001-2004 - Dr. Luís Serra; Desde 2004 - Dr. António Serra.

*- Urologia*

Especialidade oficializada em 1924 foi seu director até ao início dos anos 50 o Dr. Óscar Moreno. No início do séc. XX a cirurgia urológica praticava-se nas enfermarias gerais de cirurgia, com especialização por parte das enfermarias 2,5 e 6<sup>123</sup>.

Directores: 1924-1949(?) - Dr. Óscar Moreno; 1949(?) -1967 - Dr. Carlos Borges; 1967-1973 -

<sup>122</sup> CARVALHO, cit. 120, p.37.

<sup>123</sup> CARVALHO, cit. 120, p.37.



Dr. Jacinto de Andrade; 1973-1999 - Dr. Araújo Milheiro; 1999-2005 - Dr. Adriano Pimenta;  
Desde 2005 – Dr. Filinto Marcelo.

#### - Estomatologia

Criada em 1913 teve como primeiro director o Dr. Jerónimo Carlos da Silva Moreira.

Directores: 1913 - 1936 - Dr. Jerónimo Moreira; 1937 - Dr. José Frazão Nazaré; Dr. António Paúl;  
1970 - 1984 - Dr. Lino Ferreiro; 1985 - 2001 - Dr. Teodoro Bettencourt de Sousa; Desde 2001 -  
Dra. Conceição Cerqueira.

#### - Neurologia

A Neurologia foi criada no HGSA em 1939, após a oferta de serviço de Corino de Andrade.

Até à data a Neurologia no Porto era exercida em conjunto com a Psiquiatria, no âmbito da especialidade designada por Neuropsiquiatria, sendo os doentes de Neuropsiquiatria tratados não no HSA mas sim no Hospital Conde Ferreira.

Foram seus directores: 1939-1976 - Corino de Andrade; 1997-2001 - José Castro Lopes; Desde 2001 - António Bastos Lima.

#### - Anestesia

Apesar de aparecer referenciado no relatório da SCMP de 1948 com a designação de “Serviço de Anestesia pelo Ciclopropano”, foi criado oficialmente em 1950 e correspondeu ao *“primeiro serviço português da especialidade, embora já houvesse praticantes noutras instituições, a começar pela Faculdade de Medicina do Porto, que à data dispunha de enfermarias e blocos no HSA”*<sup>124</sup>.

Foram seus directores: 1950-68 – Dr. Pedro Ruela Torres; 1968-73 – Director interino: Dr. Alfredo Ribeiro dos Santos; 1973/74-97 – 2º Director: Dr. Manuel Silva Araújo; 1997- 1999 - Dr. Fernando Mendo; 1999 - 2004 - Dra. Fernanda Nunes; 2004-2005 - Dr. Domingos Marques; Desde 2005 - Dra. Isabel Aragão.

#### e) Novas Especialidades da segunda metade do séc. XX

Já na segunda metade do séc. XX foram ainda criadas as seguintes especialidades, quase sempre coincidindo com serviços:

Cirurgia Vascular, mais tarde designada “Angiologia e Cirurgia Vascular”; Cardiologia; Cirurgia Maxilo-Facial; Endocrinologia; Gastrenterologia; Ginecologia; Hematologia Clínica; Imunohemoterapia; Imunologia; Medicina Física e Reabilitação (Fisiatria); Medicina Geral e Familiar; Medicina Nuclear; Medicina do Trabalho; Nefrologia; Neurocirurgia; Neuroradiologia; Oncologia Médica; Patologia Clínica; Psiquiatria; a que se juntaram, mais tarde, Anatomia Patológica, Cirurgia Plástica, Reanimação Respiratória, Neurofisiologia, Neuropatologia e os Cuidados Intensivos Pediátricos, entre outros.

---

<sup>124</sup> CARVALHO, cit. 120, p.40.



Mas também a enfermagem acompanhou este progresso tendo sido o HGSA "um dos primeiros hospitais portugueses a preparar os seus profissionais de enfermagem, criando em 1877 uma "Escola de Enfermagem", que, em 1896, dotou com um regulamento e oficializou junto do governo civil.

Essa prática de formação evoluiu, sendo designada, em 1953, de Escola de Enfermagem D<sup>a</sup> Ana Guedes ... integrando o sistema educativo nacional, desligou-se institucionalmente do Hospital em 1989"<sup>125</sup>.



Fig. 9 - Desobriga dos Enfermeiros Católicos no Hospital Geral de Santo António no ano de 1952.

Proveniência: Colecção da Enfermeira Ana dos Santos Machado.

<sup>125</sup> ALVES, cit. 88, p.114 - 115.



## 1.2 O HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO ENQUANTO HOSPITAL ESCOLAR DO PORTO

*"Os hospitais foram sempre escolas para o tirocínio das artes médicas nos tempos medievais e modernos, servindo de dispositivo de formação para os oficiais de artes de curar: cirurgiões, sangradores, parteiras e outros ofícios afins. O mesmo aconteceu nos hospitais da Misericórdia, de que há notícias várias<sup>126</sup>, desde anotações nos livros da Santa Casa ou no Arquivo Histórico Municipal, que guarda registos de exame e certificação dos vários mestres, por delegação do Cirurgião-Mor, com o registo de pagamento respectivo para poderem exercer as suas actividades, conforme a legislação da época"<sup>127</sup>.*

O Cirurgião-Mor do Reino, Teodoro Ferreira de Aguiar (1769-1826), teve um papel determinante junto do rei D. João VI (1767-1826) na criação de duas Escolas de Cirurgia, uma em Lisboa e outra no Porto, como forma de ultrapassar o carácter incipiente do ensino então prestado nos hospitais. Deste modo, criaram-se as Reais Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto, por alvará de 25 de Junho de 1825.

A Régia Escola de Cirurgia do Porto foi instalada em algumas salas e enfermarias da ala sul do HSA e esteve na dependência directa das deliberações do Provedor da SCMP e do Sub-delegado do Cirurgião-Mor do Reino.

O primeiro curso cirúrgico de cinco anos lectivos compreendia o ensino de uma multiplicidade de disciplinas:

1º Ano: Anatomia e Fisiologia; 2º Ano: Matéria Médica, Farmácia e Higiene; 3º Ano: Patologia Externa, Terapêutica e Clínica Cirúrgica; 4º Ano: Medicina Operatória, Arte Obstetrícia e parte forense; 5º Ano: Patologia Interna e Clínica Médica.

O ensino era da responsabilidade de cinco lentes proprietários - Vicente José de Carvalho (1792-1851); Francisco Pedro Viterbo (1787-1848); António José de Sousa (1789-1837); Joaquim Inácio Valente (1789-1883); Bernardo Pereira da Fonseca Campeão (1793-1834) - três substitutos - Francisco de Assis e Sousa Vaz (1793-1834); Alexandre de Sousa Pinto (1781-1834); Bernardo Joaquim Pinto (1795-1852) - e um porteiro - António Ferreira Braga (1802-1870).

No entanto, invocando os Arquivos da História da Medicina do Professor Maximiano Lemos, constatar-se-á que a instalação da Escola não foi de forma alguma simples e atravessou inicialmente um período de pouco reconhecimento social:

*"sujeitando-nos a estudar regularmente por espaço de cinco anos as matérias relativas a cada um, e fazer os exames públicos respectivos, que com o grande acto perante todo o Corpo Catedrático, no fim da nossa carreira, não são menos de doze, finalmente sujeitando-nos como filhos da Escola*

<sup>126</sup> MENDES, António Lopes (1991) – A Assistência Hospitalar da Cidade Invicta: Do Roque Amador ao Santo António. *HGSA - 200 Anos de História*, nº 1, p.7-13.

<sup>127</sup> ALVES, cit. 88, p. 52.



*a tudo quanto a Lei prescreve, vemos, com maior desgosto, indivíduos que deixando de satisfazer semelhantes condições são constituídos cirurgiões com um simples exame teórico-prático, como antes da fundação das Escolas se praticava, outorgando-se-lhes licença para tal fim, em vergonhoso desprezo da mesma Lei [...] alguns que preferiram o descanso a um tão assíduo trabalho, a ignorância aos conhecimentos, e finalmente a desgraça da humanidade a seus interesses particulares se tem servido do mesmo expediente, e obtendo por falsos documentos a mesma licença, se tem examinado de igual maneira e estão cirurgiões, sem mesmo terminarem o 1º ano anatómico. E não é isto uma infracção da Lei, um ultraje em aviltamento da Escola e querer promover a sua inevitável ruína?”<sup>128</sup>*

Em 1836 Vieira de Castro (1796-1842), Sá da Bandeira (1795-1876) e Manuel da Silva Passos (1801-1862) efectuaram uma reforma dos estudos cirúrgicos que conduziram à criação da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (EMCP).

Ao curriculum cirúrgico da Escola Médico-Cirúrgica do Porto associaram-se novas cadeiras de cariz médico e outras ciências como a Química, Zoologia e a Botânica passaram também a ser leccionadas.

Para a frequência, era exigida a idade mínima de 14 anos e os exames de Lógica e Latim. Mais tarde exigiu-se 16 anos de idade e a frequência dos estudos preparatórios na Academia Politécnica.

Contudo, o Hospital de Santo António nunca satisfez a comunidade universitária que ansiava por instalações próprias, mais condignas e modernas, tendo a mesma conseguido entre 1883/84 a sua autonomia administrativa ao passar para um edifício independente, nas imediações do HSA (actualmente ocupado pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Este novo espaço facilitou a organização de novos sectores: o Gabinete Anatómico, a Casa das Dissecções, o Gabinete de instrumentos cirúrgicos, o Gabinete de Matéria Médica e Farmácia, o Laboratório Farmacêutico, o Horto Botânico e a Biblioteca.

---

<sup>128</sup> LEMOS, Maximiano - *Arquivos de História da Medicina Portuguesa*. Porto: 1919. p. 22.

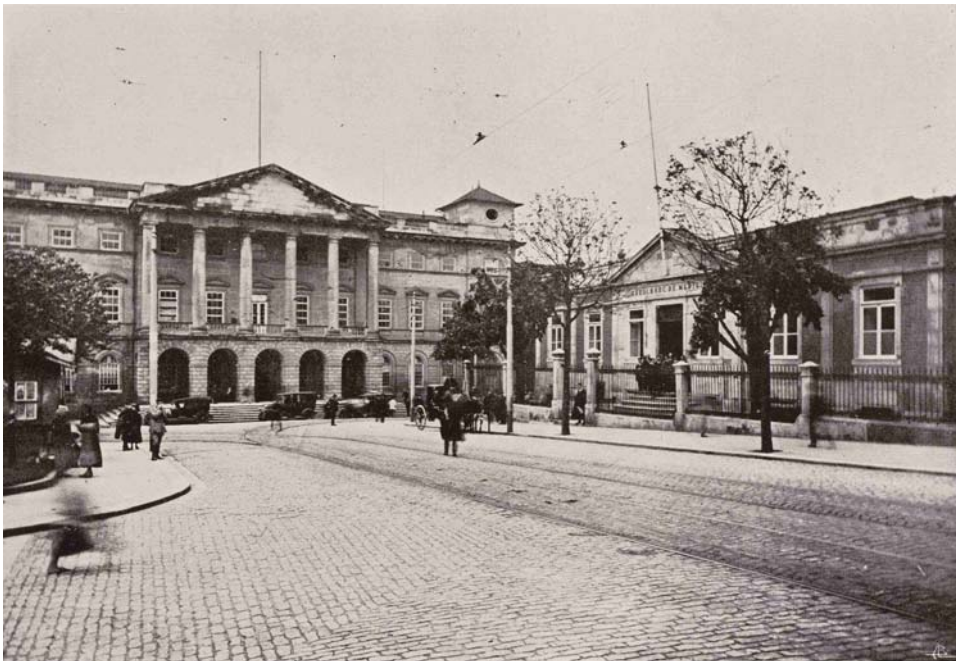


Fig.10 - Fachada do Hospital de Santo António e da Faculdade de Medicina do Porto.

Fonte: Boletim Clínico do Hospital de Santo António. Porto: Hospital de Santo António, 1928.

Em 1911 por decreto-lei de 22 de Fevereiro as Escolas Médico-Cirúrgicas do Porto e de Lisboa foram elevadas à categoria de Faculdades de Medicina, à semelhança da sua congénere de Coimbra. Ao longo de quase um século, *"os médico-cirurgiões das Escolas de Porto e Lisboa tiveram de lutar com os cirurgiões da velha guarda que minavam o seu poder/saber nas zonas rurais, por outro lado tiveram que combater a superioridade dos licenciados pela Universidade de Coimbra, que era facultada pela lei. Durante muito tempo, ao longo do século XIX, nos lugares de concurso os médicos de Coimbra tinham primazia sobre os cirurgiões de Lisboa e Porto, facto que originou uma longa série de reclamações e representações aos poderes públicos"*<sup>129</sup>.

Deste modo, a EMCP transformada em Faculdade de Medicina foi integrada na recém criada Universidade do Porto.

O corpo docente compreendia dez professores ordinários, sete extraordinários, doze primeiros assistentes e dezasseis segundos assistentes, e leccionavam-se no primeiro ciclo as disciplinas primordiais do curso, ministrados em institutos próprios; no segundo ciclo competia aos hospitais e aos estabelecimentos especiais de serviço público anexos à Faculdade a formação dos estudantes; e por fim no terceiro ciclo desenvolvia-se um estágio complementar onde havia liberdade para a preparação da tese doutoral.

Em 1914 ainda se publica uma medida legislativa que determina a criação de um hospital próprio para a Faculdade, no entanto a perspectiva do novo hospital é mais uma vez vaticinada, desta feita pela adversa conjuntura económica decorrente da Primeira Guerra Mundial.

---

<sup>129</sup> ALVES, cit. 88, p.96.



Em 25 de Novembro de 1959, finalmente a Faculdade de Medicina transfere-se para o Hospital de S. João, o novo hospital escolar.

Com a saída da Faculdade de Medicina o HSA ficou por um lado suprimido de uma das suas vertentes vocacionais, o ensino e, por outro lado, ao nível de recursos humanos ficou desfalcado não só com a saída dos médicos que constituíam o corpo docente da Faculdade, mas também de outros profissionais que optaram pelo novo hospital:

*"No horizonte, perfilava-se um eventual fim do HGSA, colocando-se várias hipóteses, desde o simples fecho e a afectação do edifício a novos serviços, quer a sua redução a hospital de retaguarda para doentes crónicos. A morte foi apenas aparente, pois pode afirmar-se que o velho corpo hospitalar, após alguma hesitação, sofreu uma verdadeira re-animação"*<sup>130</sup>.

No entanto, como nos diz Luís de Carvalho, antigo director do HSA, *"a instituição reagiu, investindo a sua herança cultural no ensino pós-graduado e na criação e desenvolvimento de novas especialidades e serviços"*<sup>131</sup>, como se relatou no capítulo transacto.

A 19 de Março de 1980 o HGSA assina protocolo entre o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar para colaboração na licenciatura em Medicina, retomando assim novamente a importante função de colaboração no ensino e reassumindo o seu carácter de hospital escolar.

---

<sup>130</sup> ALVES, cit. 88, p.82.

<sup>131</sup> CARVALHO, Luís de – *Nota de Abertura*. Arquivos do Hospital Geral de Santo António. Porto, Vol.1: Nº 1, Janeiro / Março 1997. p. 5.



### 1.3 AS COLECÇÕES DO MUSEU – O PASSADO, O PRESENTE E O FUTURO

O Hospital de Santo António possui um património histórico-cultural constituído sobretudo por peças de cariz técnico-científico, dispersas actualmente pelos diversos serviços e áreas hospitalares.

Apesar dos seus mais de duzentos anos de prática clínica, a parte substancial do fundo patrimonial do HSA remonta fundamentalmente a um período cronológico que se estende desde inícios do séc. XX até aos anos 90 e é, em grande medida, o resultado da colaboração desinteressada de muitos profissionais, que apesar das limitações e constantes remodelações de espaços, colaboraram e colaboram na salvaguarda e protecção de instrumentos, objectos, documentação e outros materiais que chegam hoje às nossas mãos.

Embora muitos dos objectos relacionados com a memória da instituição não estejam hoje à sua guarda, o acervo em questão reflecte contudo um período importante da sua história e património, abrangendo milhares de artefactos que ajudam a construir a memória da Instituição, enquanto testemunho de técnicas médicas e sua utilização em épocas distintas, visando assim dar a conhecer a evolução da Medicina em termos científicos, técnicos, tecnológicos e a sua relação com outras ciências:

#### - Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos Médico-Cirúrgicos, de Laboratório, Imagiologia e Farmacêuticos

Esta colecção encontra-se agrupada a partir das diversas áreas de estudo do organismo humano, e tem ainda em consideração a evolução da Medicina moderna e respectivas disciplinas e especialidades médico-cirúrgicas, num total contabilizado até à data de duas mil cento e oitenta peças.

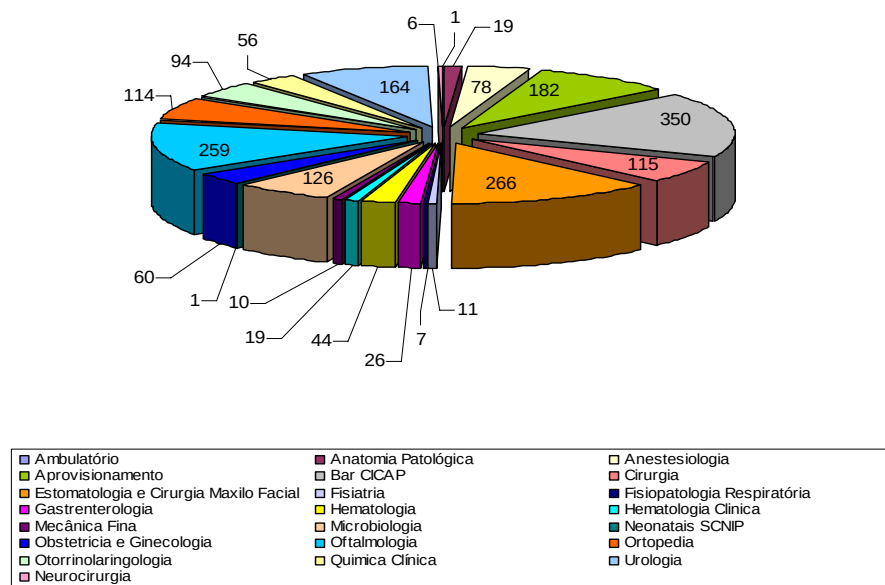


Gráfico 1 - Número total de objectos Médico - Cirúrgicos, de Laboratório, de Imagiologia e Farmacêuticos do Centro Hospitalar do Porto - Unidade HSA.



Pretendendo-se que as colecções de carácter médico - cirúrgico possam relacionar-se com outros objectos e memórias, numa lógica de complementaridade cultural, integram ainda o espólio as seguintes colecções:

**- Instrumentos, Equipamentos e Utensílios de apoio hospitalar**

Esta categoria integra objectos utilizados na terapêutica; saúde e higiene do corpo; conservação, preparação e consumo de alimentos; material administrativo e mobiliário hospitalar, entre outros, podendo-se contabilizar à data de Maio de 2007 cerca de cento e sessenta peças.

**- Pintura**

A colecção de Pintura é composta até à data por oitenta objectos enquadrados cronologicamente entre os séculos XIX e XX, sendo, na sua grande maioria, alusivos a benfeitores ou outras personalidades directamente relacionadas com o HSA ou com a Santa Casa da Misericórdia do Porto.



*Fig. 11 - Retrato do Irmão José António dos Santos. Alves, 1841.*

*Proveniência: Santa Casa da Misericórdia e Centro Hospitalar do Porto.*

*Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.*



### - Escultura

A colecção de escultura reúne mais de trinta objectos de arte sacra - donde se destacam peças como a Cruz dos enforcados até à singela imagem do patrono do Hospital, Santo António, - e de âmbito civil – salientando-se bustos de figuras nacionais, sobretudo benfeitores, personagens com lustre científico internacional e outra estatuária diversa.

### - Fotografia

Numa perspectiva de carácter documental, esta colecção reúne um importante espólio oriundo do fundo Ângelo das Neves, sob a alçada da Biblioteca Central do HSA, reproduções de legados particulares e diversas fotografias relativas ao edifício em si e registo de acontecimentos relevantes.

Numa outra vertente, encontramos fotografias dedicadas a temas médicos, captação de imagens sobre processos patológicos, eventos, cenas clínicas ou cirúrgicas, etc., perfazendo um total até a data de cento e cinquenta fotografias.

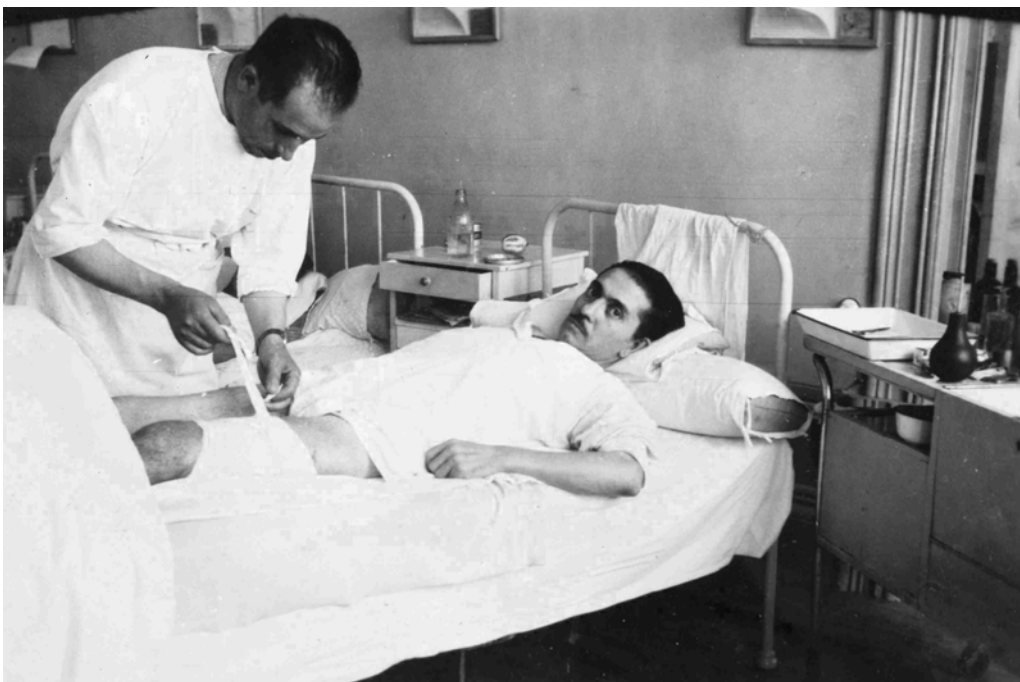


*Fig. 12 - Curativo. Pavilhão D. Manuel II.*

*Proveniência: Colecção da Enfermeira Ana dos Santos Machado.*

*Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.*

### - Medalhística

Esta colecção é constituída por sessenta e três medalhas alusivas às reuniões, confraternizações e congressos médicos, comemorativas de eventos médicos ou de homenagem a personalidades da Medicina e a cientistas nacionais e estrangeiros que contribuíram para o progresso das ciências da saúde.



#### **- Mobiliário**

Colecção constituída fundamentalmente por mobiliário hospitalar, predominantemente da segunda metade do séc. XX.

Para além das peças da referida tipologia, contempla em menor escala mobiliário de apoio, directamente relacionado com os diversos serviços clínicos e administrativos da instituição.

#### **- Espólio Documental**

O espólio documental, sob alçada da Biblioteca Central, é composto por milhares de publicações, monografias, manuscritos, revistas, jornais, etc., produzidos, acumulados e adquiridos no decurso do funcionamento da instituição.

Ressalve-se que os números aqui expostos dizem respeito ao “levantamento de existências” levado a cabo entre Janeiro e Maio de 2007, em cerca de quarenta serviços do HSA, sendo de salientar que este levantamento não está concluído, podendo assim ser revisto de futuro.

Relativamente ao património existente na Maternidade Júlio Dinis e Hospital Maria Pia, enquanto actuais unidades do Centro Hospitalar, não existe ainda posicionamento institucional quanto à possibilidade da integração deste no espólio do Museu do Centro Hospitalar do Porto.

Posteriormente a esta detecção de massa patrimonial potencial com caracterização relevante para a documentação da sua história e prática clínica aí desenvolvida, o HSA organizou a Exposição “Olhar o Corpo, Salvar a Vida” (Junho de 2007). A consciencialização patrimonial despoletada pela mesma originou na direcção institucional uma vontade de oficializar o projecto há muito pensado mas nunca concretizado efectivamente, nomeadamente a criação de um Museu.

Encarando-se este como um espaço museológico de carácter dinâmico, de reflexão e de debate como meio de produção de formas de autonomia e de cidadania crítica, o Museu do Centro Hospitalar do Porto (MCHP) tem assim por missão a celebração da memória da instituição e da Medicina, dando a conhecer por um lado, os sucessos, os desafios, a história e os sonhos de milhares de pessoas que fazem parte desta narrativa e da História da Medicina/ciências da saúde em Portugal e, por outro, destacando a capacidade de liderança e comprometimento desta instituição para com a educação e a investigação.

O conceito do Museu deverá igualmente desenvolver-se em torno dos cuidados de saúde, assumindo plenamente a sua vocação de serviço público em termos da educação e qualidade de vida, informando, explicando, explorando e discutindo princípios e práticas clínicas, participando plenamente na construção quer da cidadania activa quer de estilos de vida mais saudáveis.



Continuando a seguir os itens definidos no seu programa museológico preliminar<sup>132</sup>, da autoria da Professora Doutora Alice Semedo, as grandes linhas de acção do Museu inscrevem-se no:

» Desenvolvimento das colecções distribuídas por três grandes categorias:

- a) Colecção permanente: incluindo objectos e outros itens (como fotografias, documentos, etc.) relacionados com a missão e objectivos do museu e das suas políticas de aquisição e comunicação;
- b) Colecção de educação: incluindo objectos e outros itens relacionados com a missão e objectivos do museu mas que – e obedecendo a critérios e procedimentos pré-definidos – sejam adquiridos para serem utilizados e manuseados no âmbito de programas educativos.
- c) Arquivos: incluindo qualquer e toda a documentação relacionada com a história do CHP: correspondência, registos, etc.

- » Investigação, interpretação, preservação e conservação do espólio;
- » Desenvolvimento de políticas de gestão, conservação e comunicação das colecções;
- » Desenvolvimento de acções de divulgação, comunicação e interpretação que visem assegurar a acessibilidade à colecção;
- » Promoção de mecanismos de parcerias institucionais;
- » Desenvolvimento de acções de manutenção e conservação do espólio que tem à sua guarda;
- » Cooperação com os diversos serviços e unidades do CHP;
- » Promoção de uma melhoria constante do funcionamento nas actividades diárias do Museu;
- » Disseminação de informação sobre o estudo de colecções;
- » Avaliação de conceitos, programas e conteúdos;
- » Cativação e fidelização de públicos próprios;
- » Alargamento da oferta educacional e cultural da instituição;

Apesar de o Museu, oficializado no regulamento de Abril de 2008, não dispor correntemente de área expositiva própria, encontrando-se o seu acervo disperso por distintas áreas hospitalares, tem no entanto desenvolvido a sua acção tendo por base quatro eixos programáticos, a saber:

1. Produção de documentos orientadores;
2. Gestão de colecções;
3. Manutenção e conservação
4. Divulgação e comunicação;

No âmbito da produção de documentos orientadores, tem-se dado prioridade ao desenvolvimento de manuais de procedimentos que contemplem as diferentes áreas de intervenção e à produção de documentos orientadores para a execução dos normativos necessários para o correcto e normalizado funcionamento do Museu, nomeadamente, Regulamento Interno, Política de Incorporação, Normas e Procedimentos de Documentação e Conservação Preventiva, Livro de

---

<sup>132</sup> Consultar Anexo B - "Programa museológico preliminar / apresentação de conceitos".



Inventário Geral; Livro de Saída; Processos das Peças; Minutas de Autos e Contratos de Doação; Empréstimo Temporário; Transferência; entre outros.

Eixo estrutural e estruturante da actividade museológica, o Museu tem dedicado uma especial atenção à gestão de colecções mediante o prosseguimento incessante do estudo e informatização do inventário no *software In arte Premium*, pretendendo-se que de futuro o MCHP aumente não apenas quantitativamente, mas também do ponto de vista qualitativo, os indicadores do inventário<sup>133</sup>.

O inventário das colecções tem incidido no universo de peças catalogadas no decorrer do ano de 2007, assim como nas peças incorporadas em 2008.

Ao nível da incorporação de peças o MCHP continua a promover o consequente desenvolvimento e aumento das colecções, através da captação de colecções e espólios privados. Considerando os constrangimentos financeiros, tentar-se-á iniciar em 2009 uma restrita política de aquisições, envolvendo peças de carácter emblemático e excepcional, que permitam completar lacunas e ampliar e/ou constituir colecções de reconhecida relevância patrimonial nas esferas de acções disciplinares dominantes no Museu.

No que concerne à manutenção e conservação do espólio, e considerando a potencialização dos riscos da actual localização dos objectos expostos e em reserva, tem-se optado por dedicar especial vigilância ao estado de conservação dos mesmos, desenvolvendo-se relatórios periódicos de avaliação com ponderação das condições ambientais monitorizadas diariamente, assim como por implementação de rotinas de manutenção mensais. Constitui objectivo prioritário para 2009 o melhoramento de estratégias de acondicionamento dos objectos.

As áreas da divulgação e da comunicação assumem uma importância fulcral na actuação de um museu dado o seu papel de charneira com os públicos aos quais este se dirige.

Deste modo, este eixo programático constitui-se como uma área prioritária na actuação do MCHP, sobretudo com o reforço de acção que a página Web lhe permitirá quer ao nível da disseminação de informação do seu espólio, da fidelização de públicos próprios e sobretudo da projecção e visibilidade do trabalho de preservação da memória em que se tem investido.

Tendo em conta os estreitos contactos estabelecidos com diversos museus desta área temática, mais precisamente com o Museo Vasco de Historia de la Medicina, British Optical Association Museum; Royal College of Physicians; British Red Cross; Bethlem Royal Hospital; St. Bartholomew's Hospital Archives & Museum; The Royal College of Surgeons of England; The Wellcome Trust, entre outros, está a ser alvo de estudo a possibilidade de, já em 2009, se trazer para Portugal uma exposição em itinerância de um destes museus.

---

<sup>133</sup> Consultar no Anexo C - "Manual de Gestão de Colecções do MCHP".



## Conclusão

Pretendeu-se retratar a história desta instituição centenária, suas vertentes vocacionais, linhas estruturantes e diversas áreas e serviços que espelham o desenvolvimento do conhecimento médico, escolar, científico e tecnológico da instituição, demonstrando-se a evolução e modernização dos conhecimentos e da prática clínica praticada na instituição e reforçando a sua identidade. É exactamente tendo por base essas premissas que o Museu do Centro Hospitalar do Porto visa coleccionar, preservar, investigar, gerir, comunicar, expor e interpretar o património histórico-cultural herdado pela instituição e directamente relacionado quer com a memória da mesma quer com a investigação e práticas médicas e de enfermagem nela levadas a cabo, explorando com especial atenção contribuições específicas iniciadas neste hospital e seus contributos para a sociedade em diversos domínios, assumindo-se como um espaço museológico não de *"mero repositório de instrumentos médicos mas sim como um espaço profundamente identitário e educacional, de partilha de um património; um espaço de memória mas de uma memória necessariamente multivocal que implica os utentes / doentes; um espaço de aprendizagem para a vida, que informa, relaciona, interroga e mobiliza saberes e competências que promovam a educação pública em torno dos temas da saúde"*<sup>134</sup>.

---

<sup>134</sup> Anexo B "Programa museológico preliminar / apresentação de conceitos".



## 2 – DESCOBRIR E INTERPRETAR O OBJECTO MÉDICO: APRESENTAÇÃO DE MODELO DE ESTUDO

*"O homem só pode observar os fenómenos que o cercam em limites muito restritos; o maior número escapa, naturalmente, aos sentidos, e a simples observação não lhe basta. Para aumentar os seus conhecimentos, teve de ampliar, com a ajuda de aparelhos especiais, o poder dos órgãos, ao mesmo tempo que se armou com diversos instrumentos que lhe serviram para penetrar no interior dos corpos, para os decompor e estudar as partes que os formavam"*<sup>135</sup>.

Existe uma unanimidade por parte dos autores na premissa que considera o surgimento do objecto médico como uma projecção dos órgãos, ou mais precisamente, no caso dos instrumentos cirúrgicos, como resultado da necessidade de suprimir os limites da mão do cirurgião.

Antes da produção do instrumento médico o homem serviu-se dos seus próprios órgãos, como a sua boca, dentes e mãos, para resolução de certas afecções, nomeadamente, sugar; morder, triturar, apertar, cortar, raspar; comprimir, prender, sondar, retraindo, dilatar, apertar, segurar e percutir, diz-nos John Kirkup<sup>136</sup>.

Durante milénios os médicos a fim de obter informação que lhes permitisse diagnosticar utilizaram os seus cinco sentidos, os quais graças aos avanços científicos foram sendo auxiliados por instrumentos médicos cada vez mais sofisticados, precisos e seguros:

*"Das mãos aos instrumentos e às máquinas, eis a trajectória da tecnologia cirúrgica: amplia o campo da intervenção, torna visível o invisível, localiza o mal na opacidade do corpo. Do estetoscópio à imagiologia actual, muitos são os rebentos da árvore tecnológica.*

*Um longo e complexo caminho para superar as limitações humanas, para passar da fase de olhar o corpo à de salvar a vida."*<sup>137</sup>.

Como já referenciamos a instrumentalização do médico teve início no séc. XIX com a invenção do estetoscópio por Laennec em 1816. O termómetro, apesar de conhecido desde o séc. XVII, a sua utilização como instrumento para medição da temperatura corporal data de 1852 e só em 1880 Von Basch idealizou o esfigmomanómetro. Três instrumentos básicos e fundamentais no exame do paciente, aos quais se adicionaram muito outros ainda no final do séc. XIX, no decorrer do séc. XX e no séc. XXI, produzidos com novos materiais, em conjugação com novos conhecimentos, marcando uma ruptura na até então atitude passiva da Medicina que agora *"investe decididamente num arsenal de dispositivos tecnológicos com os quais se dispõe a diagnosticar, tratar e prevenir, visualizando o interior do corpo e nele penetrando para intervenção."*<sup>138</sup>.

---

<sup>135</sup> BERNARD, cit. 71, p. 85.

<sup>136</sup> KIRKUP, John - *The History and Evolution of Surgical Instruments*. London: Royal College of Surgeons, 1982.

<sup>137</sup> ALVES, cit. 88, p.118.

<sup>138</sup> ALVES, cit. 88, p.120.



O número total e diferencial de instrumentos médicos é incontável, verificando-se que ao longo dos tempos foram-se criando novos elementos, incorporados geralmente aos já existentes, diferindo por vezes em ligeiros detalhes.

Até aos inícios do séc. XIX, mais precisamente até ao surgimento das especialidades de exploração clínica, a qual até então coexistia num âmbito estritamente sensorial, abarcando manobras palpatórias, percussões manuais e uns esboços termométricos, consta-se uma supremacia instrumental dominante pela então vigente cirurgia:

*“Historicamente o nascimento das especialidades incitou a construção de múltiplos instrumentos, na medida que dominaria um jogo duplo: a probabilidade de ampliar a exploração de zonas recônditas, até então inéditas, e as dificuldades que envolvia o manejo dos novos aparelhos. Tecnicamente os intentos concentraram-se nas possibilidades que deparou a exploração directa dos orifícios naturais. Plantou-se pois, uma exploração pluriorifical que inclusive produziu a indicação de incisões de acesso em zonas orgânicas determinadas, isto até se adoptarem formas de entrada menos agressivas”<sup>139</sup>.*

No contexto museológico, o objecto médico que marcou a sua aparição na historiografia clínica, tal como já foi enunciado, só a partir do séc. XIX, em comparação com outros fundos museológicos e salvo raras excepções, goza de um baixo estatuto e esteve durante muito tempo renegado e associado a objecto menor.

Graças ao impulso e consolidação de que foram alvo os museus de medicina no decorrer do séc. XX, os seus fundos começaram a ser encarados como parte integrante dos arquivos patrimoniais, enquanto marcos de descobertas experimentais e interrogações científicas.

Deste modo, e com o objectivo de desenvolver uma metodologia de análise que possibilitasse retirar o maior número de informações – intrínsecas e extrínsecas – da tipologia de espólio em estudo, processo esse que de forma alguma se deve fechar num quadro conceptual personalizado e individualizado, que explique os objectos usando noções como o *gosto*, o *interesse* ou mesmo o *prazer estético*, debruçar-nos-emos inicialmente sobre quatro modelos generalistas de estudo de objectos e colecções apresentados em *“Interpreting Objects and Collections”<sup>140</sup>* - *Towards a material history methodology* de R. Elliot; *Thinking about things* de Susan Pearce; *Mind in matter: an introduction to material culture theory and method* da autoria de Jules Prown; *Not looking at kettles* proposto por Ray Batchelor -, e um particularmente vocacionado e direccionado ao estudo do objecto médico da autoria de Felip Cid na sua obra *Museología Médica, Aspectos Teóricos y Cuestiones Práticas*<sup>141</sup>.

---

<sup>139</sup> CID, cit. 97, p. 444.

<sup>140</sup> PEARCE, Susan - *Interpreting Objects and Collections*. London: Routledge, 1994.

<sup>141</sup> CID, cit. 97, p. 405.



Começar-se-á pois por apresentar, de uma forma sucinta, as diferentes perspectivas que cada um dos modelos oferece relativamente à análise de um objecto.

No seu modelo de estudo, R. Elliot salienta desde logo que a abordagem que irá expor (“*Towards a material history methodology*”) não deverá ser percebida como um conjunto de regras, mas sim orientações que ajudarão a compreender, essencialmente numa perspectiva histórica, o objecto.

O modelo apresentado é o resultado de um trabalho levado a cabo por Elliot e um grupo de universitários, o qual tomou como ponto de partida os modelos propostos por Fleming e Jules Prown.

Aproveitando os métodos de estudo da arqueologia como filosofia inicial, foram aperfeiçoando um modelo de estudo, baseando-se numa perspectiva essencialmente histórico-material, até estabelecerem as componentes essenciais deste processo interpretativo, nomeadamente: material (materiais usados no objecto); construção (métodos usados para a produção do objecto); função (função para a qual foi produzido e uso que lhe era dado); proveniência (origem do objecto); e valor (valor original para o seu produtor ou proprietário e valor actual para a sociedade em termos culturais).

Assim o processo de investigação sugere que numa primeira etapa se proceda a uma recolha de todos os dados observáveis do objecto, partindo só depois, numa segunda fase, para a sua comparação com objectos similares na função, no período de tempo, etc.

Outras fontes de informação, que poderão oferecer dados complementares relativamente às propriedades do objecto, serão consideradas numa terceira etapa.

Em cada etapa do processo de recolha de informação o investigador deve, para cada uma das componentes (material, construção, função, proveniência e valor), colocar uma série de questões ao objecto (Quais os materiais usados?; Quais os métodos de fabrico empregues?; Onde e quando foi produzido?; Qual a sua função?; Qual era o valor dado pela sociedade ao objecto?;...), bem como em qualquer uma das etapas deve, especialmente se surgirem novas informações que ajudem à análise das propriedades do objecto, reexaminar o mesmo.

A última etapa do processo de análise consiste em traçar as conclusões derivadas das questões precedentes, podendo surgir evidências contraditórias que implicam a formulação de novas hipóteses para as explicar.

Outro dos modelos propostos é o de Susan Pearce “*Thinking about things*” (1994).

Segundo Pearce os objectos encerram informação única acerca do homem na e em sociedade e a investigação e exposição dessa informação cabe ao conservador; sendo este o seu contributo no sentido que as colecções dos museus ajudem à compreensão da sociedade.



Assim ao levantar as questões: Como?; O quê?; Quando?; Onde?; Por quem?; Porquê?, obtemos respostas interessantes sobre o papel do objecto na sociedade.

O modelo proposto tem por base as propriedades do objecto – o material; a história; o seu contexto; e o seu significado – e uma série de estudos e análises adaptadas a essas propriedades. Deste modo, relativamente ao material deve o investigador começar por efectuar, para uma recolha de dados sobre o objecto, uma descrição das componentes físicas relevantes do mesmo – construção, decoração, etc. – e comparar posteriormente com outros objectos, relativamente ao *design* e uso de *materiais*, no sentido de depreender o seu carácter, e assim criar grupos tipológicos e séries, bem como determinar a sua proveniência, datação e caracterização das técnicas industriais nele aplicadas.

Deve ser igualmente analisada a história não só *do objecto* – o seu proprietário, o produtor, o seu uso, etc. -, mas também a sua *história subsequente* – publicações, exposições... Esta análise envolverá técnicas de datação científica e pesquisas documentais relevantes.

Para compreender a dimensão do objecto, e uma vez que este existiu num determinado local em relação com outros artefactos, é necessário estabelecer o seu contexto, divisível num *micro contexto* – ambiente imediato do objecto - e num *macro contexto*, que deverá ser o mais abrangente possível.

Pearce salienta ainda a análise do significado do objecto, quer no seu contexto espaço-temporal, quer o significado que o objecto possa ter para quem o analisa, ressaltando que poderá ser este estudo do papel psicológico dos objectos que poderá vir a conter os aspectos mais profundos da análise, assim como poderá contribuir para a melhor compreensão do papel do Homem em sociedade.

A última fase de análise do objecto proposta é a interpretação. Tendo em conta todas as informações já recolhidas, estabelece-se as possíveis análises – estruturas, padrões, formas económicas, etc. – de modo a ser perceptível o significado do objecto na organização social através do tempo.

Outro dos modelos é o de Jules Prown, intitulado “*Mind in matter: an introduction to material culture theory and method*” (1982).

Segundo este método, baseado nas disciplinas de história de arte e arqueologia, a análise do objecto evolui através de três fases: descrição, dedução e especulação, e tem como característica principal o facto de comportar um certo grau de subjectividade na sua análise.



Na descrição o observador deve-se limitar ao que pode ser observável no objecto em si mesmo, e não de pressupostos da sua experiência, partindo do geral para o particular e usando a terminologia mais adequada.

A descrição deve por sua vez ser feita em três etapas:

- *análise substancial* - descrição física do objecto (dimensões, materiais e seu padrão de distribuição no objecto);
- *conteúdo* – análise das representações patentes no objecto (inscrições, motivos decorativos, etc.);
- *análise formal* – análise das formas e configuração do objecto (cor, luz, textura, organização tridimensional, ...).

Na segunda fase, a dedução, Prown sugere uma interacção entre o objecto, que transporta em si a sua história, e o investigador com a sua história, no sentido de este “desvendar” o mesmo.

Propõe assim: uma *experiência sensorial* – cheiro, audição, visão, ...; uma *apreensão intelectual* do objecto – apreciação da sua mensagem – que irá depender da experiência do investigador; e uma *resposta emocional* do investigador face ao objecto – se desperta curiosidade, indiferença, medo, etc.

A especulação, terceira e última fase, consiste por um lado numa formulação de *teorias e hipóteses* e por outro no desenvolvimento de um *programa de pesquisa*.

Para tal o investigador deve começar por rever a informação recolhida nas fases anteriores e só depois desenvolver teorias que possam explicar os efeitos observados e sentidos.

Toda esta análise preliminar é complementada com um plano de investigação das evidências extrínsecas ao objecto, devendo o investigador voltar sempre atrás e testar novas hipóteses que possam oferecer outras respostas.

Ray Batchelor é outro dos investigadores que propõe uma metodologia “*Not looking at kettles*” (1986), realçando essencialmente que os objectos podem ter múltiplas interpretações, desde que se entenda os seus diversos significados, o que só é possível quando observados efectivamente. Deste modo ele sugere que depois de identificar o objecto, se proceda à análise do mesmo segundo seis passos:

1. A ideia ou a invenção – o investigador deve descobrir a invenção, evolução de ideias ou descoberta, que está por detrás do objecto;
2. Materiais de que é feito – devem ser identificados os materiais e analisada a razão da sua escolha.
3. Produção ou manufactura – deve ser tido em conta que a escolha dos métodos de fabrico é condicionada pela escolha dos materiais. Muitas vezes a análise das manufacturas, num determinado espaço e tempo, permite a datação do objecto.



4. Marketing – esta área é bastante importante na interpretação do objecto, uma vez que diz respeito ao contexto no qual o objecto foi criado.
5. Arte – atender à história do estilo, do design, etc., uma vez que o design de um objecto influencia o seu valor e a sua identificação.
6. Uso – por fim atender à função e aplicação do objecto (original e no museu).

O objecto é pois o ponto de partida de todas estas abordagens, as quais, tal como nos sugere Elliot, devem ser consideradas apenas como orientações, e não regras, que nos ajudarão a compreender o objecto.

Numa óptica mais voltada para o próprio objecto médico teremos o modelo proposto por Felip Cid<sup>142</sup>, que assenta numa tripla metodologia.

Numa primeira fase Cid sugere que seja efectuada uma caracterização do objecto médico, tendo por base as seguintes premissas – contextualização no seu momento histórico; suporte científico; objectivação das aceitações ou críticas tecnológicas; e caracterização do mesmo relativamente ao seu uso – incluindo neste caso os aditamentos a que foi sujeito partindo da estrutura originária - ou desuso; passando de seguida à análise das peças com a ajuda de elementos técnicos, nomeadamente, interpretação das matérias-primas aplicadas no seu fabrico; datação; características estruturais e formais; e reprodução de experiências com os instrumentos da época, proporcionando deste modo uma visão funcional.

Numa terceira fase de investigação deverá o investigador ocupar-se sobretudo dos campos de actuação científica e anteriores derivações práticas, compreendendo a aplicação de tecnologias mais avançadas e percebendo as vantagens e limitações de ditas tecnologias.

Sendo nosso intuito entrar no domínio do objecto médico desenvolvendo um modelo que materialize e reflecta a participação do mesmo nas diversas acções que explicam a sua evolução e desenvolvimento nas ciências da saúde e a sua utilidade de aplicação na sociedade, abordando com qualidade científica a particularidade da museologia médica que entende o objecto médico como o conjunto de instrumentos, aparelhos, equipamentos e acessórios aplicados na prática médica através dos tempos, optou-se por dar enfoque a algumas orientações e premissas, sobretudo dos modelos de Susan Pearce, Batchelor e Felip Cid que melhor se coadunassem à tipologia de objectos em estudo, como, a interdisciplinaridade do estudo do objecto no sentido de reunir o máximo de informação possível (Batchelor, 1986); não esperar estudar todos os objectos do mesmo modo e com igual profundidade (Susan Pearce, 1986); atender a problemas de contingência e independência dos elementos que formam o objecto médico (Cid, 2007) , etc.

Referir ainda que o modelo que será aqui exercitado é o resultado de um trabalho com uma vertente de elevada densidade de investigação, alargada pelo diálogo com museus congéneres e

---

<sup>142</sup> CID, cit. 97, p. 456.



sem por em causa novas possibilidades de o aprofundar, uma vez que acreditamos que a mensagem ou significado que oferece o objecto será sempre incompleto e cada investigador preencherá as lacunas no seu próprio caminho, uma vez que, sendo o objecto inesgotável, será precisamente essa inesgotabilidade que forçará o investigador/observador nas suas decisões.

Tendo em consideração a complexidade do objecto médico torna-se necessário iniciar o estudo do mesmo tendo já por base um *background* acerca dos próprios objectos e contextos envolventes e relacionáveis.

Assim sugere-se que uma vez identificado o objecto se proceda à sua correlação com os diferentes contextos nos quais o mesmo se insere, partindo-se de um quadro geral para aspectos mais particulares, sendo de distinguir entre Macro-contexto - conceito mais alargado que pode ser tão amplo como se julgar necessário para o estudo - e Micro-contexto - referente ao ambiente mais próximo do objecto de estudo e os seus condicionalismos.

### **Macro-Contexto**

A História da Medicina seguiu um caminho transversal à história mundial e à história científica em geral.

Deste modo, no sentido de se avaliar e determinar a significação técnica e funcional do objecto, proceder-se-á inicialmente a uma abrangente investigação para o entendimento do seu posicionamento em diferentes contextos.

Deverá assim o investigador aprofundar o seu campo de estudo ao contexto médico em geral mas também e sobretudo à correlação do objecto com os contextos económicos, políticos e sociais, no sentido de perceber a sua alocação com as necessidades sociais que surgiram ao longo de séculos e que se tornaram determinantes para os avanços na área das ciências da saúde, pois como refere Amélia Ricon Ferraz:

*“O instrumento brotou de uma exigência humana, sinal de uma nova etapa no processo de hominização. O domínio das suas situações, quer correntes quer inéditas, mostrava-se insatisfatório sempre que a intervenção de uma parte corporal era o único agente de acção. Cedo reconheceu o homem a vantagem de prolongar o seu espaço físico, de forma a valorizar o fim da sua vontade. Inúmeras vezes fê-lo como solução para as múltiplas necessidades pessoais e mais tarde, de grupo...”<sup>143</sup>*

Tal como já se havia demonstrado no segundo capítulo, da segunda parte desta reflexão, a Medicina, obrigada a dar uma resposta ao sofrimento do homem é obrigada a inventar novas técnicas, podendo *“o desenvolvimento tecnológico do séc. XX ser entendido como o fruto da fractura entre o homem e o mundo de necessidades que ele exprime através da doença, e da artificialidade do espaço concedido à intervenção médica”<sup>144</sup>.*

---

<sup>143</sup> RICON FERRAZ, cit. 68, p. 12.

<sup>144</sup> Enciclopédia Einaudi, cit. 63, p.430.



Ficando assim patente que o poder que se imprime sobre o corpo, avança em conjunto com as anormalidades que as ciências médicas e do conhecimento que o acompanham adoptam, tendo por único objectivo a acção benéfica de protecção das pessoas e da sua saúde.

### **Micro-Contexto**

No próprio contexto médico há que perceber os eixos e circunstâncias que influenciaram a criação do objecto, uma vez que este exerce uma função determinada ante um problema concreto, não sendo fruto de uma causalidade, assim como assinalar-se as causas que levaram à inoperatividade da peça, sendo nestes casos um exercício de grande importância tentar, se tal ainda for possível, identificar nos objectos actuais a estrutura originária.

Deste modo, a decisão de empregar um determinado aparelho de um modo específico baseia-se no pressuposto de que somente certos tipos de circunstâncias ocorrerão. Existem diversas expectativas instrumentais, assim como teóricas, que frequentemente têm desempenhado um papel decisivo no desenvolvimento do objecto e que deverão ser nesta etapa aprofundadas.

Neste campo deverão ser explanados todos os dados respeitantes ao contexto de origem, percurso histórico do objecto, eventuais alterações de função e contextualização do local de uso e recolha, se não coincidente, constituindo uma ferramenta indispensável na evocação de contextos e estabelecimento de relações concretas a compilação de dados *in situ* sobre o objecto.

Numa segunda etapa deverá o investigador, tendo o objecto como ponto de partida da sua abordagem, descobrir a evolução de ideias, invenção ou descoberta que se encontram a ele articuladas, devendo não só serem apreendidos os fenómenos e os conceitos científicos, mas também o modo como o conhecimento científico é construído e as suas aplicações e implicações, numa tentativa de criação de atitudes positivas para com a ciência.

### **Contexto Tecnológico**

Indicador expressivo do desenvolvimento científico neste contexto, o aprofundamento da tecnologia médico-cirúrgica assumirá uma importância central.

Em primeiro lugar convém realçar que nem todas as especialidades em Medicina tiveram a mesma taxa de inovação tecnológica e estiveram envolvidas no emprego de tecnologia na mesma medida:

*"A arte de curar serve-se da tecnologia existente para a pôr ao serviço de determinados objectivos, o que nos permite generalizar o conceito de que a tecnologia médica não é senão a aplicação à Medicina da cultura tecnológica existente em dado momento histórico. Não se poderá daqui inferir que a Medicina não é uma ciência, mas tão só que a Medicina utiliza muitas vezes no estudo do*



*seu próprio material - o corpo humano - objectos, utensílios, enfim, técnicas desenvolvidas por outros ramos do saber. Mas o mesmo acontece com outras ciências* <sup>145</sup>.

Em termos de categorização poderíamos considerar os instrumentos utilizados em Medicina como constituindo a tecnologia médica, mas, como se constatou anteriormente, a Medicina, incluindo as tecnologias por ela utilizadas, tem evoluído em interacção com outras ciências, pelo que, como nos assiste J. Castro Correia *"esta concepção parece ser demasiado redutora, pois isola a técnica médica do processo global do conhecimento científico, quando, afinal, a Medicina é uma ciência interactiva com as outras ciências, das quais recebe informação para o seu próprio desenvolvimento, mas às quais fornece conhecimentos sobre capacidades do corpo humano que podem servir de modelo à elaboração técnica de outros ramos científicos, como é o caso do recente progresso no conhecimento das comunicações celulares"* <sup>146</sup>.

Neste contexto deverá o investigador tentar perceber a interligação entre o objecto e os princípios técnicos que os definem, no sentido de compreender a interdisciplinaridade na tecnologia médica e de como as próprias descobertas alcançadas em diversos sectores das ciências exactas, como a Matemática, a Química, a Física, assim como o progresso em outras ciências médicas, como a Fisiologia, a Bioquímica, etc., contribuíram para dar espessura ao conhecimento do mesmo, permitindo o seu desenvolvimento sucessivo ou a sua substituição.

Dentro dos avanços técnicos, sobretudo na área da utilização de efeitos naturais, como por exemplo a captação e exploração de fontes de energia, Cid de modo generalista e sucinto, divide as multiplicações instrumentais em quatro itens, tendo por base os que são mais próximos ao desenvolvimento tecnológico das ciências médicas, destacando:

- "1) A óptica – o fabrico e aperfeiçoamento de instrumentos ópticos foi incessante, desde o microscópio até ao telescópio. Merece neste ponto destaque o emprego da fotografia (...);*
- 2) Fabrico de metais, nomeadamente na manufacturação de aço. A produção de aço começou a ser controlada por instrumentos com o objectivo de melhorar a qualidade. ... produzindo numerosos artefactos que inauguraram uma nova era;*
- 3) Desenvolvimento da Química mineral e Química orgânica que juntas impulsionaram a Química industrial. Estas extensões revolucionaram o mundo científico, e o médico em particular;*
- 4) Binómio máquina – ferramenta. Ou seja, princípio técnico em virtude do qual só a máquina assegurava o acabamento do instrumento com todos os requisitos;*

<sup>145</sup> CORREIA, J. Castro - Medicina e Tecnologia: Relação entre a evolução da medicina e a evolução tecnológica. U.PORTO: Revista dos antigos alunos da Universidade do Porto. Porto, Nº 2 de Dezembro de 2000. p. 23 - 24.

<sup>146</sup> CORREIA, cit.145, p. 24.



*Correlativamente o aparecimento de novas máquinas acelerou o desenvolvimento de outras, cada vez mais complexas e como contra ponto advertiu a necessidade de manejar muitos mais materiais e fontes de energia.”<sup>147</sup>*

Dentro da própria ciência médica diversas descobertas actuaram de um modo indirecto no desenvolvimento dos instrumentos. Se não vejamos a título demonstrativo: a descoberta da anestesia permitiu, uma vez erradicada a dor, que a cirurgia deixa-se de estar reduzida a operações externas, como a amputação e extirpação, alargando o seu campo de intervenção, o que originou por um lado o aperfeiçoamento de instrumentos cirúrgicos básicos, como as pinças de pressão e igualmente a apropriação de novas peças.

Numa perspectiva de carácter sociológico, poderá constituir enfoque relevante a explanação da correlação entre a evolução dos instrumentos e o progresso tecnológico, sofisticação essa que permitiu o aparecimento de novas tecnologias aplicadas na área da saúde - como por exemplo, a ressonância magnética; tomografia computadorizada; sistemas de monitorização fisiológica e lasers cirúrgicos...- com a qualidade de assistência prestada aos pacientes.

O próximo passo referir-se-á à caracterização material do objecto, ou seja, à análise dos materiais, forma como são usados e seus padrões de distribuição no objecto.

### **Materiais**

A compreensão da evolução e aperfeiçoamento das matérias-primas aplicadas no fabrico dos instrumentos, como a maior ductilidade e resistência do material, poderá oferecer uma melhor percepção do modo como permitiu a harmonização das formas e dimensões das peças, ajustando-as à sua funcionalidade, bem como dados temporais identificativos (datação cronológica). Poder-se-á também através de uma análise comparativa dos catálogos de instrumentos de fabricantes, acompanhar a evolução do material empregue e adquirir importante informação sobre esta temática.

Salienta-se o facto de não se reconhecer de forma alguma lícita a consideração de apenas esta característica como orientação classificadora de datação do objecto, uma vez que, como constatará rapidamente o investigador menos atento, determinado material, apesar de ser identificado como usado em determinados períodos, não raras vezes, encontra-se em espécies pertencentes a épocas diferentes.

Tal acontece por exemplo com o estanho, que apesar de ser apontado por alguns investigadores como utilizado em grande escala no séc. XVII e XVIII, na prática constata-se que mesmo fora destes séculos continuaram a ser fabricados diversos instrumentos nesse material até bem dentro do séc. XIX.

---

<sup>147</sup> CID, cit. 97, p. 220 - 221. (segundo tradução da autora do presente trabalho).



Apesar de o Homem ter usado nos primeiros instrumentos que produziu diversos materiais naturais, orgânicos ou minerais, os quais acabaram por se mostrar limitados para o alcance pretendido, pelo que foram sendo substituídos, como se encontra apresentado nos estudos de Amélia Ricon Ferraz, por duas tipologias de material manufacturado: materiais não ferrosos (prata; ouro; estanho; cobre; bronze; latão; alumínio; platina; titânio...) e ferrosos (ferro, aço...).

Recorde-se que tendo em conta as características decorativas - nomeadamente o caso dos materiais naturais em uso até ao séc. XVI, como a madeira, osso e chifre, que foram substituídos por questões de decoração por outros mais ricos, como o ébano, marfim e tartaruga - e essencialmente físico - químicas dos materiais, estes foram sendo utilizados em diferentes contextos.

Se não vejamos a Prata, que pela sua maleabilidade e elevada resistência à oxidação e corrosão foi largamente utilizada primordialmente na manufactura de sondas e cânulas, sendo utilizada até à instauração da anti-sepsia; já o Ouro, considerando a onerosidade deste material optou-se para um reduzido conjunto de instrumentos por banhos de ouro; o Estanho acabou reduzido essencialmente a objectos médicos acessórios e utensílios hospitalares; igualmente utilizado em poucos instrumentos - ganchos oculares, agulhas de acupunctura, retractores abdominais - o Cobre, o qual introduziu, segundo o estudo apresentado por Amélia Ricon Ferraz, a Idade dos Metais, período de intensa revolução tecnológica, era utilizado essencialmente enquanto suporte da prata laminada; o Bronze, utilizado desde a mais remota antiguidade, graças à sua dureza, foi utilizado até ao séc. XVI altura em que fora substituído pelo material férrico, primordialmente devido a razões de peso; o Latão proliferou no séc. XVIII sendo essencialmente utilizado em instrumentos científicos e microscópios; o Alumínio, material empregue em meados do séc. XIX na manufacturação de sondas auriculares, laríngeas, uterinas e dilatadores uterinos, e abandonado nos inícios do séc. XX, devido à sua diminuta durabilidade e dureza; a Platina, utilizada na termocauterização, dado o seu carácter dispendioso acabou por ser substituída ao longo do séc. XIX pela prata, níquel-cromo e tungsténio; e por fim, ainda dentro do material não ferroso, o Titânio, tratando-se de um material leve e principalmente inerte foi adoptado em larga escala, na segunda metade do séc. XX, no aperfeiçoamento dos implantes ósseos, bem como para solucionar problemas de cirurgia maxilo-facial e intervir tecnicamente na Microcirurgia oftalmológica<sup>148</sup>.

Dentro dos materiais ferrosos, de acordo com Cid<sup>149</sup>, os instrumentos médicos construídos com ferro forjado remontam à chamada Medicina clássica, e só no séc. XVI aquando da sua substituição por material com uma maior dureza e elasticidade - aço temperado - e em finais do séc. XVIII pelo aço rico em carbono, graças a uma série de avanços físico-químicos, relacionados com o sistema de fundição idealizada por B. Huntsman e rectificações no sistema de extracção e

<sup>148</sup> CID, cit. 97, p. 502.

<sup>149</sup> CID, cit. 97, p. 503.



produção de ferro, é que passou a ter aplicação nos instrumentos cirúrgicos, possibilitando melhores faces de corte, sendo o aço laminado definitivamente substituído pelo inoxidável em finais da primeira década do séc. XX.

Para finalizar esta lista de materiais e respectivos contextos refira-se ainda a goma elástica, substituída, no decurso da segunda metade do séc. XIX, pela borracha muito mais resistente e elástica assim como as diversas variedades de plásticos, hoje tão em voga nos diversos materiais.

Para além de se proceder à identificação do material, dever-se-á analisar a razão da sua escolha. Nesta ordem será de todo relevante relacionar com o contexto médico da época a instauração de certos procedimentos, como aconteceu com a iniciação da assepsia, a qual originou transformações na composição material sobretudo dos instrumentos cirúrgicos, proscrevendo a eliminação fulminante de madeiras e outros materiais naturais e orgânicos - marfim, nácar, etc. - com que se fabricavam sobretudo os cabos da maioria dos instrumentos cirúrgicos, os quais não resistiam à imersão nos preparados anti-sépticos, nem à esterilização a altas temperaturas a que os instrumentos eram regularmente submetidos nas operações anti-sépticas<sup>150</sup>, tendo em vista à eliminação de agentes microbianos em todos os objectos que intervissem nas operações cirúrgicas. Por outro lado, foi igualmente responsável pela difusão da borracha na prática médica, uma vez que esta suportava a profilaxia térmica.

Sendo que o historiador da cultura material deverá levar em conta não só o objecto em si mas igualmente as diferentes técnicas e tecnologias que estão contidas no mesmo, deverá o investigador estar atento a quem construiu o objecto, para quem, com que finalidade, qual o seu uso, se o uso corresponde à finalidade, ou se ele foi utilizado para aquilo que originalmente foi construído, não se podendo resumir a uma história da manufatura do instrumento ligada a uma história da tecnologia.

### **Autoria**

Apesar do vazio documental flagrante deverá o investigador ao nível do processo de criação e fabrico, e para não desperdiçar dados originários elementares, começar por contextualizar o respectivo inventor e/ou fabricante do objecto, enquanto figura(s) determinante(s) no processo evolutivo do instrumento:

*"O fabricante de instrumentos desempenhou um papel primordial neste processo evolutivo. A sua maior ou menor acuidade na escolha, de entre os materiais disponíveis, daqueles que mais se ajustavam aos requisitos finais de fabrico, na definição de dimensão global ou proporções relativas*

---

<sup>150</sup> Relembre-se que inicialmente Pasteur aconselhou a passagem de cada instrumento sobre uma chama, processo esse que por um lado não poderia ser estendível ao cabo do instrumento; era inacessível ao interior das estruturas tubulares; e ainda tinha a deficiência de provocar, no caso de instrumentos cortantes, uma diminuição da agudeza da lâmina.



*de suas partes e na selecção das particularidades da forma, é o reflexo das exigências clínicas e do ensejo de facilitar o seu manuseio pelo cirurgião, assim como, de minimizar o sofrimento do paciente*<sup>151</sup>.

Numa tentativa de completar a visão da sua presença técnica no meio, poder-se-á tentar discernir a que novas tendências médicas e cirúrgicas esteve o fabricante e, implicitamente, o objecto associado, de que forma acompanhou os avanços industriais, científicos e tecnológicos, participação imaginativa, especialização em determinada área das ciências da saúde (exp. a Casa Luer que se especializou em material oftalmológico) e respectiva integração de novos métodos e potencialidades técnicas.

Apesar de essenciais para a identificação do objecto, as sucessivas edições de catálogos são igualmente importantes para a compreensão do âmbito de acção do respectivo fabricante e seus progressos nas vertentes técnicas, cronológicas e de material empregue, sendo de salientar que anteriormente ao séc. XIX só se terá como fonte os armamentários que sistematizaram unicamente o instrumental de âmbito cirúrgico.

A própria interpretação da adequação instrumental permitirá avaliar o proveito da peça, as condições em que foi concebida e fabricada.

Na pouca bibliografia existente a este respeito poder-se-á constatar uma preocupação constante por parte dos fabricantes no sentido de produzirem instrumentos que atendam aos requisitos de qualidade e desempenho dos procedimentos médicos, assim como minimizantes do sofrimento do paciente.

Não raras vezes, as publicações nesta área privilegiam mais os resultados obtidos que os meios técnicos empregues para obtê-los.

Neste campo será essencial fazer a distinção entre um objecto produzido manualmente ou obtido através de um processo industrial, dado fundamental na tecnologia médica, com enormes repercussões.

Segundo Amélia Ricon Ferraz, "*O primeiro fabricante de instrumentos provavelmente executou por motivação própria. A observação da natureza esclarecera-o quanto ao benefício e prejuízo de certas práticas e quanto ao método físico mais adaptado visando um bem-estar geral. (...) Até este tempo (séc. XVI), muitos instrumentos foram produzidos por armeiros, ferreiros, fabricantes de agulhas e navalhas, mas no século seguinte trabalhadores de prata, estanho e couteiros conquistaram a supremacia sobre os demais.*"<sup>152</sup>.

---

<sup>151</sup> RICON FERRAZ, cit. 68, p.3.

<sup>152</sup> RICON FERRAZ, cit. 68, p.32.



Quer denotando a listagem apresentada por Felip Cid, quer tendo por base os numerosos catálogos que actualmente se encontram sob a alçada do Centro Hospitalar do Porto, poder-se-á comprovar que, ao longo do séc. XIX, vários são os fabricantes que se destacaram, havendo uma predominância patente dos fabricantes ingleses (exemplo: Weiss London; Laundry; e N. Smith) e franceses (exemplo: Atelier Gentile; Aubry; Charrière y Collin; D. Simal; Metz ; Zeiss).

Curiosamente esta questão de nacionalidade do fabricante poderá oferecer algumas linhas interpretativas de reflexão quanto ao poder de inovação dos mesmos, como nos descreve Amélia Ricon Ferraz,

*" O primeiro (fabricante inglês), tal como hoje, continuava embora com excepções (John Weiss, Archibaldi, Young Júnior, Krohme), a dar resposta às solicitações e extravagâncias do cirurgião enquanto o segundo (francês), visava uma eficácia instrumental crescente, facto que exigia uma cuidadosa e morosa idealização. Ambos eram espectadores atentos das mais variadas intervenções cirúrgicas, o objectivo era semelhante, mas a resposta do segundo caracterizava-se por uma independência criativa que influenciaria a sua supremacia no tempo, nesta temática."*<sup>153</sup>

No caso português houve imensas dificuldades de acesso à tecnologia médica que foi surgindo desde o séc. XIX nos países desenvolvidos, o que dificultou o apetrechamento em tempo útil das suas instituições assistenciais e de ensino.

Ao nível internacional, e sobretudo a partir do séc. XX, o instrumental médico-cirúrgico ampliou-se desmesuradamente, dando origem a fortíssimas indústrias de fabrico.

Facto comumente aceite pelos autores e que deverá ser aprofundado será a interligação e a íntima e frutífera colaboração e intervenção, entre o fabricante e essencialmente os cirurgiões, ao longo do séc. XIX.

Ao nível de marcas patentes nos próprios objectos, essências muitas vezes para determinação do fabricante, salienta-se o facto de ser prática comum entre os vendedores/distribuidores, uma vez adquirido o material ao fabricante, gravarem, antes de o revenderem, a sua própria marca, o que acaba por dificultar a identificação da origem do fabrico.

Para além da análise da marca de fabrico encontrada no objecto dever-se-á igualmente proceder à interpretação de outras inscrições presentes no mesmo, tais como o número de série, identificação do modelo, entre outros, pois concorrerão ao alargamento do âmbito de compreensão das características técnicas do objecto, seus elementos e/ou componentes.

Numa tentativa de compreensão de aspectos intrínsecos de significado e interpretação de funcionalidade específica do objecto dentro das ciências da saúde, deve o investigador numa sexta etapa abordar e interpretar as características formais do mesmo.

---

<sup>153</sup> RICON FERRAZ, cit. 68, p.35.



### **Características Formais**

Desenvolvendo-se uma descrição clara e concisa do objecto, partindo do geral para o particular, e servindo-se de terminologias específicas, vários serão os factores que deverão ser alvo de ponderação:

- 1) Existência ou não de mecanismos de articulação;
- 2) Desmembramento das partes;
- 3) Presença de uma superfície cortante;
- 4) Forma, desenho e ranhuras das extremidades das lâminas;
- 5) Design;
- 6) ...

Neste aspecto, recorde-se que a instauração da assepsia veio influenciar a simplificação do "design" do objecto, sobretudo de carácter cirúrgico, suprimindo ou evitando arestas, saliências e adornos supérfluos que favorecessem a persistência de agentes microbianos.

No capítulo relativo às fórmulas básicas de fabrico dos instrumentos, Amélia Ricon Ferraz apresenta um esquema bastante elucidativo quanto à forma como, de uma articulação e associação de formas simples, chegou-se à complexidade de determinados instrumentos cirúrgicos:

*" Uma sonda ou um director constituem os instrumentos que no seu aspecto exterior mais se aproximam da primitiva barra metálica utilizada no seu fabrico.*

*Processos como o afiar, o aplanar ou o dobrar uma haste metálica seriam empregues na manufactura de géneros diferentes de instrumentos: da primeira situação, resultariam a agulha, o trocarte e a broca; da segunda, a espátula, o escalpelo, a serra e o cisel; da terceira, o gancho, o retractor, a tesoura e pinça. Após a execução do segundo processo e pela fusão das extremidades do objecto, fácil seria antever a formação de um tubo, processo subjacente ao fabrico de uma cânula, cateter, seringa ou agulha.*

*Se elementos assim formados são ligados a fim de constituírem um corpo único, com uma função precisa, a articulação pode estabelecer-se no centro ou nas extremidades das partes, criando instrumentos tais como um clamp ou tesoura e um retractor ou dilatador, respectivamente. A coexistência de tipos diferentes de articulações definiria formas mistas de instrumentos cirúrgicos."*<sup>154</sup>

Apesar de os objectos revestirem-se como valiosas fontes de informação, claramente a documentação anexa poderá complementar consideravelmente a amplitude e profundidade destas informações.

Deste modo, para completar a análise há que não descurar os "dados suplementares" que poderão integrar desde documentos escritos, audiovisuais, registos orais, fotográficos,

---

<sup>154</sup> RICON FERRAZ, cit. 68, p. 20



correspondência institucional, etc. que estejam directamente relacionados com o objecto em estudo.

Tendo em conta todas as informações recolhidas, a última fase de análise do objecto será a sua classificação, ou seja, o seu enquadramento num grupo de objectos, segundo um determinado padrão de conceitos, de forma a ser perceptível o seu significado na organização dentro das ciências da saúde.

### **Classificação**

Tratando-se de uma questão multidisciplinar, torna-se complexa a criação de um método objectivo para subsidiar objectivamente uma classificação.

Deste modo, começou-se por centrar a metodologia numa base teórica, apoiada pelo exame da literatura existente sobre o assunto, e numa parte prática fundamentada na implementação e aplicação do modelo.

A parte teórica, iniciada por uma revisão bibliográfica, resultou na identificação de factores relevantes e pertinentes à questão da classificação.

De toda a bibliografia consultada destacamos, pelo papel de referência que representaram nesta reflexão, o *índice* proposto pela National Library of Medicine; catálogos de fabricantes; monografias de enquadramento da museologia médica, nomeadamente *Museología Médica, Aspectos Teóricos y Cuestiones Práticas* de Felip Cid e *Inventário das Coleções do Museu de História da Medicina "Maximiano Lemos"*; bases de dados online – do Hunterian Museum of Royal College of Surgeons of England; Museum of Health Care of Kingston; Medical Artifact Collection - University of Western Ontario .... - e legislação nacional.

Fruto de anos de trabalho, a National Library of Medicine (Medical Subject Headings) disponibiliza um *thesaurus* constituído por conjuntos de termos genéricos (descritores) dispostos numa estrutura hierárquica que permite indexar os conteúdos relativos à temática em diversos níveis de especificidade.

Este *thesaurus* é utilizado na indexação de diversas bases de dados na área da saúde (MEDLINE; PubMed...) assim como por diversas bibliotecas temáticas.

Ao nível das referências patentes nos **catálogos**, particularmente aos referentes ao séc. XIX e XX, verifica-se que o instrumental se encontra agrupado:

- a) Por anatomia, encontrando-se os instrumentos subdivididos por órgãos (olhos, boca, amígdalas, faringe, estômago ...);
- b) Por especialidade e respectivo exame médico-cirúrgico (instrumentos de oftalmologia; Instrumentos de ginecologia; Instrumentos de dentes; Ortopedia/fracturas; aparelhos de inalação de oxigénio...)



- c) Por ordem alfabética e /ou autor, especialmente nos referentes a determinada especialidade;  
d) Por patologia, abrangendo desde instrumentos de nosologia, sintomatologia, etiologia, diagnóstico, profilaxia e tratamento;

Numa perspectiva directamente relacionada com a museologia médica, considerou-se o **método proposto por Felip Cid**<sup>155</sup> que seguindo uma ordem temática e cronológica (desde o renascimento à contemporaneidade), abarca os objectos médicos em três campos canónicos, com características próprias, bem definidas e determinadas, nomeadamente: Instrumentos Cirúrgicos; Clínicos; e Experimentais<sup>156</sup>:

| <b><u>Instrumentos Cirúrgicos</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| » <u>Material de Autópsia</u> (exp. Serras de arco; Sondas exploradoras; Separadores; Lancetas, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| » <u>Cirurgia Geral</u><br><br>1. <i>Amputação</i><br>(exp. Serras; Pinça hemostática; Pinça de ligar; Pinça recta de pressão continua curva; etc.)<br><br>2. <i>Ressecção</i><br>(exp. Perfuradores; Curetas cortantes; Periostótomos; Separadores <sup>157</sup> ; etc.)<br><br>3. <i>Trepanação</i><br>( exp. Arbol de trépano com duas coroas; Trépano de Doyen; etc.)<br><br>4. <i>Extracção de corpos estranhos</i><br>(exp. Fórceps; Estiletos; Pinças; etc.)<br><br>5. <i>Puncção e Aspiração de Matérias Orgânicas</i><br>(exp. Bisturi; Trocarte; Aparelhos de aspiração; etc.)<br><br>6. <i>Instrumentos e Material Sutura</i><br>(exp. Porta-agulhas; Torce fios; Tesoura; Esterilizadores; etc.) |

<sup>155</sup> CID, cit. 97, 400.

<sup>156</sup> Felip Cid dedica um capítulo do segundo volume da sua obra a objectos provenientes de fundos e/ou colecções arqueológicas, de belas artes e decorativas, que não serão aqui explanados.

<sup>157</sup> Cid salienta que ao instaurar-se a assepsia os tipos de separadores multiplicaram-se, com o fim de evitar ao máximo manobras manuais durante o acto operatório. CID, cit. 97, p.399.



» Especialidades Cirúrgica

1. *Oftalmologia*

a) Instrumentos para extrair corpos estranhos

(exp. Agulha com cabo de metal; Agulha de Kuhunt; etc.)

b) Intervenções de catarata

(exp. Bisturi de Beer; Agulha recta e curva de Desmarres; Espátula de Wecker; etc)

c) Infecções das vias lacrimais

(exp. Estiletes Gräfe; Galezowsky; Sonda de Wecker com mandril; Dilatador; Lacrimótomo; etc)

d) Na patologia das pálpebra

(exp. Bisturis; Escarificador de Grafe; Lâmina de pálpebra de Jarger; Porta-agulhas de Wecker; etc.)

e) Reparação do estrabismo

( exp. Espátula de Wells; Estrabómetro de Laurence; Agulha de Wecker com espátula; etc)

2. *Otorrinolaringologia*

a) Localização e extirpação de pólipos

(exp. Tesouras e pinças específicas: de Berthold; de Gruber; de Duplay; de Hartmann; etc.)

b) Peças para actuar sobre as partes do conduto auditivo

(exp. Cureta de Coxeter; de Gross; e de Buck; Raspador de Jansen, com cabo de metal; etc)

c) Intervenções sobre as partes ósseas

(exp. Protector de Starcke; Ganchos de Hartmann; Separador de Finsen; Lanceta; etc)

d) Cirurgia Ontológica

(exp. Gancho de Kretschmann; de Ludewig; e de Jacobson; Sondas; Porta-algodões; etc)

e) Instrumentos Rinológicos

(exp. Sonda de Bellocq; Elevador; Pinças cortantes; Pinças; etc.)

f) Intervenções cirúrgicas sobre os cornetos nasais

(exp. Serra de Bosworth; Estiletes nasais; Perfurador de Lermoyez; Trocarte de Krause; e peças auxiliares específicas, como os pulverizadores de Richardson; etc.)

g) Cirurgia laríngea

(exp. Pinças cortantes; Espectroscópio especial de Brünings; etc.).

h) Traqueotomia e Entubação

(exp. Separadores duplos; Dilatador de Trousseau; Cânula traqueal; etc.)

i) Amigdalectomias

(exp. Amigdalótomo de Mathieu ; Aesculap e de Windler; etc.)



### 3. Gastreenterologia

#### a) Cirurgia do aparelho digestivo<sup>158</sup>

(exp. Pinça enterótomo de Kocher que patenteou a Casa Collin; Enterótomo de Neçlaton e Pinça de Kocher para o estômago; Pinça de Farebeuv; Botões de Murphy; etc.)

### 4 Urologia

#### a) Nefrectomias

(exp. Espátula de Tuffier)

#### b) Infecções Uretrais

(exp. Uretrótomo de Maisonneuve; Faca de Oberländer com cabo de metal; Sondas e Aspirador; etc)

#### c) Operações para triturar os cálculos na bexiga

(exp. Litotritor: de Bigelow; de Thomson; Charrière; etc.)

### 5 Arsenais Toco-Ginecológicos

#### a) Intervenções Cirúrgicas

(exp. Válvulas: de Barnes; de Neugebauer; de Sims; Separadores duplos; etc.)

#### b) Extracção de tumores ováricos

(exp. Gancho agudo de Sims; Estrangulador de Chassaignac; Pinças de Schroeder; de Pozzi y Schultze; de Saenger; de Collin; de Lucas-Championnière; etc.)

#### c) Fins Terapêuticos ou Semiológicos

(exp. Dilatadores de Hegar; Atlee; e Hank.)

#### d) Infecções Ginecológicas (abortos espontâneos)

(exp. Cureta de Doyen; Kocher; Auvard; e Escarificadores de Kristeller e de Nicaise)

#### e) Práticas tocológicas

( exp. Pelvímetro; Separador; Dilatadores; Cureta; Fórceps; etc).

#### f) Morte do feto

(exp. Embriótomo cefálico; Cefalótribo de Biot; etc.)

#### g) Assistência Parto/Pós-Parto

(exp. Tubo insuflador de Ribemont; Tesoura para cortar o cordão umbilical; Incubadora; Balança; etc.)

### 6. Dermatologia

(exp. Faca de Thiersch; Escarificadores; Extractores; Pinças depilatórias de Bergh; electrocautério; etc.)

<sup>158</sup> O autor salienta que este tipo de cirurgia começou a ser praticada no último quarto do séc. XIX sendo que os arsenais empregues pouco tinham em comum com as restantes indicações cirúrgicas. CID, cit. 97, p.427.



### 7. Traumatologia

(exp. Suportes de Stille e de Volkmann; Aparelho de Sayre; Tesoura de Lister; Serra de Kaulich;)

#### a) Cirurgia Torácica

( exp. Aparelho de Santy; Gancho; Bisturi de Picot com lâmina quadrangular; etc.)

#### b) Novidades Instrumentais

(exp. Quadrante de Morelli; etc.)

### 8. Compressas

#### a) De Algodão

#### b) De gazes

### 9. Ligaduras

## Instrumentos Clínicos

### » Sinais clínicos a nível superficial

(exp. Estetoscópio; Fonendoscópio; Pelvímetro; e Martelo de reflexos)

### » Fisiopatologia

(exp. Tonómetros; Esfigmomanómetros; Miógrafos; Esfigmógrafos; Cardiógrafos; etc.)

### » Patogenia

#### 1. Espéculos

(exp. Espéculos otológicos, rinológicos; etc)

#### 2. Instrumentos de iluminação indirecta

(exp. Espelhos; etc.)

#### 3. Instrumentos de iluminação directa

(exp. Laringoscópio; Traqueoscópios; Esofagoscópios; Cistoscópio; Oftalmoscópio, etc.)

### » Instrumentos complementares de diagnóstico clínico

(exp. Microscópio e seus componentes - Condensador; variedade de Objectivas; Porta Revólver; e acessórios - Câmaras claras; sistemas de Microfotografia; Micro-Espectómetro; Micrótopo; etc.).

### » Conjuntos Homogéneos

( exp. Termómetro; Seringa; Transusão Sanguínea; Electroterapia. )



| Instrumentos Experimentais                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| » Sistema Cardiovascular<br>(exp. Cateteres pulmonares; Aerómetros; Neumógrafos)                               |
| » Sistema Circulatório                                                                                         |
| » Sistema Digestivo<br>(exp. Enterógrafos; etc)                                                                |
| » Sistema Renal<br>(exp. Oncógrafos de Ray; Aparelho de Rehflisch)                                             |
| » Sistema Locomotor<br>(exp. Miógrafos; Galvanómetros; etc)                                                    |
| » Sistema Nervoso<br>(exp. Aparelhos para o estudo de correntes em repouso; Pilhas; Câmara de Bayer; etc)      |
| » Endocrinologia experimental                                                                                  |
| » Sistema Cardiocirculatório<br>(exp. Picnómetros; Microscópios; Sondas de Marey e Chauveau; Manómetros; etc.) |

Tabela 1 - Método de análise do objecto médico proposto por Felip Cid.

Fonte: CID, Felip - *Museologia Médica, Aspectos Teóricos y Cuestiones Prácticas*. Bilbao: Museo Vasco de Historia de la Medicina e de la Ciência, 2007. Vol.1 e 2.

Ao nível de **legislação nacional** na área da saúde consultou-se as instruções de inventariação dos móveis do Estado, designadas por CIME – Cadastro e Inventário dos Móveis do Estado - Portaria n.º 378/94, de 16 de Junho e Diário da República de 28/09/2000. De acordo com esta portaria no que diz respeito à área das ciências da saúde os bens adjacentes poderão ser integrados em 7 áreas distintas, nomeadamente:

» Equipamento Básico Médico - Assistencial

1 *Equipamentos e aparelhos médico - cirúrgicos*, considerando equipamento das diferentes especialidades, e igualmente, e de forma destacada, equipamento específico do bloco operatório; de vigilância e diagnóstico; de electroterapia e termoterapia; de exploração funcional e endoscopia; de hemodiálise; material de reeducação funcional; e pequeno material e instrumentos médico-cirúrgicos (de uso múltiplo);

2 *Equipamento de imagiologia, nomeadamente*, material especializado de tratamento e visualização de imagens; de radiodiagnóstico; de radioterapia; de ultra – sons; termografia; tomodensitómetro; radioisótopos; e laboratório de revelação;

3 *Equipamento de Laboratório, contemplando para além de material específico das diversas área laboratoriais*, equipamento de ensaio de propriedades físicas, equipamento de medida,



|                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| instrumentos ópticos e instrumentos de pesagem;                                      |
| 4 Equipamento Farmacêutico;                                                          |
| 5 Equipamento de desinfecção e esterilização                                         |
| » <u>Material Clínico</u>                                                            |
| 1 Artigos Cirúrgicos                                                                 |
| 2 ElectroMedicina                                                                    |
| 3 Laboratório                                                                        |
| 4 Penso                                                                              |
| 5 Tratamento                                                                         |
| 6 Próteses e implantes (dispositivos)                                                |
| 7 Osteosíntese                                                                       |
| 8 Outros (material de protecção clínica; pequena aparelhagem para uso clínico; etc.) |
| » <u>Medicamentos</u>                                                                |
| » <u>Produtos de diagnóstico</u>                                                     |
| » <u>Equipamentos e Utensílios de Apoio Hospitalar</u>                               |
| 1 Mobiliário hospitalar                                                              |
| 2 Material para conservação e preparação de alimentos                                |
| 3 Rouparia                                                                           |
| 4 Limpeza e conservação                                                              |
| 5 Material complementar                                                              |
| » <u>Equipamento de Instrução</u>                                                    |
| » <u>Equipamentos Gerais</u>                                                         |

Tabela 2 - Cadastro e Inventário dos Móveis do Estado.

Fonte: Portaria n.º 378/94, de 16 de Junho e Diário da República de 28/09/2000.



Não se coadunando nenhum dos modelos propostos com os critérios que poderiam vir a integrar o modelo de estudo, passou-se assim para um conhecimento da metodologia aplicada em museus similares.

No sentido de se obter uma percepção da existência e aplicação de algum modelo de classificação no contexto museológico nacional e internacional, bem como de se adquirir elementos de comparação e analogia quanto à existência ou não de uniformização de denominações, categorias, entre outros elementos, estabelecemos o contacto com trinta e dois museus congéneres<sup>159</sup>.

Constatou-se pelas respostas obtidas<sup>160</sup> uma inexistência de métodos de estudo dos objectos médicos, falta de uniformização quanto às denominações usadas – encontrando-se inclusive inventariadas peças formalmente e funcionalmente diversas sob a mesma designação – bem como, ausência de uma regular e sistemática classificação dos objectos, constatando-se que as instituições em causa desenvolveram por norma um sistema individualizado de categorização dos mesmos.

Ao nível dos procedimentos de aquisição e documentação das colecções verificou-se alguma consonância na utilização das normas propostas pelo *Spectrum* - Museum Documentation Association ou no caso de alguns museus ingleses, de normas e eixos de acção aceites pelo sistema de acreditação de museus ingleses – MLA: Museums Libraries Archives Council.

Ressalve-se ainda que os documentos generosamente enviados por estes museus permitiram, por um lado, uma contextualização sobre o próprio museu, seus espaços, eventos e suas colecções, de enorme utilidade na elaboração do capítulo referente ao enquadramento internacional dos museus de medicina, bem como a constituição de um dossier, igualmente anexado a este estudo, com políticas e procedimentos de aquisição, documentação, inventário e conservação adoptados pelos mesmos.

Numa primeira etapa a nossa análise centralizou-se essencialmente nos conceitos e metodologias empregues nos modelos em vigor, problemas encontrados e resultados alcançados, realizando-se uma análise dos mesmos e, uma vez verificando-se que não satisfaziam os objectivos pretendidos do estudo, procedeu-se ao desenvolvimento de um método que estabelecendo uma sistematização conceptual, relacionaria o objecto médico com o quadro científico e histórico do território a que pertence, criando-se um grupo de informação que permitisse incluir todas as classificações científicas e técnicas atribuídas a um objecto, seu conhecimento profundo e abrangência ao universo de objectos médicos.

---

<sup>159</sup> Saliente-se que deste universo apenas se obteve reposta efectiva de onze museus: Bethlem Royal Hospital; Hunterian Museum at The Royal College of Surgeons; Museo Vasco de Historia de la Medicina; British Red Cross Museum; Royal London Hospital Archives and Museum; Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; Mütter Museum; St Bartholomew's Hospital; The College of Optometrists; The Royal College of Surgeons of England; The Wellcome Trust.

<sup>160</sup> Anexo D.



Partiu-se assim do espólio do Museu do Centro Hospitalar do Porto (MCHP), tendo por base um trabalho de análise e síntese de extrema importância sobre os objectos, marcado por um longo percurso de pesquisa, mas também no contexto das actividades do âmbito profissional em que nos encontramos envolvidos, inicialmente Exposição "Olhar o Corpo, Salvar a Vida" (inaugurada em Junho de 2007), e posteriormente trabalho de Gestão das Colecções do respectivo Museu. Ter-se-á deste modo como principal objectivo interpretar os instrumentos representativos da cultura tecnológica de uma época, partindo do espólio do Museu, tendo como base referencial o séc. XIX, época a partir da qual se abordará a evolução, progresso e diversidade de objectos, coincidente com o aparecimento das especialidades médicas.

Tendo em conta a transversalidade, plurifuncionalidade e utilização complexa do objecto médico, cedo nos apercebemos que a tentativa de criar um sistema de classificação tendo por base a exclusividade de um único critério, representaria um grande obstáculo, uma vez que apesar de materialmente o objecto médico corresponder a uma unidade instrumental, deverá ser apreendido como fazendo parte de uma actuação médica conjunta/colectiva, e não como simples objecto isolado, uma vez que as diferentes especialidades da Medicina dedicam-se a grupos de doenças inter-relacionadas, estabelecendo vínculos e alianças técnicas. Apesar de existirem objectos como o termómetro, o esfigmomanómetro ou o estetoscópio que por si só definem um nível de aplicação, não se integrando numa articulação instrumental, resulta que maioritariamente os instrumentos médicos são apenas um dos elementos de um vasto conjunto que actua num determinado acto clínico. Recorde-se que Cid considera que este facto influencia positiva ou negativamente a longevidade dos instrumentos, na medida em que a sua actuação em conjunto, especialmente nos objectos homogéneos, permitirá aumentar a vigência dos mesmos, graças a uma falta de exclusividade operativa, não desvirtuando em momento algum os seus valores técnicos nem científicos.

Cientes de que uma uniformização dos critérios e esquematização das áreas passíveis de investigação dentro desta temática irá não só facilitar o trabalho de documentação, mas também e sobretudo viabilizar possíveis investigações futuras sobre esta matéria, propomos uma visão transversal e global do objecto médico, não se considerando esta como uma visão definitiva mas sim uma tentativa museológica de compreensão do objecto médico que assentará por um lado na sua morfologia temática, ou seja, raio de aplicação, eficácia do objecto médico, separando-o por especialidades e etapa médica a que pertenceu. No interior de cada um desses grandes conjuntos será efectuada ainda uma subdivisão, subcategoria em que se insere cada objecto, destacando a sua vertente de funcionalidade, privilegiando aqui sim a individualidade de cada objecto considerado na vertente concreta da sua existência.

Refira-se que na museologia médica, como no resto de tipologias científicas, predomina uma diversidade de objectos de carácter não médico, uma vez que o passado das ciências da saúde se



imiscui nas Artes Plásticas, Mobiliário, Numismática, Cerâmica, etc., as quais não poderiam deixar de ser mencionadas e equacionadas, mas que não serão aqui aprofundadas.

Desta forma, a constituição de tipologias classificativas propostas adquire a seguinte estruturação que contemplará simultaneamente duas vertentes:

## 1 - ÁREA DO CONHECIMENTO

As oito categorias previstas simetizam uma disjunção entre objectos de prestação de cuidados de saúde – Médico-Cirúrgicos - meios complementares de diagnóstico e de terapêutica - ***Patologia Laboratorial***; e Imagiologia - de suporte à prestação de cuidados - ***Farmacêuticos; de Desinfecção e Esterilização***; ***Vária*** - área de ensino - ***de Ensino*** - e de carácter não médico - ***Colecções Especiais***, nomeadamente:

- » Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos ***Médico-Cirúrgicos***
- » Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos ***de Patologia Laboratorial***
- » Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos ***de Imagiologia***
- » Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos ***Farmacêuticos***
- » Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos ***de Desinfecção e Esterilização***
- » ***Vária***
- » Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos ***de Ensino***
- » ***Colecções Especiais***

Considerando o instrumento médico como uma transposição material e tridimensional de uma ideia científica, encontrando-se este assim no centro de uma rede complexa de ideias e de práticas, considerar-se-á que os seus usos deverão definir igualmente e sincronicamente a sua especificidade.

Deste modo, dentro de cada uma das categorias referidas anteriormente, e sempre com a preocupação de não duplicar informação, a classificação será ainda efectuada com recurso ao critério de funcionalidade em que se insere cada objecto.

## 2 - CATEGORIA FUNCIONAL

No respeitante aos **Instrumentos, aparelhos e equipamentos Médico-Cirúrgicos** deverão ser apreendidos três tipos de áreas vocacionais de exploração clínica - Diagnóstico; Orientação Terapêutica e Cirúrgica - as quais se encontram subdivididas tendo em conta os seus princípios metodológicos, procedimentos e áreas de actuação, sendo que sempre que se trata de um objecto pertencente a uma determinada área concreta, deverá ser referenciada a especialidade de acção médica à qual o objecto se refere:



## **Diagnóstico**

### **» / Exame Físico**

Exp. Otoscópio; Espelho de cabeça;

### **» / Exame Físico/ Auscultação**

Exp. Estetoscópio

### **» / Exame Físico/ Constituição Corporal**

Exp. Fita métrica; Balança

### **» / Exame Físico/ Dilatação**

Exp. Fórceps; Velas dilatadoras

### **» / Exame Físico/ Detectores**

Exp. Esfigmomanómetro; Oscilómetro

### **» / Exame Físico/ Reflexos**

Exp. Martelo de reflexos

### **» / Exame Físico/ Temperatura Corporal**

Exp. Termómetro

### **» / Sistema Respiratório**

Exp. Laringoscópio

### **» / Equipamento Específico de (... especialidade...)**

Exp. Amblioscópio, Disco de Plácido (Oftalmologia); Espéculo vaginal, Pélvmetro (Obstetrícia e Ginecologia); Cistoscópio (Urologia); Electrocardiógrafo (Cardiologia)...



*Fig.13 - Disco de Plácido da Costa.*

*Proveniência: CHP, Dep. Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, Serv. Oftalmologia.*

*Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.*



### **Orientação Terapêutica**

#### **» / Cateterismo**

Exp. Cateter

#### **» / Electrocoagulação**

Exp. Eléctrodo

#### **» / Estimulação Eléctrica**

Exp. Máquina de Terapia Electromagnética

#### **» / Instrumentos específico de (... especialidade...)**

Exp. Candeeiro U.V. (Fisiatria)

#### **» / Medicamentos**

Exp. Cápsulas;

#### **» / Primeiros Socorros**

Exp. Gaze; Algodão; ...

#### **» / Punções e Aspiração**

Exp. Lanceta

#### **» / Respiração Artificial**

Exp. Ventilador



*Fig.14 - Candeeiro de UV.*

*Proveniência: CHP, Dep. Ortofisiatra, Serv. Fisiatria.*

*Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.*



## **Cirurgia**

### **» / Anestesia e Reanimação**

Exp. Balão para ventilação respiratória; Máscara de Clorofórmio; Ventiladores; Desfibrilador

### **» / Campo Operatório**

Exp. Pinça de Backhaus; Curetas; Laser Cirúrgico

### **» / Instrumentos Auxiliares<sup>161</sup>**

Exp. Pinças de dissecação; afastadores

### **» / Instrumentos de Diérese**

Exp. Bisturis; Tesouras...

### **» / Instrumentos específico de (... especialidade...)**

Exp. Pinça de Foerster (Obstetrícia);

### **» / Instrumentos de Hemostase**

Exp. Pinças hemostáticas

### **» / Instrumentos de Síntese**

Exp. Agulhas; Porta-Agulha

### **» / Transusão de Sangue**

Exp. Bolsa de sangue

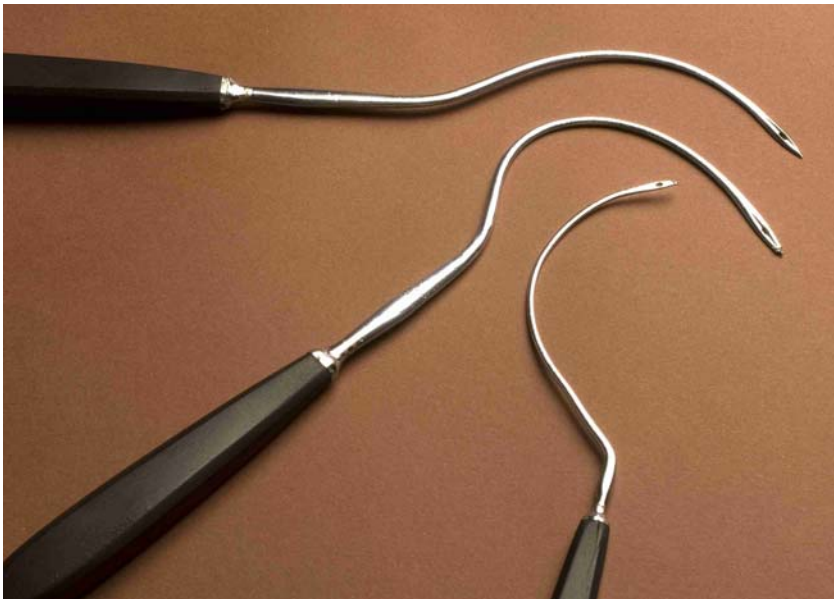


*Fig.15 - Agulhas de Doyen.*

*Proveniência: CHP, Bar do Centro Cultural e Desportivo.*

*Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.*

<sup>161</sup> No sentido que não interferem directamente na acção, apenas criam condições propícias para a actuação de outros instrumentos.



Nos **Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos de Patologia Laboratorial** a subcategorização ocorrerá tendo por base as diferentes áreas de actuação na qual se insere o objecto, sendo de salientar mais uma vez que sempre que se tratar de um objecto pertencente a uma determinada área concreta, deverá ser referenciada a especialidade de acção médica ao qual o objecto se refere:

» / **Análise Química**

Exp. Agitadores; Densímetros; Espectógrafos

» / **Equipamento de base de Laboratório**

Exp. Incubadoras; Câmaras de secagem e vácuo; Balões; Almofarizes; Caixas de Petry

» / **Ensaio de propriedades físicas**

Exp. Baroscópios; Dinamómetros; Tensímetros

» / **Ensaio de propriedades electrónicas e eléctricas**

Exp. Osciloscópios; Voltímetros

» / **Específico de (... especialidade...)**

Exp. Anatomia Patológica; Biologia Molecular; Bioquímica; Hematologia Clínica; Hematologia Laboratorial; Genética; Imunologia; Microbiologia; Química Clínica

» / **Fluxo de líquidos, gases e de movimento mecânico**

Exp. Aerómetros; Anemómetros; Viscosímetros

» / **Ópticos**

Exp. Aparelhos ópticos; Câmaras escuras; Lupas; Lentes

» / **Para medida do tempo**

Exp. Cronómetros; Relógios

» / **Pesagem**

Exp. Balanças; Caixa de pesos

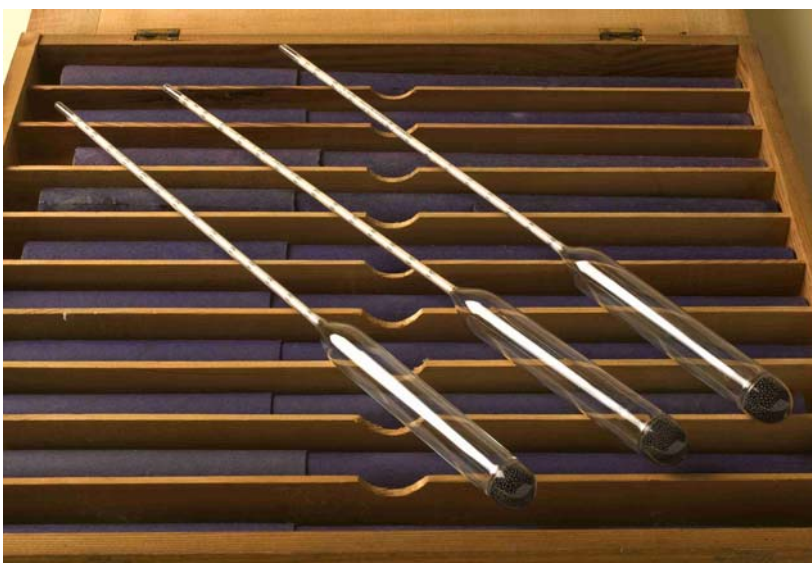


Fig.16 - Densímetros.

Proveniência: CHP, Dep. Patologia Laboratorial, Serv. Química Clínica.

Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.



A categoria **Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos de Imagiologia** abarca por sua vez as seguintes subcategorias:

» / **Específico de (... especialidade...)**

Exp. Medicina Nuclear; Neuroradiologia; Radiologia

» / **Material especializado de tratamento e visualização de imagens**

Exp. Amplificadores de imagem; Câmaras de Radiografia

» / **Radiodiagnóstico**

Exp. Negatoscópio; Tomógrafos

» / **Radioisótopos**

Exp. Cintiscanner

» / **Radioterapia**

Exp. Estimuladores

» / **Ultra-sons**

Exp. Ecoencefalografias; Ecografias; Estetoscópios de ultra-sons

» / **Termografia**

Exp. Termógrafos; Termografia por placas

» / **Tomodensitómetros**

Exp. Scanógrafos; TAC



Fig.17 - Chassis.

Proveniência: CHP, Dep. Imagiologia, Serv. Radiologia.

Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.



Por sua vez, por falta de pertinência, entende-se que as categorias - **Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos Farmacêuticos** - e - **Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos de Desinfecção e Esterilização** - não se deverão fraccionar, uma vez que as características específicas detectadas, sob a nossa óptica, deverão ser apenas referenciadas na ficha de inventário.



Fig.18 - Frasco de Farmácia

Proveniência: CHP, Serviços Farmacêuticos.

Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.



Fig. 19 - Autoclave

Proveniência: CHP, MCHP.

Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.

A categoria **Vária** integra objectos com características de apoio e suporte ao funcionamento adequado das áreas assistenciais, nomeadamente:

» / **Material administrativo**

Exp. Carimbos; Livros de Registo

» / **Mobiliário Hospitalar**

Exp. Marquesas; Mesa de pensos

» / **Outros equipamentos e utensílios de apoio**

Exp. Serviço de Jantar; Utensílios de Cozinha



Fig. 20 - Serviço.

Proveniência: CHP, MCHP.

Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.

Ainda numa lógica enquadrada na subdivisão tendo por base a sua funcionalidade, ou seja, a utilização do objecto para o fim para que foi concebido, ter-se-á três tipos de subdivisões dos

### **Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos de Ensino:**

#### **» /Equipamento e aparelho audiovisual**

Exp. Projector de slides

#### **» /Material pedagógico**

Exp. Livros

#### **» /Modelos anatómicos**

Exp. Modelos musculares; Sistema Urinário

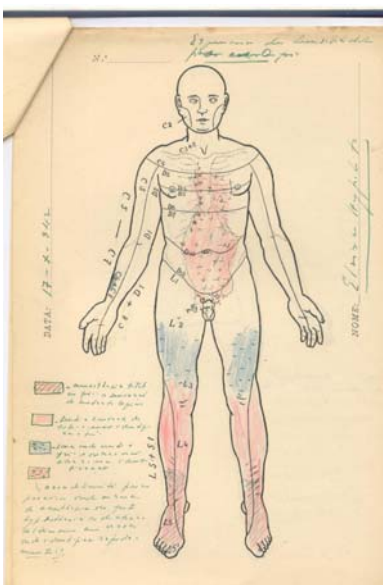


Fig. 21 - Relatório de diagnóstico – Médico: Dr. Corino de Andrade;

Proveniência: CHP, Serv. Paramiloidose.



Relativamente às **Colecções Especiais** a lógica intrínseca de classificação dos objectos que as compõem será definida a partir da matéria e/ou da técnica utilizadas na execução dos mesmos.

São elas:

- » /Cerâmica
- » /Desenho
- » /Escultura
- » /Espólio Documental
- » /Fotografia
- » /Medalhística
- » /Mobiliário
- » /Pintura

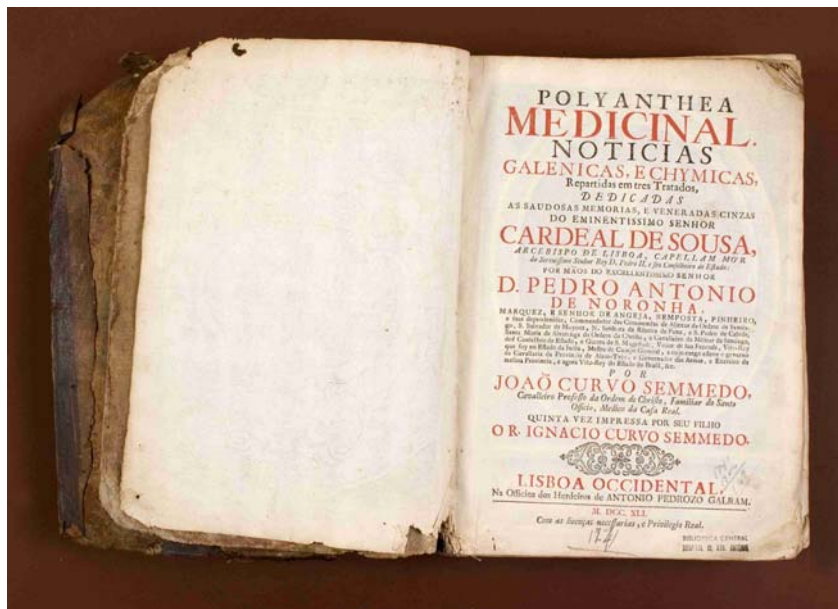


Fig. 22 - SEMEDO, João Curvo - *Polyanthea Medicinal. Noticias Galenicas e Chymicas*. Lisboa: Oficina de Miguel Deslandes, 1967.

Proveniência: CHP, Biblioteca Central.

Fotografia Egídio Santos / Meio Formato.



|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos Médico-Cirúrgicos              | Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                                                                           | -Exame Físico<br>-Exame Físico/ Auscultação<br>-Exame Físico/ Constituição Corporal<br>-Exame Físico/Dilatação<br>-Exame Físico/ Detectores<br>-Exame Físico/Reflexos<br>-Exame Físico/ Temperatura Corporal<br>-Sistema Respiratório<br>-Equipamento Específico de (... especialidade...) |
|                                                                       | Orientação Terapêutica                                                                                                                                                                                                                                                                | -Cateterismo<br>-Electrocoagulação<br>-Estimulação Eléctrica<br>-Instrumentos específico de (... especialidade...)<br>-Medicamentos<br>-Primeiros Socorros<br>-Punções e Aspiração<br>-Respiração Artificial                                                                               |
|                                                                       | Cirurgia                                                                                                                                                                                                                                                                              | - Anestesia e Reanimação<br>-Campo operatório<br>-Instrumentos auxiliares<br>-Instrumentos de diérese<br>-Instrumentos específico de (... especialidade...)<br>-Instrumentos de hemostase<br>-Instrumentos de síntese<br>-Transusão de sangue                                              |
| Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos de Patologia Laboratorial      | Análise química<br>Equipamento de base de laboratório<br>Ensaio de propriedades físicas<br>Ensaio de propriedades electrónicas e eléctricas<br>Específico de (... especialidade...)<br>Fluxo de líquidos, gases e de movimento mecânico<br>Ópticos<br>Para Medida do tempo<br>Pesagem |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos de Imagiologia                 | Específico de (... especialidade...)<br>Material especializado de tratamento e visualização de imagens<br>Radiodiagnóstico<br>Radioisótopos<br>Radioterapia<br>Ultra-sons<br>Termografia<br>Tomodensitómetros                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos Farmacêuticos                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos de Desinfecção e Esterilização |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Vária                                                                 | Material Administrativo<br>Mobiliário Hospitalar<br>Outros Equipamentos e Utensílios de Apoio                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Instrumentos, Aparelhos e Equipamentos de Ensino                      | Equipamento e Aparelho Audiovisual<br>Material Pedagógico<br>Modelos anatómicos                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Colecções Especiais                                                   | Cerâmica<br>Desenho<br>Escultura<br>Espólio Documental<br>Fotografia<br>Medalhística<br>Mobiliário<br>Pintura                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Tabela 3 - Resumo da classificação proposta.



## Conclusão

Acreditando que a nossa investigação, levada a cabo durante dois anos neste domínio, poderá servir não só de instrumento de uso para o Museu do Centro Hospitalar do Porto (MCHP), como também de referência a museus que encerrem colecções congéneres, assim como possibilitará pesquisas transversais num convite igualmente de contacto directo com o património cultural que o Museu preserva, investiga e divulga, optou-se por compilar toda a documentação e informação recolhida num *website*. O mesmo reunirá quatro áreas principais, nomeadamente: estudos de âmbito instrumental médico; índice de museus de medicina; inventário de instrumentos, fabricantes e inventores; e bibliografia, na qual se poderá aceder a índices e imagens de catálogos de fabricantes sob a alçada do Centro Hospitalar do Porto, bem como outros catálogos, bases de patentes e dicionários médicos disponibilizados online. O *website* em causa, em versão anexa ao presente trabalho<sup>162</sup>, será disponibilizado em domínio próprio, e sob a forma de hiperligação quer no portal interno do Centro Hospitalar do Porto, quer no próprio *website* externo do Museu do Centro Hospitalar do Porto, estando já circunscrita como orientação, a curto-prazo, a tentativa de o mesmo constar como hiperligação de referência em bases de conhecimento sobretudo dos profissionais da saúde (B-on; PubMed...), mas também em *websites* de museus congéneres.

Por razões de impraticabilidade temporal não nos foi possível inventariar, estudar e apresentar no roteiro digital o conjunto completo do espólio do MCHP, de modo que a escolha de objectos a figurar no mesmo recaiu sobre um conjunto de instrumentos que, quer pela sua funcionalidade, fabrico ou antiguidade, se manifestaram relevantes para a história da prática médica no Hospital de Santo António, tendo ficado patente a preocupação de serem seleccionados um mínimo de quatro objectos representativos de cada uma das áreas de conhecimento anteriormente supracitadas.

Apesar de na componente prática terem sido testadas algumas adaptações a este modelo, o que permitiu seleccionar elementos estruturantes e ampliar ou simplificar estas propostas, às quais se acresceu adaptações seleccionadas tendo como base algumas normas internacionais na área da museologia, designadamente: *International Guidelines for Museum Object Information*: CIDOC/ICOM; e *Spectrum* - Museum Documentation Association - considera-se o modelo proposto passível de conhecer adaptações particularmente em função das necessidades de colecções específicas.

---

<sup>162</sup> Anexo E.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão aqui apresentada tornou-se num complexo conjunto de experiências enriquecedoras não só em termos pessoais, mas sobretudo profissionais.

Desde logo a nossa aproximação perante esta temática, e sobretudo ao nível dos seus objectos, a grande maioria descontextualizados, obrigou-nos a um exercício racional na tentativa de entendimento e de procura por uma espécie de objectividade perdida mas possível de reconstituir a partir da inter-relação de objectos e documentação escrita. Poderemos mesmo afirmar que o facto desta se afastar de um padrão imediatamente reconhecível tornou maior a dimensão da nossa experiência, motivando extensas interrogações sobre a mesma, mas acima de tudo proporcionou horas fascinantes de estudo e investigação que foram amplamente recompensadas pelos resultados obtidos.

Deste modo, este trabalho para além de nos dotar de um sentido crítico relativamente à temática, permitiu a aquisição de novas competências e saberes, a reflexão sobre práticas desenvolvidas, bem como possibilitou uma maior destreza na intersecção com outros núcleos relacionados com a colecção em estudo e uma melhor percepção do panorama da museologia médica.

Constituindo-se como instrumento de apoio à reflexão, a maior parte da contribuição desta tese versa na implícita convicção do poder dos objectos museológicos e respectiva compreensão da natureza das colecções.

O objecto é um factor omnipresente em qualquer museu, podendo ser abordado, neste caso concreto nos museus de medicina, sob diferentes ângulos de visão: desde uma conotação de *hands-on* da prática clínica; da educação médica; das metodologias de investigação; do contexto comercial da Medicina; das políticas de saúde pública, entre outras.

No entanto para que estes ganhem "vida" e relevância como parte da história cultural e social, e para que não se confinem exclusivamente à sua incorporação na História da Medicina, nem sejam exclusivamente e/ou essencialmente apreciados por profissionais da Medicina, os museus de medicina terão que repensar os seus eixos de orientação.

Aliás, como foi supracitado, a museologia médica apesar das diferenças museológicas específicas, não emerge como um ramo particular nas tipologias científicas mas sim dependendo de uma normativa geral integrando-se dentro dos museus de ciência e tecnologia.

Posicionamento e enquadramento directamente relacionado com a sua natureza híbrida, mas que quanto a nós merece intensa reflexão.

Parece-nos pois que é altura dos seus responsáveis se interrogarem sobre os autênticos objectivos do museu de medicina, os seus públicos reais ou virtuais, suas curiosidades, interesses, dúvidas ou conceitos, pois o museu deverá ter capacidade de contribuir para o desenvolvimento



do visitante/espectador, enriquecendo a sua vida com novas perspectivas, experiências, conhecimentos, conceitos e pontos de vista, e propondo leituras coerentes e significantes.

Encarando a Medicina enquanto tema universal e que como tal desperta pois a atenção da sociedade em geral, propõem-se dois possíveis enfoques museológicos complementares. Num primeiro plano parece-nos essencial que estes museus reforcem e reestruturem a sua programação de forma a oferecer outras valências além daquelas de carácter expositivo, tendo por fim que as mesmas sejam dirigidas aos diversos segmentos sociais e não apenas às classes dotadas dos meios para as assimilarem, com vista ao estreitamento das relações com o seu público.

Apesar da complexidade de abordagem das suas temáticas, pois não raras vezes interferem com factores emocionais dos visitantes evocando sentimentos de carácter íntimo relacionados com o seu bem-estar ou com a sua descendência, experiências ou emoções, um dos aspectos fundamentais de todo o processo de valorização das colecções passa pela redefinição da sua função social: a promoção da cultura científica, a investigação, o apoio ao ensino, e o serviço à comunidade.

Na valorização e apresentação das colecções ao seu público, através de exposições ou actividades de formação e sensibilização, deverão estes museus fazer referência e apelar aos desafios sociais nos quais se integram, reactivando valores através dos quais se reconhece, questiona e integra a sociedade, convertendo-se em verdadeiros espaços públicos de reflexão e de debate como meio de produção de formas de autonomia e de cidadania crítica, tornando o seu público mais activo na esfera pública.

O museu de medicina enquanto recurso potencial com uma infinidade de possibilidades, como comunicador de conhecimentos produzidos nas ciências que é, deverá criar as condições de acessibilidade à investigação na área da saúde, promovendo não só uma função educacional de divulgação e contextualização da actividade médica mas, sobretudo, proporcionando experiências capazes de motivar a participação e o envolvimento activo do público que serve, desenvolvendo programas que apoiem oportunidades para a integração deste conhecimento na vida das pessoas.

Como refere Caulton, "os visitantes actuais já não se satisfazem em olhar para objectos expostos em vitrinas: querem ser envolvidos activamente com os objectos, para aprenderem com a sua própria experiência, informalmente divertindo-se a explorar"<sup>163</sup>.

---

<sup>163</sup> CAULTON, Tim – Hands-on-Exhibitions – *Managing Interactive Museums and Science Centres*. London and New York: Routledge, 1998. p.56. (segundo tradução da autora do presente trabalho).



Ao nível expositivo são diversas as estratégias que deverão adoptar relativamente às suas colecções de forma a facilitar a sua fruição pelo grande público, favorecendo ao mesmo tempo o seu estudo pelos especialistas.

Neste âmbito, é de cabal importância que antes de mais a museologia médica passe a participar no panorama da divulgação museológica, e aposte na incrementação de investigação, facto que, exceptuando alguns trabalhos concretos, continua a ser muito deficitária, devendo ser profícuo o estabelecimento de pontes de comunicação e trabalho em equipa entre os museólogos, os historiadores, profissionais das ciências da saúde e outros agentes.

Apesar de pontual é contudo de realçar o esforço de dinamização de alguns museus de medicina, europeus mas não só, dinamização essa que assenta preferencialmente na variedade cultural oferecida, a qual é na maior parte das vezes baseada numa regular rotatividade de colecções/exposições que por si só cativam e fidelizam públicos próprios.

Conclui-se assim como fundamental que o Museu alcance a capacidade de captar a atenção do público, especialmente dos seus potenciais frequentadores, reforçando a sua capacidade evocativa e introduzindo controladamente novas valências de utilização, tudo isto, como é natural, com uma preocupação suplementar mas decisiva: a de viabilidade de gestão destes novos espaços, que têm que ver asseguradas a sua dignidade e capacidade de funcionamento.

Ciente da falta de apoio financeiro sustentado, o que origina uma necessidade de economizar face à carência de recursos financeiros, sendo as consequências daí resultantes óbvias - falta de meios para gerir as colecções; recurso a estratégias economicistas; congelamento das admissões de recursos humanos especializados; incapacidade de requalificar e/ou formar os funcionários, entre outras - causando desde logo um sério entrave para muitas das propostas equacionadas, torna-se urgente incrementar novas formas de parcerias e de mecenato, desburocratizando processos, que permitam oferecer garantias mínimas de execução de projectos de médio-longo prazo, limitando desta forma a estagnação.

Uma das hipóteses é o intercâmbio com outros museus similares ou instituições científicas na realização de investigações. O intercâmbio permitirá não só enfrentar a realidade orçamental, mas também proporcionará experiências distintas uma vez que possibilitará trabalhar com diferentes pessoas abrindo diálogos e intercâmbios com outras estruturas exteriores.

Considerando que os museus de medicina se devem tornar mais do que espaços de exposição de equipamentos cuja compreensão e interesse só será sensível para os iniciados, e para que passem a oferecer aos seus visitantes uma explanação que correlacione o objecto exposto com as suas aplicações e modo de funcionamento, a sua evolução, origem e enquadramento com os seus contextos tecnológicos e científicos, deverão estes incrementar exposições interdisciplinares em que o contexto médico será interpretado na sua inter-relação com outras áreas e disciplinas,



demonstrando como a História da Medicina é transversal, flexível e interligada, habilitando a troca de conceitos e metodologias, e sobretudo conseguindo uma aproximação entre sociedade e ciência, a partir dos significados e usos da "cultura material".

É este o actual desafio destas instituições.

É igualmente o momento da implementação de novos espaços museológicos, porém mais dinâmicos e interactivos, reconstrutores de sentidos e contextos.

Com este fim, emerge a ideia de unir esforços e compartilhar metodologias e aplicações com o objectivo de se obter uma maior expansão da museologia médica e consequentemente um melhor entendimento das suas colecções, só possível com recurso ao estudo e investigação das mesmas.

Seria falso defender que o modelo aqui apresentado, desenvolvido numa tentativa museológica de compreensão do objecto médico, constitui-se como principal forma de interpretação do mesmo, nem de forma alguma teremos a presunção de o entender como verdade absoluta e final, mas sim como um modelo válido e reproduzível, coadunando-se não só ao espólio do MCHP, mas igualmente a outras colecções de museus congéneres. Tal como acontece com as teorias científicas, este assume-se como explicação provisória da evidência existente até ao momento, evidenciando-se na apresentação de novos métodos de análise e encontrando-se aberto à crítica, ao debate e à mudança.

À questão que frequentemente se levanta relativamente ao facto dos museus de medicina continuarem ou não votados a um lugar secundário dentro do panorama museológico, consideramos que só o tempo poderá responder. Porém, a nossa contribuição com este trabalho, não obstante as várias dificuldades que se nos depararam e que algumas vezes limitaram as nossas pretensões, não deixando de nos confessarmos sinceramente agradados com o resultado do mesmo, é precisamente aguçar a vontade dos museus de medicina em serem mais do que meros repositórios, assumindo outras responsabilidades adequadas à preservação, conservação, estudo e interpretação de espécimes em benefício do público, garantindo assim larga existência aos mesmos.

Idealiza-se assim um museu de medicina como um espaço de intercâmbio, um espaço aberto a influências, um espaço de projecção não só para o exterior mas para o mundo, não sendo para nós de todo procedente o conceito, ainda actualmente muito enraizado, de um museu que se faz uma vez e que permanecerá imutável perpetuamente.

É tendo este fio condutor em mente que se pretende dar desenvolvimento ao projecto e discurso museológico do Museu do Centro Hospitalar do Porto, assumindo o mesmo uma tentativa de posição de liderança na área da educação para a saúde, oferecendo conhecimentos, oportunidades de aprendizagem e experiências que se relacionem com questões da



contemporaneidade, largamente acessíveis e consistentemente de alta qualidade<sup>164</sup>,  
pretendendo-se que venha a ter uma forte componente *hands-on*, *herts-on* e outra igualmente  
diferenciadora: a componente *minds-on*, o verdadeiro sentido no contexto do objecto médico.

---

<sup>164</sup> Anexo B.

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### IMPRESSA

AGUIAR, Alberto - *O Laboratório Médico do Prof. Alberto de Aguiar*. Separata da Revista Semiótica Laboratorial. Porto. 1916.

ALVES, Jorge e CARNEIRO, Marinha - *Olhar o Corpo, Salvar a Vida*. Porto: Hospital de Santo António, 2007.

AMORIM, Diogo Pacheco de - *O Hospital de Santo António na hora das grandes decisões. O Tripeiro*. Porto, No. 1983, Série Nova, Ano VI.

ARNHEIM, Rudolf – *Arte e Percepção Visual*. In MOUTINHO, Mário Canova – "Cadernos de Museologia: A construção do objecto museológico". S. Paulo: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Centro de Estudos de Sócio-Museologia, 1994.

ARNOLD, Ken - *Museums and the Making of Medical History*. In BUD, Robert – "Manifesting Medicine: Artefacts series, studies in the history of science and technology". London: Science Museum, 2004.

BAIRD, D. - *Thing Knowledge: A Philosophy of Scientific Instruments*. Califórnia: University of California Press, 2004.

BARROS, José D'Assunção - *O campo histórico. As especialidades e abordagens da História*. Rio de Janeiro: A Cela, 2002.

BASTO, A. de Magalhães - *Origens e Desenvolvimento de um grande estabelecimento de assistência e caridade*. Porto, 1931.

BASTO, Pedro de Magalhães - *Hospitais do Norte de Portugal: subsídios para a História da Assistência Hospitalar*. Porto: Artes Gráficas, Lello&Irmão, 1982.

BERNARD, Claude – *Introdução à Medicina Experimental*. Lisboa: Guimarães & C<sup>a</sup> Editores, 1978.

BIRMAN, Joel - *Interpretação e representação na Saúde Coletiva. A representação na Saúde Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Relume-Dumará. V.1, Nº.2, 1991.



- BLANCO, Ângela Garcia - *Didáctica del Museo: El descubrimiento de los objectos*. Madrid: Ediciones de la Torre, 1988.
- BLOCH, Marc – *Les “inventions” médiévales*. Annales d’histoire économique et sociale. Laterza: Bari, 1959. Vol. VII.
- BUCCAILE, Robert; PESSEZ, Jean-Marc – *Cultura Material*, Vol. XVII, in Enciclopédia Einaudi. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda, 1989.
- CARVALHO, Luís de
- *As especialidades no HGSA*. Arquivos do HGSA. Porto, II série, Vol. I: N.º 3, Junho de 2006.
  - *Nota de Abertura*. Arquivos do Hospital Geral de Santo António. Porto, Vol.1 (1), Janeiro / Março de 1997.
- CARVALHO, Silva - *História da Medicina Portuguesa*. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa, 1929.
- CASTRO, Fernando de
- *A tradição beneficente dos mestres do ensino médico no Pôrto e o legado Assis Vaz*. Separata do Jornal Médico. Porto: Tip. Costa Carregal, 1944.
  - *Exposição da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto e Reflexões da Escola Médico-Cirúrgica do Porto*. Porto: Imprensa da Gandra e Filhos, 1837.
- CAULTON, Tim – *Hands-on-Exhibitions – Managing Interactive Museums and Science Centres*. London and New York: Routledge, 1998.
- CHAGAS, Mário. - *Pesquisa & comunicação: mútuo desafio*. Anais do IV Seminário sobre Museus-Casas: Pesquisa e Documentação. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa/Ministério da Cultura, 2002.
- CID, Felip - *Museologia Médica, Aspectos Teóricos y Cuestiones Práticas*. Bilbao: Museo Vasco de Historia de la Medicina e de la Ciência, 2007. Vol.1 e 2.
- CORREIA, António Mendes - *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*. Lisboa: Editorial Enciclopédia, 1979. Vol. 16.
- CORREIA, J. Castro - *Medicina e Tecnologia: Relação entre a evolução da Medicina e a evolução tecnológica*. U.PORTO: Revista dos antigos alunos da Universidade do Porto. Porto, Nº 2 de Dezembro de 2000.



COUTINHO, Artur Céu - *Dicionário Enciclopédico de Medicina*. Lisboa: Argo Editora, 1957.

EIGHMY - *The use of material culture in diachronic anthropology*. In GOULD, R. (ed) - "Modern Material Culture: The Archaeology of US".1981.

FERREIRA, F.A. Gonçalves - *Os Hospitais e a Comunidade*. Separata O Médico. Porto: Tip. Sequeira, Lda. N.º1209. 1974.

FOUCAULT, M. - *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

Gazeta dos Hospitais do Porto. Porto: Typ. a vapor da "Encyclopedia Portuguesa", 1908. Vol. II.

GLENN, Perry - *En Astrología Vs Ciencia: ¿Cómo conocemos lo que pensamos que conocemos?*.

*História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal no século XX*. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa, 1989.

ICOM - *Statistics on museums and related institutions in 1999*. Paris: December, 2000.

*Index: Revistas Médicas portuguesas*. Coimbra: Pressmédica, 1992.

JÚNIOR, A. Serrano - *Hospital Geral de Santo António – apontamentos sobre a sua história*. Separata do Boletim do Hospital do Porto. Porto, Vol. II, nº3, Agosto, 1980

KIRKUP, John - *The History and Evolution of Surgical Instruments*. London: Royal College of Surgeons, 1982.

KUHN, Thomas S. – *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.

LAEMMER, M. - *A Medicina, A Arte e a Literatura: Reflexões sobre o interesse dos médicos para estas questões*. Porto, 1980.

LEMONS, Maximiano, 1991

- *Arquivos de História da Medicina Portuguesa*. Porto, 1919.

- *História da Medicina em Portugal, Doutrinas e Instituições*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, vol. 1. (Data da edição original: 1899)

- *História do Ensino Médico no Porto*. Porto: Enciclopédia Portuguesa, 1925.



LEONE, José - *O Museu dos Hospitais Cívicos de Lisboa*. Separata do Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Lisboa. Vol. 33, nº 3 e 4, 1969.

LEVERE, T. H. - *What History Can Teach Us About Science: Theory and Experiment, data and Evidence*. Interchange. Vol, 115-128, 2006.

LIMA, Américo Pires de - *A Remodelação do Hospital Geral de Santo António*. Porto: Tip. Sequeira, Lda, 1959.

LISBOA, Eugénio (ed.) - *Tempo Medical (versão portuguesa)*. Lisboa: MPS, 1996.

MACEDO, M. - *História da Medicina Portuguesa no século XX*. Lisboa: CTT, Correios de Portugal, 2002.

Medicina/medicalização, Vol. XXIII, in *Enciclopédia Einaudi*. Lisboa: Imprensa Nacional da Casa da Moeda, 1989.

MENDES, António Lopes - *Hospital de Santo António: 200 anos de História*. Porto: Orgal, 1991.

MENDO, Paulo - *O Hospital Geral de Santo António: Presente e Futuro*. O Tripeiro. Porto, Set. 1993, Série Nova, 7ª série , Ano XII.

MENESES, Ulpiano Bezerra – *A exposição Museológica: Reflexões sobre Pontos Críticos na Prática Contemporânea*. Universidade de S. Paulo, 1993. In MOUTINHO, Mário Canova – "Cadernos de Museologia: A construção do objecto museológico". S. Paulo: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Centro de Estudos de Sócio-Museologia, 1994.

MENSCH, P. V. - *Towards a methodology of museology*. Zagreb: University of Zagreb, 1992.

MONTEIRO, Hernâni

- *Origens da Cirurgia Portuense*. Porto: Araújo & Sobrinho, 1926.

- *Relances sobre o Ensino Médico no Porto*. Portugal Médico. Lisboa, 1937.

MORENO, Armando - *O Mundo Fascinante da Medicina*. Lisboa: Printipo, 1997.

OLIVEIRA, Leonel Moreira de (Cord. Editorial) - *Moderna Enciclopédia Universal*. Lexicoteca. Lisboa: Círculo de Leitores, Lda, 1987. Tomo IV.



OSÓRIO, João Mendes - *O Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Porto*. Porto: Typographia de Antonio José da Silva Teixeira, 1868.

PARREIRA, Francisco (ed.) - *Medicina e Laboratório*. Lisboa: Publicações Ciência e Vida, 1991.

PEARCE, Susan (ed.)

- *Exploring Science in Museums*. London: Routledge, 1996.
- *Museum Studies in Material Culture*. London: Leicester University Press, 1989.
- *Objects of Knowledge*. London: The Athlone Press, 1990.

PEARCE, Susan -

- *Interpreting Objects and Collections*. London: Routledge, 1994.
- *Museums, objects and collections*. Washington: Smithsonian Institution Press, 1993.

PENSEZ, Jean-Marie - *História da cultura material*. In LE GOFF, Jacques (org.) - "A História Nova". S. Paulo: Martins Fontes, 1993.

PEREIRA, Mário Monteiro - *História da Medicina contemporânea*. Lisboa: Soc. de Expansão Cultural, s.d.

PIMENTEL, J. Cortez - *A documentação pela imagem em Medicina*. Lisboa: Universitária Editora, 1996.

PINA, Carlos (ed.) - *Anamnesis: revista médica mensal*. Lisboa: Segmento. De Fevereiro de 1992 a Janeiro de 1993.

PINA, Luís de

- *Colecções do Museu de História da Medicina "Maximiano Lemos"*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2006.
- *Medicina e médicos na história da filosofia*. Porto: Centro de Estudos Humanísticos, 1955.
- *O ensino da História das ciências, em especial da Medicina*. Porto: Imprensa Portuguesa, 1934.

POPPER, Karl – *A Lógica da Pesquisa Científica*. São Paulo: Cultrix, 2000.

RECA, M. M. – *Le objecto y la construcion de sentido em colecciones etnográficas*. Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia. São Paulo, 1996.



RICON FERRAZ, Amélia Assunção Beira de

- *Evolução dos Instrumentos Cirúrgicos*. Porto, 1992.
- *Inventário do Museu de História da Medicina "Maximiano Lemos"*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2003.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO

- *Boletim dos Hospitais da Santa Casa*. Porto: Tip. A vapor do Hospital do Conde Ferreira. De 1907 a 1975.
- *Instruções Regulamentares Provisórias*. Porto: Oficina Tipográfica do Hospital do Conde de Ferreira, 1938.
- *Exame à escrituração da tesouraria do Hospital Geral de Santo António*. Porto: Oficina Tipográfica do Hosp. Conde Ferreira. De 1905 (Julho) a 1911 (Março).
- *Formulário Geral de Medicina e Cirurgia para as Enfermeiras do Hospital Real de Santo António*. Porto: Tipografia de Gandra&Filhos, 1840.
- *Instruccções Regulamentares para arsenal cirúrgico do Hospital Geral de Santo António*. Porto: Typographia Hosp. Conde Ferreira, 1888.
- *Instruccções Regulamentares do Laboratório Clínico do Hospital Geral de Santo António*. Porto: Typographica Coelho, 1904.
- *Regulamento do Hospital Real de Santo António*. Porto: Sebastião José Pereira, 1858 e 1863.
- *Regulamento do Hospital Real de Santo António na Cidade do Porto*. Porto: Imprensa Portuguesa, 1881.

SANTOS, Boaventura de Sousa - *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1996, 8ª edição.

SANTOS, Reynaldo - *O Problema do Ensino Médico*. Separata A Medicina Contemporânea. Lisboa: Typographia Adolpho Mendonça. 1921.

SAUSSURE, Ferdinand de - *Cours de Linguistique Générale*. Geneva: Grande Bibliotheque Payot, 1915.

SAYAD, J. D. - *Mediar, medicar, remediar*. Rio de Janeiro: Uerj, 1998.

SCHIELE, Bernard - *The Museum of Medicine: A Fórum for Issues and Debates*. Quark, Nº 35, Abril 2005.

SCHLERETH, Thomas J. - *Material culture studies in America*. Nashville (Tenn.): American Association for State and Local History, 1976.



- SERRÃO, Daniel - *Os Sobressaltos do Tempo*. Uporto: Revista dos antigos alunos da Universidade do Porto. Porto, Nº 2 de Dezembro de 2000.
- SILVA, A. C. E SEMEDO, A. (coord.) - *Colecções de Ciências Físicas e Tecnológicas em Museus Universitários: Homenagem a Fernando Bragança Gil*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2005.
- SIMÕES, A. A. da Costa - *O Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto*. Porto: Typographia do Jornal do Porto, 1883.
- SMITH, Adam - *Powers of the Mind*. Random House: Ballantine Books, 1979.
- SOARES, J. - *Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na BioMedicina*. Cadernos Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ. V. 6: N.º 1, 1998.
- SOURNIA, Jean-Charles – *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.
- SOUSA, Francisco de Almeida e - *O Hospital Geral de Santo António: História e méritos do Hospital da Cidade*. O Tripeiro. Porto, Nov. 1993, Série Nova, 7ª série, Ano XII.
- VITORINO, Pedro e SAAVEDRA, Alberto - *Catálogo da Exposição Retrospectiva de Medicina*. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1925.
- VITORINO, Pedro - *Médicos e Cirurgiões: Os Santos Patrocinadores*. Separata Jornal do Médico. Porto: Costa Carregal, 1942.
- WINGATE, Peter - *Dicionário de Medicina*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1977.

#### DIGITAL

- <http://www.aagbi.org>, consultado a 22 de Setembro de 2008.
- <http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=3846>, consultado a 11 de Setembro de 2008.
- <http://www.ameddgiftshop.com/museum.htm>, consultado a 22 de Setembro de 2008.
- <http://americanhistory.si.edu/>, consultado a 22 de Setembro de 2008.
- <http://www.anatomy.or.jp/e-top.html>, consultado a 11 de Setembro de 2008.
- <http://www.apothecaries.org/>, consultado a 2 de Outubro de 2008.
- <http://www.army.mod.uk/events/museums/default.aspx>, consultado a 2 de Setembro de 2008.



<http://www.bartsandthelondon.nhs.uk/aboutus/museumphoto.asp>, consultado a 22 de Setembro de 2008.

<http://www.bda.org/museum>, consultado a 11 de Setembro de 2008.

<http://www.beaune.fr>, consultado a 2 de Outubro de 2008.

<http://bergenmuseum.uib.no/>, consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://www.bethlehemheritage.org.uk>, consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://www.biocfarm.unibo.it/museocere/index.html>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.biomedicale.univ-paris5.fr/anat/spip.php?rubrique8>, consultado a 11 de Setembro de 2008.

<http://www.bium.univ-paris5.fr/musee/>, consultado a 11 de Setembro de 2008.

<http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhd/musee/musee.htm>, consultado a 9 de Agosto de 2008.

<http://www.chateaudenyon.ch/>, consultado a 11 de Setembro de 2008.

[http://www.chuv.ch/iuhmsp/ihm\\_home/ihm\\_accueil.htm](http://www.chuv.ch/iuhmsp/ihm_home/ihm_accueil.htm), consultado a 9 de Agosto de 2008.

<http://www.chru-lille.fr/Chru-musee2/>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

[http://www3.chu-rouen.fr/Internet/connaitreCHU/culture/musee\\_flaubert/](http://www3.chu-rouen.fr/Internet/connaitreCHU/culture/musee_flaubert/), consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.claude-bernard.co.uk/page20.htm>, consultado a 2 de Outubro de 2008.

<http://www.college-optometrists.org/museum>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

[http://www.collphyphil.org/visit\\_mutter.htm](http://www.collphyphil.org/visit_mutter.htm), consultado a 2 de Outubro de 2008.

<http://www.corporeality.net/museion/>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

<http://www.cwru.edu/artsci/dittrick/site2/>, consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://www.d-lamente.org/cev/paradigma1y2.htm>, consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://db.library.queensu.ca/hosmus/index1.html>, consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://www.dentalmuseum.org/>, consultado a 2 de Outubro de 2008.

<http://www.deutsches-apotheken-museum.de/>, consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://www.dggmnt.de/>, consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://www.ecole-valdegrace.sante.defense.gouv.fr/spip.php?rubrique44>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

<http://www.ehu.es/museo/museo1.html>, consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://www.gesch.med.tu-muenchen.de/>, consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://farmacia.ugr.es/cont.php?sec=1&pag=10>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

<http://www.florence-nightingale.co.uk>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

<http://www.florence-nightingale.co.uk/index.php>, consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://www.foundlingmuseum.org.uk>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

<http://www.freud.org.uk>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

<http://www.health.wits.ac.za/adler/>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.Henciclopedia.org.uy>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://histoirepharmacie.free.fr/gal05.htm>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.histomed.kiev.ua/about.php.htm>, consultado a 17 de Agosto de 2008.



<http://www.hospices-de-beaune.com/gb/musee/>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

[http://www.ich.ucl.ac.uk/about\\_gosh/history/museum.html](http://www.ich.ucl.ac.uk/about_gosh/history/museum.html), consultado a 9 de Agosto de 2008.

<http://www.imperial.nhs.uk/aboutus/museumsandarchives/history>, consultado a 9 de Agosto de 2008.

<http://www.imss.fi.it/>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

<http://www.imss.org/>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

[http://www.ior.it/Sito/frmRizzoli\\_MuseoInfermiere.aspx?IDItem=11&IDCont=26](http://www.ior.it/Sito/frmRizzoli_MuseoInfermiere.aspx?IDItem=11&IDCont=26), consultado a 9 de Agosto de 2008.

[http://www.ironbridge.org.uk/our\\_attractions/blists\\_hill\\_victorian\\_town/history/](http://www.ironbridge.org.uk/our_attractions/blists_hill_victorian_town/history/), consultado a 9 de Agosto de 2008.

<http://www.italiapervoi.it/cerca.asp?pg=91&m=4>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

<http://www.jennermuseum.com/>, consultado a 9 de Agosto de 2008.

<http://www.leiden.edu/index.php3?c=224>, consultado a 9 de Agosto de 2008.

<http://www.lumc.nl/rep/cod/redirect/anatomischmuseum/index.html>, consultado a 23 de Agosto de 2008.

[http://mariecurie.science.gouv.fr/actu/actu2\\_1.htm](http://mariecurie.science.gouv.fr/actu/actu2_1.htm), consultado a 20 de Agosto de 2008.

<http://www.medicmuseum.org/>, consultado a 20 de Agosto de 2008.

[http://www.meduniwien.ac.at/histmed/medhistmus\\_kurz.htm](http://www.meduniwien.ac.at/histmed/medhistmus_kurz.htm), consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://www.mhiz.unizh.ch/>, consultado a 11 de Setembro de 2008.

<http://www.mhs.ox.ac.uk/>, consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://www.moulagen.ch>, consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://museemedecine.free.fr/>, consultado a 10 de Setembro de 2008.

[http://www.museenbasel.ch/html/musaz\\_d.cfm?id=1](http://www.museenbasel.ch/html/musaz_d.cfm?id=1), consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://www.museobadessa.it/home.htm>, consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://www.museounito.it>, consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://www.museudelaMedicina.cat/>, consultado a 11 de Setembro de 2008.

<http://www.museudeMedicina.fm.ul.pt>, consultado a 22 de Setembro de 2008.

<http://www.museum.ru/M170>, consultado a 22 de Setembro de 2008.

[http://www.museum.hu/museum/index\\_en.php?ID=66](http://www.museum.hu/museum/index_en.php?ID=66), consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://museummaximianoemos.med.up.pt/index.php>, consultado a 10 de Setembro de 2008.

<http://www.museumboerhaave.nl/>, consultado a 5 de Setembro de 2008.

[http://www.museums-of-paris.com/musee\\_en.php?code=315](http://www.museums-of-paris.com/musee_en.php?code=315), consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.museums.org.za/cmm/>, consultado a 22 de Setembro de 2008.

<http://nhatrang.online.fr/sections.php?op=viewarticle&artid=44>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

[http://www.muziejai.lt/Vilnius/vu\\_medicinos\\_muz.en.htm](http://www.muziejai.lt/Vilnius/vu_medicinos_muz.en.htm), consultado a 28 de Setembro de 2008.

<http://www.paris.org/Musees/Dupuytren/info.html>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

<http://www.pasteur.fr/pasteur/musees/>, consultado a 5 de Setembro de 2008.



<http://www.philamuseum.org/>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

<http://rabbit.vm.its.uwo.ca/MedicalHistory/default.aspx?type=showSearchPageFrameset>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

<http://www.radiology-museum.be/English/IndexE.html>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

<http://www.rcplondon.ac.uk/heritage>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

<http://www.rcseng.ac.uk/museums>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

<http://www.redcross.org.uk/museumandarchives>, consultado a 5 de Setembro de 2008.

<http://www.rpsgb.org/museum>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

<http://www.sja.org.uk/history>, consultado a 28 de Setembro de 2008.

[http://www.sahlgrenska.se/vgrtemplates/Page\\_\\_\\_\\_14650.aspx](http://www.sahlgrenska.se/vgrtemplates/Page____14650.aspx), consultado a 5 de Outubro de 2008.

<http://www.scienceaction.asso.fr/reseau/museeanatomie/index.html>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.sciencemuseum.org.uk>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.sfodf.org/sfodf/index.php?mod=30>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.stenomuseet.dk/engelsk/foyer.htm>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

[http://surgicat.rcseng.ac.uk/\(yssi3d45azszxsbfmwdxmo45\)/Default.aspx](http://surgicat.rcseng.ac.uk/(yssi3d45azszxsbfmwdxmo45)/Default.aspx), consultado a 20 de Agosto de 2008.

<http://www.thackraymuseum.org/>, consultado a 20 de Agosto de 2008.

<http://www.thegarret.org.uk>, consultado a 20 de Agosto de 2008.

<http://www.unibe.ch/>, consultado a 20 de Agosto de 2008.

<http://w3.uniroma1.it/dmsp/aree/museo/MuseoStoriaMedicina.htm>, consultado a 17 de Agosto de 2008.

<http://www.uv.es/~fresquet/TEXTOS/museo.html>, consultado a 22 de Setembro de 2008.

<http://www.ville-charlieu.fr/pages/a-voir/musee.html>, consultado a 5 de Setembro de 2008.

<http://www.ville-ge.ch/culture/mhs/>, consultado a 22 de Setembro de 2008.

<http://nmhm.washingtondc.museum/>, consultado a 22 de Setembro de 2008.

<http://www.wellcome.ac.uk/183>, consultado a 5 de Setembro de 2008.

<http://www.yorkcastlemuseum.org.uk/Page/YorkCastleMuseum.aspx>, consultado a 22 de Setembro de 2008.



## **ÍNDICE DOS ANEXOS**

Anexo A – Glossário – 20 páginas.

Anexo B - "Programa museológico preliminar / apresentação de conceitos" – 11 páginas.

Anexo C- "Manual de Gestão de Colecções do MCHP" – 23 páginas.

Anexo D - Dossier com contactos estabelecidos – 60 páginas [em Cd anexo ao presente trabalho].

Anexo E – Estudo de Colecções – [em Cd anexo ao presente trabalho].

---

**Anexo A**

**Glossário**

---

**Abcesso** - Bolsa de pus bem delimitada formada no interior de um tecido em consequência de uma inflamação.

**Abdução** - 1) Movimento que afasta um membro ou um segmento de membro do plano de simetria ou eixo do corpo. 2) Posição que daí resulta.

**Abrasão** - 1) Ablação ou extracção, por meio de raspagem, de certos tecidos ou certas formações superficiais: córnea, mucosa uterina, tártaro dentário, etc. 2) Acção de desgastar por fricção.

**Acidificar** - Tornar ácida uma substância, reduzindo o seu pH (ex.: acidificar a urina pela administração de um medicamento acidificante).

**Adesivo** - Que é susceptível de aderir a uma superfície. Ex.: penso adesivo.

**Aglutinação** - Agrupamento, em pequenos amontoados, de células ou de microrganismos portadores de um antigénio (aglutinogénio), em suspensão num líquido, quando se encontram em presença do anticorpo correspondente (aglutinina). A aglutinação dos eritrócitos só se produz in vitro por um erro de transfusão (injecção de sangue que pertence a um grupo sanguíneo incompatível com o sangue do indivíduo) ou em condições patológicas. A aglutinação dos microrganismos pelo soro do doente constitui um método muito empregado de diagnóstico bacteriológico.

**Agrafo** - Pequeno grampo metálico destinado a aproximar os bordos de uma ferida.

**Agulha** - Haste fina de aço de calibre variável, oca ou maciça, direita ou curva, com extremidade pontiaguda ou romba, usada, conforme o seu tipo, para fazer suturas ou laqueações, aplicar injecções ou colher tecidos.

**Albumina** - Nome genérico das substâncias compostas por carbono, azoto, oxigénio e hidrogénio, que pertencem ao grupo das proteínas, presentes no soro sanguíneo, leite, ovos, músculos, bem como em certos vegetais. Estas substâncias são solúveis na água e coagulam pela acção do calor (70°C-90°C). Por hidrólise, produzem aminoácidos e amoníaco.

**Alergologia** - Estudo da alergia e das suas manifestações patológicas. O especialista chama-se alergologista.

**Ambulatório** - 1) Relativo à marcha. Ex.: automatismo ambulatório. 2) Diz-se de um tratamento que dá ao doente a possibilidade de se deslocar e dedicar-se às suas ocupações, ou seja, que não exige acamação nem hospitalização.

**Ampola** - 1) Em anatomia, dilatação de forma arredondada situada ao longo de uma conduta, de um canal ou ao nível de uma cavidade. 2) Pequeno recipiente em vidro, de forma alongada, afilado numa ou em ambas as extremidades, hermeticamente fechado e que contém uma solução medicamentosa estéril. 3) Sinónimo popular de bolha, empola.

**Amputação** - 1) Ablação cirúrgica de um membro ou segmento de membro, por secção das suas partes ósseas, com conservação, variável conforme os casos, de certas partes moles (músculos, retalhos cutâneos) destinados a formar o coto. 2) Por extensão, ablação cirúrgica de um órgão, de uma víscera ou de um tecido. Ex.: amputação da mama, amputação de um tumor. 3) Secção accidental de um membro ou de um segmento de membro.

**Análise** - 1) Separação de um composto químico nos seus elementos. 2) Estudo de um dado fenómeno ou estrutura, com vista a isolar e identificar os seus elementos constituintes. 3) Em linguagem corrente, psicanálise.

**Análise Biológica** - Sinónimo de análise clínica, análise médica.

**Análise Clínica** - Exame laboratorial destinado a facilitar o diagnóstico médico, o tratamento ou a profilaxia das doenças humanas. Uma análise clínica só pode ser realizada nos laboratórios que preencham as condições regulamentares. Sinónimo de análise biológica.

**Anatomia** - Ciência que estuda a estrutura e a morfologia do homem ou dos animais. O especialista nesta disciplina chama-se anatomista.

**Anatomia Patológica** - Ciência que trata as alterações orgânicas provocadas pelas doenças. Sinónimo de anatomopatologia.

**Anestesia** - A anestesia suprime a dor e outras sensações podendo ser efectuada de três formas diferentes: geral, regional e local.

**Anestésico** - Que provoca insensibilidade local ou geral. Sinónimo de anestesiante.

**Anti-sepsia** - Prevenção do desenvolvimento de agentes infecciosos por processos físicos (filtros, radiações) ou químicos (substâncias bactericidas) destinados a destruir os microrganismos.

**Aparelhagem** - Conjunto de aparelhos, de dispositivos ou de instrumentos destinados a uma utilização determinada.

**Aparelho** - Em anatomia, designa o conjunto de sistemas ou de órgãos que concorrem para o mesmo fim.

**Arranca-veias** -. Instrumento utilizado para a ablação de um segmento de veia.

**Artefacto** -. 1) Qualquer modificação ou alteração produzida por meios artificiais num exame laboratorial, em especial as alterações de um tecido durante a sua preparação para exame microscópico. 2) No traçado de um aparelho de registo, qualquer variação que não tem origem no órgão cuja actividade se pretende registar. 3) Lesão cutânea provocada artificialmente, em especial por meio de raspagem.

**Assepsia** - 1) Ausência de microrganismos num determinado meio. 2) Conjunto dos meios destinados a impedir a contaminação de objectos, substâncias, organismos ou locais (sala de operações) previamente desinfectados.

**Audiometria** - Método de avaliação quantitativa da acuidade auditiva para os diferentes registos das frequências sonoras por meio de um aparelho radioelétrico (audiómetro). A audiometria pode ser tonal (utilizando sons puros) ou vocal (utilizando a voz graduada). As variações dos limiares de percepção são registados sob a forma de audiograma.

**Auscultação** - Exame médico que consiste em escutar os ruídos que se produzem no interior do corpo. A auscultação pode ser directa (imediate), aplicando o ouvido à parte do corpo a examinar, ou indirecta (mediata) quando é praticada por meio de um estetoscópio.

**Autoclave** - Recipiente geralmente cilíndrico, com paredes espessas, munido de um sistema de fecho estanque, utilizado para a esterilização, pelo vapor sob pressão, de luvas, material de penso, instrumentos, etc.

**Bactéria** - Microrganismo unicelular, que se reproduz por divisão (V. micróbio). Os cocos e os bacilos são bactérias. As bactérias e os vírus constituem as duas causas mais frequentes de infecções.

**Biopsia** - 1) Colheita de um fragmento de tecido ou de um órgão num indivíduo vivo, destinado a exame microscópico ou análise bioquímica. 2) O próprio material colhido.

**Bisturi** - Pequena faca muito cortante utilizada para incisar os tecidos moles (pele, músculos, etc.). O bisturi eléctrico é uma ponta metálica que serve, graças ao calor produzido pela corrente de alta frequência que o atravessa, para seccionar os tecidos ou para deter por coagulação uma hemorragia. Sinónimo de escalpelo.

**Broca** - Instrumento cortante de aço que, animado por um movimento de rotação, serve para abrir orifícios nos ossos (utilizado sobretudo em osteossíntese).

**Broncoscópio** - Aparelho constituído por um tubo munido de um dispositivo de iluminação que se introduz, sob anestesia local, nos brônquios, quer por via bucal, quer após traqueotomia.

**Caixa Torácica** - Espaço formado pela coluna vertebral, atrás, e pelo esterno, à frente, reunidos lateralmente pelos arcos costais.

**Cardiodilatador** - Instrumento destinado a dilatar a cárdia em caso de aperto ou de cardiospasm.

**Cardiografia** - Qualquer técnica destinada a registar os batimentos do coração, por meio de um cardiógrafo: o traçado assim obtido denomina-se cardiograma.

**Catgut** - Fio absorvível para laqueações e suturas cirúrgicas, preparado a partir de intestino delgado do carneiro.

**Cautério** - Haste metálica montada numa pega e cuja extremidade distal, de forma variável, é aquecida ao rubro para queimar superficialmente a pele ou os tecidos. Este instrumento é actualmente substituído pelo galvanocautério, o electrocautério e o laser.

**Cauterização** - Destruição dos tecidos com o auxílio de um cautério, de uma corrente eléctrica ou de substâncias cáusticas.

**Cateter** - Haste oca ou maciça, geralmente metálica, que serve para dilatar ou explorar um orifício ou canal naturais.

**Cirurgia** - Parte da terapêutica que comporta uma intervenção manual, sob a forma de intervenções cruentas ou de manobras externas. Distinguem-se diversas especialidades, de acordo com os órgãos ou aparelhos interessados. Distinguem-se diversas especialidades, conforme os órgãos, sistemas ou aparelhos interessados, cada uma das quais reconhecida por um diploma de estudos especializados: cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia maxilofacial e estomatologia, cirurgia ortopédica e traumatologia, cirurgia vascular, cirurgia torácica e cardiovascular, cirurgia urológica, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia visceral. Tradicionalmente, a pequena cirurgia designa as operações simples: ligaduras e gessos, punções, sondagens, colheitas, pequenas incisões, suturas, etc.

**Cistoscópio** - Sonda metálica munida de um dispositivo de iluminação e de um sistema óptico amplificado, utilizada para o exame do interior da bexiga, cateterismo dos ureteres e determinadas operações intravesicais.

**Clínica** - 1) Relativo ao doente acamado; que é efectuado, verificado ou ensinado pelo médico à cabeceira da cama dos doentes. 2) Parte da medicina que abrange o conjunto dos conhecimentos adquiridos pela observação directa dos doentes. 3) Ensino da medicina realizado à cabeceira dos doentes ou na sua presença. 4) Estabelecimento público ou privado no qual se prestam cuidados aos doentes.

**Contaminação** - Invasão de uma superfície por microrganismos, seguida ou não da penetração destes últimos no interior do corpo, da substância ou do objecto contaminado. Quando se trata de um organismo vivo, animal ou vegetal, que se presta à multiplicação e ao desenvolvimento dos microrganismos, a contaminação é seguida por um processo de infecção.

**Corpo Estranho** - Corpo inanimado que se encontra de forma anormal num tecido, num canal ou numa cavidade do organismo, proveniente do exterior (estilhaço de vidro, de metal, bala que penetrou por uma ferida) ou formado no local (cálculo, concreção).

**Cureta** - Instrumento frequentemente em forma de colher com bordos cortantes, utilizado para limpar o interior de uma cavidade do organismo (canal auditivo, útero) ou para escavar um tecido ósseo ou cartilágneo (curetagem).

**Dessecativo** - Diz-se de uma substância que favorece a dessecação (o dessecamento), a desidratação, ou que, aplicada a uma ferida, absorve o pus e exerce uma acção adstringente sobre os tecidos.

**Diagnóstico** - 1) determinação da natureza de uma doença, após recolha das informações dadas pelo doente, do estudo dos seus sinais e sintomas, dos resultados dos exames laboratoriais, etc. 2) relativo ao diagnóstico ou que serve para o diagnóstico.

**Diérese** - Manobras cirúrgicas que dividem os tecidos.

**Dilatador** - 1) Diz-se de um músculo que quando se contrai produz uma dilatação. 2) Instrumento que permite alargar um canal ou um orifício, natural ou artificial.

**Dissecção** - 1) Acção de isolar ou separar sistematicamente, por meio de um bisturi, os elementos constituintes de um corpo organizado, tendo por finalidade o seu estudo. 2) Em cirurgia, designa a acção de isolar, no campo operatório, os elementos sobre os quais será realizada a intervenção.

**Doença** - Qualquer alteração do estado de saúde, mais precisamente, conjunto de sinais e sintomas anormais relacionados com perturbações funcionais ou lesões, em geral devidos a causas internas ou externas bem conhecidas na sua maioria. Ling.: a distinção entre doença, síndrome, afecção e

entidade patológica não é sempre clara, empregando-se muitas vezes estes termos como sinónimos. Contudo, o critério mais frequentemente invocado para a doença é a sua causa bem definida, conhecida, única e sempre a mesma.

**Dosímetro** - Aparelho para medir as quantidades de raios X ou gama ou das radiações corpusculares (raios alfa, beta).

**Drenagem** - Processo que consiste em fazer escoar os líquidos contidos numa ferida, num órgão oco ou numa cavidade patológica, por meio de um tubo (dreno) ou de mechas que se deixam ficar durante mais ou menos tempo.

**Ecografia** - Registo dos ecos produzidos pelos ultra-sons na sua passagem através de diversos meios e estruturas do organismo, empregue como meio de diagnóstico. Este registo faz-se após a transformação dos ecos em sinais luminosos (por meio de um sonógrafo; o exame assim obtido é uma ultra-sonografia).

**EEG** - Abreviatura de electroencefalograma ou de electroencefalografia.

**Electrocautério** - Instrumento para a cauterização de tecidos com o auxílio de um condutor levado a alta temperatura por uma corrente eléctrica.

**Endoscópio** - Tubo oco munido de uma fonte luminosa que permite iluminar o órgão a explorar. Existem diferentes formatos, apropriados aos diferentes órgãos: laringoscópio, broncoscópio, cistoscópio, etc.

**Escarificador** - Instrumento em aço, com extremidade cortante, utilizado para a escarificação.

**Esterilização** - 1) Supressão dos microrganismos e dos esporos existentes num meio orgânico, numa substância ou num objecto. Pode ser realizada por meios físicos (calor, raios ultravioletas) ou químicos (anti-sepsia). 2) Supressão definitiva, accidental ou intencional, da capacidade de procriar. Pode ser provocada nomeadamente pela ablação das gónadas, pela laqueação das trompas uterinas ou dos canais deferentes (vasectomia), por agentes químicos ou por agentes físicos (exposição das gónadas a radiações ionizantes).

**Estetoscópio** - Instrumento destinado à auscultação (inventado por Laennec, médico francês, 1781-1826). Permite que se transmitam ao ouvido do médico, através dos tegumentos, os ruídos do corpo (em particular do tórax). Existem dois tipos: o estetoscópio simples (funil em madeira ou metal, dilatado na abertura, que se coloca junto ao corpo) e o estetoscópio biauricular que dispõe de uma

peça receptora dos sons, coberta por uma membrana à qual se ligam dois tubos flexíveis cujas extremidades são colocadas nos ouvidos do examinador.

**Estufa** - 1) Espaço fechado no qual se eleva a temperatura para provocar a sudação. 2) Aparelho (armário, forno, espaço fechado) provido de um dispositivo de aquecimento. Alguns destes aparelhos servem para a desinfecção por meio do vapor de roupa de vestir e de cama, outros para a esterilização a seco a alta temperatura (160°C-180°C) de instrumentos e outros ainda para a manutenção a uma temperatura constante de diversos produtos biológicos (culturas bacterianas).

**Exploração** - Qualquer acto diagnóstico através do qual se procure conhecer o estado de um órgão interno ou de uma parte do corpo não directamente acessível, por exemplo por meio do ouvido (auscultação), de uma operação manual (palpação, percussão), de instrumentos (endoscopia, radioscopia, radiografia) ou de uma operação cirúrgica.

**Farmácia** – 1) Ciência de tudo o que diz respeito à preparação dos medicamentos e conjunto dos dados químicos, físicos, biológicos, etc. que se lhes referem. 2) Local no qual são preparados e vendidos os medicamentos. 3) Bolsa portátil com medicamentos para primeiros socorros (estojo de primeiros socorros).

**Ferida** - 1) Lesão local causada por um traumatismo externo. 2) Interrupção na continuidade dos tecidos determinada por uma causa externa (traumatismo, intervenção cirúrgica), com ou sem perda de substância. A cicatrização das feridas faz-se de duas formas: por primeira intenção ou por segunda intenção.

**Fisiologia** - Ciência que trata das funções normais de um organismo animal (fisiologia animal), vegetal (fisiologia vegetal) ou humano (fisiologia humana).

**Fisiopatologia** - Estudo do funcionamento patológico do organismo.

**Fórceps** - Instrumento composto por dois ramos articulados, facilmente desmontável, com maxilas em forma de colheres fenestradas, para extrair o feto do útero.

**Formol** - Mistura de aldeído fórmico e de álcool metílico; líquido incolor, com odor e sabor picantes, muito irritante para as mucosas ocular e nasal. É um anti-séptico enérgico utilizado sobretudo na desinfecção de locais e de instrumentos. Utiliza-se na preparação das anatoxinas e, em solução concentrada, como conservante em histologia e anatomia patológica.

**Fractura** - Solução de continuidade total ou parcial de um osso, provocada na maior parte dos casos por uma acção brusca e violenta (trauma), que desencadeia um traumatismo.

**Funcional** - 1) Relativo a uma função. 2) Que não é determinado por uma lesão ou uma anomalia do próprio órgão, mas que é devido unicamente a uma perturbação do seu funcionamento.

**Garrote** - Tira elástica que serve para exercer uma compressão externa, circular, num membro, a fim de parar ou impedir uma hemorragia, e de um modo geral para interromper a circulação do sangue.

**Ginecologia** - Ramo da medicina que trata das doenças do aparelho genital da mulher, incluindo os seios. O especialista chama-se ginecologista.

**Hemodiagnóstico** - Método de diagnóstico rápido que permite realizar, no leito do doente, o diagnóstico de certas infecções por aglutinação directa (numa lâmina de vidro ou em papel) de uma suspensão de bactérias pelo sangue do doente que elaborou anticorpos contra estas bactérias.

**Hemorragia** - Corrimento de sangue para fora de um vaso sanguíneo lesado, à superfície do corpo (hemorragia externa) ou no interior de um órgão ou de um tecido (hemorragia interna).

**Hemostase** - 1) Conjunto dos fenómenos fisiológicos responsáveis pela paragem de uma hemorragia, que incluem: a) vasoconstrição; b) formação do agregado plaquetário; c) coagulação. 2) Interrupção de uma hemorragia por meios físicos ou químicos (hemostase provocada).

**Histerectomia** - Ablação completa (total) ou parcial (subtotal ou supravaginal; fúndica) do útero por via abdominal (histerectomia por via alta) ou por via vaginal (histerectomia por via baixa), podendo também incluir a ablação dos seus anexos (trompas e ligamentos).

**Histerometria** - Medição da cavidade uterina por meio de um histerómetro introduzido pelo colo do útero.

**Infecção** - Invasão e multiplicação de organismos patogénicos ou potencialmente patogénicos.

**Instrumentos específico** - Instrumentos usados em manobras cirúrgicas específicas de uma determinada especialidade.

**Instrumentos de síntese** - Instrumentos responsáveis pelas manobras de fechamento da ferida cirúrgica, através da aplicação de suturas.

**Invasivo** - 1) Qualifica um processo patológico que invade rapidamente o organismo; ex.: de natureza infecciosa ou cancerosa. 2) Procedimento médico agressivo, com penetração no organismo.

**Irritação** - 1) Sinónimo de excitação. 2) Em linguagem corrente, designa uma inflamação ligeira. Ex.: irritação da pele.

**Laboratório** - Lugar onde se faz o estudo experimental de qualquer ramo da ciência ou se aplicam os conhecimentos científicos com um objectivo prático, por exemplo, a preparação de medicamentos, o exame de substâncias orgânicas, o fabrico de substâncias químicas industriais, etc.

**Laceração** - 1) Lesão resultante de um rasgamento da pele até ao tecido subcutâneo. 2) Operação que consiste em retirar tecidos, rasgando-os.

**Lacrima** - Relativo às lágrimas e à sua secreção. Ex.: glândula lacrimal, osso lacrimal.

**Laringoscopia** - Exame visual da laringe com o auxílio de um pequeno espelho montado num cabo e munido de um dispositivo de iluminação (laringoscópio).

**Laser** - Amplificador de luz que emite um feixe fino de raios luminosos visíveis ou infravermelhos numa direcção bem definida e que transporta, num espaço de tempo muito curto, uma grande quantidade de energia. O laser é utilizado em medicina como meio de microcoagulação (nomeadamente em oftalmologia, neurocirurgia e hematologia). Ling.: sigla da expressão inglesa Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation.

**Lesão** - Qualquer alteração de uma estrutura orgânica, que se deve distinguir da afecção ou da doença que dela sejam causa ou consequência.

**Letal** - Que provoca a morte.

**Ligamento** - 1) Feixe fibroso, com forma e tamanho variáveis, resistente e pouco extensível, que liga entre si duas peças ósseas, sobretudo ao nível de uma articulação (ligamento articular), ou diversos órgãos ou partes do corpo. 2) Prega do peritoneu que liga os órgãos intra-abdominais ou pélvicos entre si ou à parede abdominal, servindo-lhes de modo de fixação.

**Litotricia** - Operação que consiste em triturar os cálculos existentes na bexiga com o auxílio de um litotritor, extraindo os fragmentos pela uretra.

**Luxação** - 1) Deslocamento anormal das extremidades ósseas de uma articulação, uma em relação à outra. Sinónimo de deslocação, desencaixe (popular). 2) Por extensão, deslocamento de certos órgãos (ex.: luxação do cristalino).

**Malformação** - Modificação patológica congénita e permanente de um órgão, de uma parte do corpo ou de todo o organismo.

**Maligno** - Diz-se de uma afecção que se agrava progressiva e inexoravelmente, em especial de uma neoplasia (afecção cancerosa). Ex.: hipertensão maligna, tumor maligno ou cancro.

**Mandril** - 1) Haste metálica que serve de condutor para a colocação de um cateter. 2) Fio de aço introduzido numa agulha para injeção, a fim de manter a sua permeabilidade.

**Medicamento** - Qualquer substância ou combinação de substâncias empregadas para tratar ou prevenir as doenças ou as perturbações funcionais.

**Medicina de grupo** - Forma de exercício da medicina na qual diversos clínicos gerais ou médicos da mesma especialidade trabalham em conjunto, utilizando em comum vários serviços e instalações (radiologia, sala de pequena cirurgia, secretariado, etc.).

**Medicina dentária** - Sinónimo de dentisteria.

**Medicina desportiva** - Ramo especial da medicina que se ocupa das consequências para a saúde da prática dos desportos de alta competição, assim como da protecção da saúde dos atletas, incluindo as questões de dopagem.

**Medicina do trabalho (ou medicina ocupacional)** - Ramo da medicina que trata da protecção em geral da saúde dos trabalhadores, nomeadamente do conhecimento, prevenção e tratamento das alterações da saúde, das doenças e acidentes profissionais, assim como das questões ergonómicas, de higiene e segurança, fisiológicas e toxicológicas relacionadas com as condições e ambiente de trabalho.

**Medicina geral** - Forma de prática da medicina na qual o médico assume a responsabilidade permanente da prestação de cuidados médicos gerais aos doentes da sua comunidade, sem se limitar a grupos particulares de doentes, nem a grupos de idade determinada.

**Medicina hiperbárica** - Parte da medicina que trata de todos os efeitos da hiperbaria no homem (efeitos fisiológicos, patológicos ou terapêuticos). A fisiologia hiperbárica estuda os efeitos exercidos no ser vivo pelo aumento da pressão atmosférica ambiente ou da pressão parcial de um gás componente. A patologia hiperbárica estuda os acidentes mecânicos da pressão, os acidentes da descompressão (perturbações articulares, nervosas, cardiopulmonares, coagulopatias, etc.), bem como os meios de os prevenir e tratar.

**Medicina infantil** - Sinónimo de pediatria.

**Medicina legal** - Disciplina da medicina que tem por objecto auxiliar a justiça a resolver, por métodos biomédicos científicos, os problemas que se colocam na aplicação da lei.

**Medicina mental** - Sinónimo de psiquiatria.

**Medicina neonatal** - Sinónimo de neonatologia.

**Medicina preditiva** - Conjunto de técnicas de investigação médicas e biológicas destinadas a determinar as predisposições para as doenças, a fim de permitir um tratamento adequado, antes mesmo do aparecimento dos sintomas e das complicações.

**Medicina preventiva** - Originariamente, designava a aplicação dos princípios da prevenção por um médico a doentes individualmente considerados ou quando o médico exerce actividades de saúde organizadas no quadro da comunidade. Neste sentido, a medicina preventiva encontrou-se no passado limitada à prevenção primária. Actualmente, a medicina preventiva tende, na maior parte dos países, a assumir as responsabilidades de prevenção secundária e de prevenção terciária (segundo a OMS).

**Medicina psicossomática** - Disciplina médica que trata as perturbações orgânicas e funcionais intimamente associadas ou devidas a factores psíquicos de ordem afectiva ou emotiva.

**Medicina social** - Aspecto da medicina que se preocupa com as questões de saúde que têm a sua origem na situação económico-social dos doentes ou nas suas condições de vida em sociedade (doenças profissionais ou ocupacionais, higiene, pobreza, alojamento).

**Medicina tradicional** - Conjunto dos conhecimentos populares empíricos utilizados para identificar, prevenir ou suprimir um desequilíbrio físico, mental ou social; as medicinas tradicionais baseiam-se geralmente nas tradições, na experiência vivida e na observação, transmitidas de geração em geração, oralmente ou por escrito.

**Médico** - 1) Pessoa habilitada para exercer a medicina por um diploma recebido após estudos e exames realizados numa faculdade de medicina. 2) Relativo à medicina.

**Médico-cirúrgico** - Relativo à medicina interna e à cirurgia.

**Membro** - No homem e em certos animais, apêndice móvel, ligado ao tronco e disposto aos pares, que serve para a locomoção e a preensão.

**MeSH** - Abreviatura usual (Medical Subject Headings) que designa o thesaurus dos termos médicos que servem para indexar as referências bibliográficas médicas da base de dados MEDLARS da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos.

**Metabolismo** - Conjunto das transformações químicas e físico-químicas que ocorrerem em todos os tecidos do organismo, sofridas pelos constituintes da matéria viva. O termo anabolismo reserva-se para os processos de construção e de síntese e o termo catabolismo, para os fenómenos de degradação. Estas transformações são acompanhadas por fenómenos energéticos (acumulação ou libertação de energia).

**Metástase** - 1) Foco de células cancerosas, relacionado com um cancro preexistente, chamado «primitivo», mas que se desenvolve à distância deste último e sem continuidade com ele. Ordinariamente, é produzido pela proliferação de células provenientes do tumor primitivo que chegam a um ponto determinado do organismo, quer por um canal natural (ex.: brônquios, canal biliar), quer por via vascular sanguínea ou linfática, o que é muito mais frequente. Microscopicamente, a metástase reproduz os caracteres morfológicos do cancro primitivo. Certos órgãos (fígado, pulmões, gânglios, ossos) são sede de metástases mais frequentemente do que outros. Sinónimo de tumor maligno secundário. 2) Por extensão, fala-se também de metástases para designar os focos infecciosos ou parasitários constituídos à distância de um foco primitivo.

**Micróbio** - Nome dado a qualquer organismo invisível a olho nu e mais especialmente aos que são susceptíveis de provocar infeções. Ling.: Nos textos científicos, o termo micróbio é substituído por microrganismo.

**Micrómetro** - Unidade de comprimento igual a um milionésimo do metro. Símbolo:  $\mu\text{m}$ . Sinónimo de micron. Ling.: o sinónimo micron é ainda por vezes usado nas ciências biológicas.

**Microscópio** - Instrumento óptico provido de um sistema de lentes de aumento que permitem observar objectos demasiado pequenos para serem vistos a olho nu. O poder amplificador de um microscópio depende do seu tipo. O microscópio que proporciona maior amplificação é o microscópio electrónico.

**Monitorização** - 1) Técnica de vigilância de um indivíduo, internado numa unidade de cuidados intensivos, utilizando um monitor. 2) Controlo, através do acompanhamento no tempo, da evolução de um fenómeno ou estado.

**Monitor** - Aparelho electrónico utilizado com fins médicos que realiza automaticamente certas operações em vez do homem. Certos monitores asseguram a vigilância das funções vitais de um

indivíduo e corrigem eventualmente as respectivas perturbações; outros executam operações de laboratório.

**Mortalidade** - Frequência dos óbitos num dado período relativamente à população total (os doentes e os saudáveis) entre os quais aqueles ocorrem. A taxa de mortalidade exprime o número de óbitos numa dada população e durante um espaço de tempo determinado (habitualmente um ano).

**Morte** - Paragem completa e definitiva das funções vitais de um organismo vivo, com desaparecimento da sua coerência funcional e nomeadamente da actividade eléctrica do cérebro (traçado electroencefalográfico plano), e destruição progressiva das suas unidades teciduais e celulares.

**Músculo** - Órgão dotado da propriedade de se contrair. Os músculos são classificados em dois grupos: músculos lisos e músculos estriados.

**Natalidade** - Frequência dos nascimentos numa determinada população, expressa pela relação entre o número de nascimentos ocorridos durante um ano e o número efectivo da população.

**Nefrectomia** - Ablação parcial ou total de um rim. nefrectomizado,. Que sofreu uma nefrectomia. nefrite. Qualquer inflamação aguda ou crónica do rim.

**Negatoscópio** - Ecrã translúcido provido de um dispositivo de iluminação que serve para examinar por transparência as chapas radiográficas.

**Neurocirurgia** - Cirurgia do sistema nervoso. O médico especialista chama-se neurocirurgião.

**Nocivo** - Que é perigoso para a saúde, provocando perturbações ou lesões. Ex.: acção nociva do tabaco.

**Nosologia** - Parte da medicina que trata das doenças em geral.

**Obstetrícia** - Ramo da medicina que trata da gravidez e do parto. O especialista é o obstetra (em linguagem corrente parteiro).

**Obstrução** - Estorvo ou obstáculo ao livre acesso a uma cavidade ou à circulação normal através de um canal, sem que exista necessariamente obliteração. Pode ser devida a um obstáculo situado frente a uma cavidade ou à pressão exercida sobre um canal. Ex.: por um tumor.

**Obturação** - Acção de preencher uma cárie dentária com uma matéria sólida; o resultado desta operação. (adj.: obturado.)

**Oftalmologia** - Parte da medicina que trata dos olhos e dos seus anexos, do ponto de vista médico e cirúrgico.

**Oftalmómetro** - Aparelho que serve para medir os graus de curvatura da córnea, utilizado na determinação do astigmatismo.

**Oftalmoscopia** - Exame do fundo do olho com o auxílio do oftalmoscópio.

**Operação** - Intervenção cirúrgica praticada no organismo vivo por meio de instrumentos, após uma incisão que proporcione uma via de acesso ao campo operatório. Chama-se também operação as diferentes variações operatórias que na verdade são técnicas ou procedimentos.

**Optometria** - 1) Conjunto dos procedimentos subjectivos que permitem medir a acuidade visual, especialmente no que se refere aos vícios da refacção (astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbitia). 2) Parte da óptica que diz respeito à visão. Estuda os fenómenos de refacção ocular, normais e patológicos. Sinónimo de óptica médica.

**Organismo** - Ser vivo, animal ou vegetal, que nasce, se desenvolve e é normalmente capaz de se reproduzir.

**Organização Mundial da Saúde** - Organização intergovernamental que faz parte das Nações Unidas (criada em 1948 e cuja sede é em Genebra), especializada nos problemas da saúde pública: luta contra as doenças susceptíveis de atacarem grande número de indivíduos e que colocam problemas de ordem social (doenças transmissíveis, doenças cardiovasculares, cancro), melhoria das condições sanitárias e higiénicas, auxílio para a formação de pessoal de saúde nas regiões em vias de desenvolvimento, programa internacional de investigações médicas, de coordenação e difusão das informações biomédicas através de publicações especializadas publicadas em diversas línguas, normalização da terminologia médica (em especial dos nomes das substâncias farmacêuticas). Sigla: OMS.

**Órgão** - Parte bem individualizada do corpo, destinada a desempenhar uma função determinada.

**Ortopedia** - Classicamente, «arte de prevenir e corrigir nas crianças as deformidades do corpo» (Andry, 1741). Actualmente, a ortopedia dirige-se também aos adultos e inclui o tratamento (na maioria dos casos cirúrgico) das afecções congénitas ou adquiridas dos ossos, das articulações, dos músculos e dos tendões.

**Oscilómetro** - Aparelho para a medida da tensão arterial em função da amplitude das oscilações da parede arterial sob o efeito de uma dada tensão, oscilações que são lidas num mostrador.

**Otoscopia** - Exame visual do canal auditivo com o auxílio do otoscópio (tubo em forma de funil, provido de um sistema de iluminação).

**Pacemaker** - Sinónimo de estimulador cardíaco. (Ling.: Do inglês pace, ritmo, e maker, aquele que faz).

**Palpação** - Manobra de exploração clínica que consiste em apoiar os dedos ou a mão numa região do corpo com a finalidade de apreciar pelo toque as dimensões, a consistência, mobilidade e sensibilidade de certos órgãos ou procurar a presença de anomalias ou formações patológicas (tumores, derrames, fracturas, deslocamento de órgãos, etc.).

**Patologia** - Parte da medicina que estuda as doenças do ponto de vista clínico e anatómico. O especialista chama-se patologista.

**Pelvimetria** - Medição dos diâmetros da bacia por meio do pelvímetro. A radiopelvimetria é o método moderno.

**Percussão** - Processo de exploração clínica de certos órgãos internos, que consiste em dar pequenas pancadas repetidas nos tegumentos da região subjacente, directamente por meio de um dedo (percussão imediata) ou por intermédio de um dedo da outra mão aplicado sobre a pele (percussão mediata, que é a mais corrente). A ressonância sentida pode ser fraca (maciez normal de um órgão maciço como o fígado ou o coração, que permite determinar os seus limites; maciez patológica de um derrame líquido ou de uma infiltração pulmonar) ou sonora (sonoridade normal do pulmão à percussão ou anormal devida à presença de gás num órgão oco, como é o caso do timpanismo abdominal).

**Perfuração** - Abertura através da parede de um órgão oco, de uma cavidade ou na continuidade de um tecido. Pode ser acidental, cirúrgica ou consecutiva a um processo patológico.

**Periorifical** - Que se situa em volta de um orifício.

**Picómetro** - Unidade de comprimento igual a um milionésimo de micron. Símbolo: pm.

**Pirose** - Sensação de queimadura que parte do epigástrio e se transmite ao longo do esófago em direcção à faringe, acompanhada por refluxos ácidos.

**Pólipo** - Tumor das mucosas geralmente benigno, cujo pedículo de implantação pode ser largo e curto (pólipo sésil) ou longo e delgado (pólipo pediculado).

**Post mortem** - Locução latina que significa pósmorte, pós-mortal, depois da morte.

**Pré-clínico** - Diz-se da fase de uma doença cujo diagnóstico ainda não é clinicamente detectável.

**Prevenção** - Conjunto de meios médicos e médico-sociais postos em funcionamento para salvaguardar a saúde dos indivíduos sãos e evitar os acidentes (prevenção primária), impedir um agravamento das doenças (prevenção secundária) ou permitir a reinserção dos doentes numa vida próxima da normal e evitar sequelas mais ou menos tardias (prevenção terciária).

**Profilaxia** - Conjunto de providências que se tomam para prevenir uma doença ou um contágio.

**Prognóstico** - Apreciação do grau de gravidade e da evolução ulterior de uma doença, incluindo o seu desfecho.

**Prótese** - 1) Aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou uma parte de um membro destruída ou gravemente afectada. Ex.: prótese dentária (dentadura), prótese ocular (olho artificial). 2) Acção de colocar uma peça ou um aparelho para substituir um órgão destruído ou um membro amputado.

**Prova** - Qualquer meio (manipulação, manobra, reacção, análise laboratorial, etc.) destinado a procurar, evidenciar ou avaliar uma propriedade, uma característica ou uma função normal ou anormal de um organismo ou de uma das suas partes. Numerosas provas são habitualmente designadas por método, procedimento, reacção, teste.

**Punção** - Intervenção que consiste em introduzir uma agulha, um trocarte, a ponta de um bisturi ou qualquer outro instrumento pontiagudo numa cavidade natural ou patológica, para recolher uma parte do seu conteúdo com finalidade diagnóstica (punção exploratória) ou terapêutica (punção evacuadora) ou para aí introduzir uma substância (medicamento, produto de contraste radiológico).

**Queimadura** - Lesão cutânea ou de mucosas provocada por agentes físicos como o calor, produtos químicos, raios solares, electricidade, radiações nucleares, o frio, etc. Conforme a profundidade, distinguem-se três graus: queimadura de primeiro grau, com rubor e tumefacção dolorosa, que só afecta a camada externa da pele (epiderme); queimadura de segundo grau, complicada com bolhas, com lesão tanto da epiderme como da derme (2.º grau superficial ou profundo, se o corpo mucoso de Malpighi não é ou é atingido); queimadura de terceiro grau, que implica lesão ou destruição da pele em toda a sua profundidade, com carbonização, e lesão dos tecidos subjacentes. As queimaduras

produzem tumefacção e calor devido à perda de plasma a partir dos vasos sanguíneos danificados. Nas queimaduras graves que afectam 15% ou mais da superfície corporal em adultos (10% ou mais em crianças), a perda de plasma origina um estado de choque e requer a transfusão imediata de sangue ou solução salina. A queimadura também pode ser o início de uma infecção bacteriana, que se pode prevenir com a administração de antibióticos. As queimaduras de 3.º grau podem exigir enxertos cutâneos. queimadura solar. Lesão cutânea por excesso de exposição à radiação solar, que pode ir de rubor da pele até à formação de bolhas grandes e dolorosas e até produzir choque, no caso de cobrir uma área extensa. As pessoas de pele clara são mais susceptíveis. As queimaduras solares graves na infância são factor de risco para o desenvolvimento de melanoma maligno na idade adulta.

**Radiodiagnóstico** - Diagnóstico estabelecido por um exame radiológico.

**Radiografo** - Nome de um técnico não médico especializado nas aplicações práticas dos raios X em radiodiagnóstico. Sinónimo: técnico de radiologia.

**Raios X** - Radiações electromagnéticas penetrantes, de comprimento de onda muito mais curto do que o da luz visível. Os raios X impressionam as chapas fotográficas; a sua absorção depende da densidade e do peso atómico da substância que atravessam. Estas propriedades estão na base das técnicas radiográficas.

**Reacção** - 1) Em medicina, modificação produzida no organismo pelo efeito de um agente patogénico, ou de uma substância de origem endógena (ex.: hormona) ou exógena (ex.: medicamento, veneno). 2) Em fisiologia, resposta a um estímulo. 3) Em psicologia, resposta a uma solicitação vinda do exterior, por meio de um acto ou uma modificação do comportamento. 4) Em química, interacção de elementos químicos de que resulta a formação de outros compostos. 5) Resultado de qualquer método químico, bioquímico, serológico, fisiológico, etc., utilizado com fins diagnósticos e, por extensão, o próprio método. Ling.: muitas reacções são designadas pelos mesmos termos sinónimos ou aparentados, como: prova, método, procedimento, técnica e teste.

**Reagente** - Qualquer substância capaz de produzir uma reacção ou de modificar vários caracteres de outra substância.

**Reanimador** - 1) Médico especialista encarregado, durante e após uma intervenção cirúrgica, de manter ou restabelecer o equilíbrio humoral comprometido pela doença, o acidente ou o traumatismo cirúrgico. Esta função pertence em geral aos anestesistas-reanimadores. 2) Aparelho utilizado na respiração artificial.

**Refracção** - Modificação da direcção de um raio luminoso quando este passa de um meio para outro. A refração ocular é a modificação sofrida pelos raios luminosos aquando da sua passagem através dos meios refringentes do olho, de modo a formar uma imagem normal na retina. A refração normal é a emetropia e os vícios da refração são ametropias.

**Remédio** - Em linguagem corrente, medicamento, agente terapêutico.

**Ressecção** - Extracção mais ou menos extensa de um órgão.

**Temperatura** - Grau de intensidade do calor, medido por meio de um termómetro. As escalas correntemente utilizadas são as de Celsius (na Europa) e a de Fahrenheit (países anglo-saxões). A unidade de medida é o grau (°C para o grau Celsius, °F para o grau Fahrenheit). Para a conversão de graus Fahrenheit (F) em graus Celsius, ou centígrados, (C), e inversamente, podem usar-se as fórmulas:  $C = \frac{F - 32}{9} \times 5$  e  $F = \frac{C}{5} \times 9 + 32$ .

**Tensão** - 1) Resistência que as cavidades das paredes orgânicas (abdómen, estômago, bexiga) ou dos canais (artérias, veias, capilares, canal raquidiano, trompa de Eustáquio), opõem aos líquidos ou aos gases que contêm. (adj.: tensional tensional.) 2) Tensão eléctrica: diferença de potencial eléctrico entre dois pontos. Exprime-se em volts.

**Tensiómetro** - Sinónimo de esfigmomanómetro.

**Terapêutica** - 1) Parte da medicina que se ocupa do tratamento das doenças; qualquer tratamento. Ex.: terapêutica do cancro. Sinónimo de terapia. 2) Relativo ao tratamento das doenças. Ex.: procedimento terapêutico. 3) Que é susceptível de curar uma doença. Ex.: pneumotórax terapêutico.

**Teratologia** - Ciência biológica que estuda as deformidades e anomalias de deformação

**Termocautério** - Cauterização de uma ferida ou de um tecido por meio do calor produzido por um cautério aquecido ao rubro branco. Actualmente, substitui-se o cautério pelo electrocautério.

**Termómetro** - Aparelho para a medição da temperatura (termometria). Existe grande número de modelos, graduados em graus Celsius ou em graus Fahrenheit, bem como termómetros digitais (com pilha eléctrica).

**Termóstato** - Aparelho que serve para manter constante a temperatura de uma estufa, de um esterilizador, etc.

**Tomodensitómetro** - Nome geralmente usado para designar o aparelho por meio do qual se podem obter, pelo método da tomodensitometria, imagens de tecidos (cortes de órgãos de certas partes do corpo) 500 a 800 vezes mais sensíveis do que pelo sistema convencional radiofotográfico. Existem dois tipos destes aparelhos: o tomodensitómetro para o crânio e o tomodensitómetro de corpo inteiro, tendo este último numerosas aplicações, nomeadamente em cancerologia e hematologia. Ling.: o termo tomodensitómetro substitui a designação original registada EMIscanner, mas o termo scanner é muitas vezes utilizado.

**Tonómetro** - Instrumento que serve para determinar de forma objectiva e com precisão a pressão intra-ocular.

**Transfusão** - 1) Injecção intravenosa de sangue compatível, fresco ou conservado. 2) Por extensão, injecção nos vasos sanguíneos de um constituinte do sangue ou de um seu sucedâneo (ex.: transfusão de glóbulos vermelhos).

**Transplante** - 1) Operação pela qual se opera a transferência de um tecido ou de um órgão para uma outra parte do mesmo indivíduo (autotransplante) ou para um indivíduo diferente (heterotransplante), de forma que este se mantenha vivo. 2) Enxerto ou órgão transplantado.

**Tratamento** - Conjunto dos meios químicos, físicos, biológicos e psíquicos usados para curar, atenuar ou abreviar uma doença.

**Traumatismo** - Conjunto de manifestações locais ou gerais provocadas por uma acção violenta contra o organismo. Fala-se também de traumatismo a propósito de uma agressão psíquica brutal (angústia, medo, decepção). Ling.: não confundir trauma, que designa o agente traumático ou a lesão física local (ex.: ferida, chaga, queimadura, fractura), e traumatismo, que se aplica também aos fenómenos secundários que acompanham a lesão (ex.: a palidez dos tegumentos, a prostração, uma comoção).

**Trepanação** - Operação que consiste em fazer uma abertura regular num osso, nomeadamente nos ossos do crânio, geralmente com o auxílio de um trépano. Sinónimo de trefinação.

**Trépano** - Instrumento para abrir orifícios nos ossos, especialmente nos ossos do crânio.

**Trocarte** - Instrumento que serve para praticar uma punção (paracentese), constituído por uma haste metálica cilíndrica, com a ponta acerada, geralmente triangular (donde deriva o seu nome em francês «trois quarts»), que desliza no interior de uma cânula, da qual apenas sai a ponta. Após a paracentese a haste é retirada para permitir a evacuação do líquido pela cânula.

**Ultra-sonografia** - V. ecografia.

**Ultra-sonografia Doppler** - Técnica que utiliza o efeito Doppler sobre um feixe de ultra-sons para medir as variações da velocidade da circulação num vaso, tais como se produzem em caso de estenose ou de dilatação. Sinónimo de velocimetria por ecografia Doppler, velocimetria ultra-sónica.

**Urómetro** - Instrumento que serve para determinar a densidade da urina. Sinónimo de urodensímetro.

**Urologia** - Ramo da medicina que trata das doenças das vias urinárias, do ponto de vista médico, cirúrgico e, por extensão, das doenças do aparelho geniturinário no homem. O especialista é o urologista.

**Vacina** - Substância que possui a propriedade de imunizar o organismo contra uma doença infecciosa. Pode ser preparada a partir de microrganismos mortos ou inactivos ou a partir de microrganismos vivos mas atenuados pelo formol, por outra substância ou pelo calor. A substância conserva as suas propriedades antigénicas e suscita no sangue do indivíduo inoculado a formação de anticorpos que o protegem contra o microrganismo correspondente.

**Ventilação** - Conjunto de fenómenos físicos e mecânicos que permitem as trocas gasosas na respiração pulmonar.

**Vírus** - Nome genérico dos agentes infecciosos parasitas obrigatórios das células, que se reproduzem só a partir do seu material genético representado na partícula infecciosa (virião) por um único tipo de ácido ribonucleico (vírus com ARN ou ribovírus) ou de ácido desoxirribonucleico (vírus com ADN ou deoxivírus). Os vírus possuem uma estrutura bem definida, com ou sem invólucro, com simetria cúbica ou helicoidal. Devido às suas reduzidas dimensões, os vírus atravessam os filtros bacterianos vulgares, o que lhes valeu antigamente o nome de vírus filtrantes ou de ultravírus.

**Viscosímetro** - Aparelho que serve para determinar a viscosidade de um líquido.

Fontes

-CLIMEPSI EDITORES

- Pharmaedia

- Priberam

- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

---

## **Anexo B**

### **"Programa museológico preliminar / apresentação de conceitos"**

---

**Porto / Abril 2008**



**hospital geral de santo antónio:  
programa museológico preliminar / apresentação de conceitos**

**alice semedo**

#### Apresentação

1. Conceitos, valores e visão fundadora de um programa museológico para o HGSA
2. Missão, objectivos e públicos
3. Áreas estratégicas de acção
4. Exercício de análise
5. Resultados esperados: áreas-chave

#### Anexos:

Caracterização geral das colecções do HGSA

Relatório de práticas museológicas (*Novembro 2006 a Maio 2007*)

Sónia Faria

## **Apresentação**

Este documento constitui-se como instrumento de apoio à reflexão sobre a implementação e desenvolvimento de um projecto de musealização no Hospital Geral de Santo António.

Sendo um instrumento vivo irá, certamente, conhecer enriquecedoras alterações que serão fruto das experiências, dos conhecimentos e dos valiosos contributos de todos aqueles que generosamente têm participado na preservação deste acervo.

### **1. Conceitos, valores e visão fundadora de um programa museológico para o HGSA**

Em termos gerais, este programa preliminar propõe um espaço museológico de carácter dinâmico, de reflexão e de debate como meio de produção de formas de autonomia e de cidadania crítica. De igual forma, este é um espaço de celebração de memórias / e de projectos futuros.

Assim, este conceito do Museu do Hospital Geral de Santo António desenvolve-se, essencialmente, em torno de dois eixos temáticos:

**1. celebração da memória (e do futuro) da instituição**, partilhando, por um lado, os sucessos, os desafios, a história e os sonhos de milhares de pessoas que fazem parte desta história e da história da medicina / ciências da saúde em Portugal e, por outro, destacando a capacidade de liderança e comprometimento desta instituição com a educação e com investigação;

**2. os cuidados de saúde**, assumindo plenamente a sua vocação de serviço público em termos da educação e qualidade de vida, informando, explicando, explorando e discutindo princípios e práticas clínicas, participando plenamente na construção quer da cidadania activa quer de estilos de vida mais saudáveis.

Este espaço museológico não é aqui compreendido como um mero lugar-repositório de instrumentos médicos mas sim um espaço profundamente identitário e educacional, de partilha de um património; é, também, um espaço de memória mas de uma memória necessariamente multivocal que implica os utentes / doentes; assume-se como um espaço de aprendizagem para a vida, que informa, relaciona, interroga e mobiliza saberes e competências que promovam a educação pública em torno dos temas da saúde.

A colecção e as exposições incluirão objectos relacionados com as práticas médicas e de enfermagem, de investigação, *memorabilia* e documentos sobre os processos e sobre o significado e importância do desenvolvimento dos cuidados médicos no hospital, módulos interactivos e abordagens tecnológicas inovadoras que privilegiem a experiência e a interacção. O museu explorará com especial atenção desenvolvimentos iniciados neste hospital, promovendo a

investigação acerca do papel dos hospitais na sociedade e, designadamente, sobre contribuições específicas do Hospital Geral de Santo António e do Serviço Nacional de Saúde. A natureza da missão destas instituições, natureza que se relaciona quer com os cuidados médicos quer com a educação e a investigação, será aqui, certamente, explorada.

Se apresentar o Hospital Geral de Santo António como um lugar-chave da memória, quer da cidade quer da medicina portuense, é uma estratégia fundamental deste projecto, não menos essencial deve ser o papel central da educação pública para a saúde que é, afinal, o cerne da missão que aqui se propõe.

Em anos recentes os museus tornaram-se progressivamente activos enquanto centros de educação informal sendo chamados a participar na construção da cidadania, facilitando o acesso a informação que apoie decisões informadas e endereçando os desafios / oportunidades de uma sociedade crescentemente global.

A consciência de estarmos a viver um tempo marcado por transformações culturais, sociais, económicas e políticas, diferentes daquelas que caracterizaram a modernidade e seus pressupostos epistemológicos, obriga todos os actores implicados na produção e construção de conhecimento, a cartografar novas possibilidades de actuação ao nível da informação e divulgação científica.

É também neste contexto, que se pensam museus que ultrapassam as barreiras da aprendizagem formal / informal, criando espaços que abandonam posições de marginalidade em relação a um grande número de grupos sociais e que promovem a significância do conhecimento e da investigação científica nas sociedades contemporâneas. Para o fazer é necessário desenvolver investigação em relação não só às próprias colecções e natureza sócio-demográfica dos públicos mas também em relação às motivações, necessidades e expectativas das comunidades, às representações e discursos das exposições, às compreensões e percepções sociais da ciência e dos próprios museus e, neste caso específico, dos cuidados médicos e deste hospital em particular.

A criação de condições de acessibilidade à investigação na área da saúde e o desenvolvimento de programas que apoiem oportunidades para a integração deste conhecimento na vida das pessoas, conhecimento que assiste a transformações extremamente rápidas que requerem que todos adoptemos comportamentos e atitudes de aprendizagem ao longo da vida, é um eixo fundamental desta proposta.

O desenvolvimento das colecções poderia distribuir-se por três grandes categorias:

1. *Colecção permanente*: incluindo objectos e outros itens (como fotografias, documentos, etc.) relacionados com a missão e objectivos do museu e das suas políticas de aquisição e comunicação<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> As categorias principais estão, actualmente, a ser definidas criteriosamente e de acordo com normas internacionalmente aceites pela Dra. Sónia Faria no âmbito do seu trabalho para uma dissertação de Mestrado

2. *Colecção de educação*: incluindo objectos e outros itens relacionados com a missão e objectivos do museu mas que – e obedecendo a critérios e procedimentos pré-definidos – fossem adquiridos para serem utilizados e manuseados no âmbito de programas educativos.
3. *Arquivos*: incluindo qualquer e toda a documentação relacionada com a história do Hospital Geral de Santo António: correspondência, registos, políticas e procedimentos, etc.

A vantagem de criar um **museu virtual** ao mesmo tempo que se desenvolve a sua materialização no espaço físico relaciona-se, sobretudo, com a possibilidade de:

- disseminar informação sobre o estudo de colecções;
- avaliar previamente alguns conceitos, programas e conteúdos (nomeadamente educativos);
- cativar e fidelizar públicos próprios;
- alargar a oferta educacional e cultural da instituição;
- participar numa estratégia de marketing que envolva a própria história / memória da instituição;
- e dar visibilidade ao trabalho de preservação da memória em que se tem investido recentemente.

Em termos de categorização, as abordagens mais recentes em relação a esta temática sugerem que os museus com colecções deste tipo se enquadram no contexto dos museus de ciências físicas e tecnológicas, revelando a sua natureza híbrida que se torna ainda mais complexa quando consideramos o primeiro eixo temático relacionado com a memória da instituição e, por isso, mesmo assumindo contornos de museu de história social.

Assim, podemos apontar como **valores** essenciais:

- Comprometimento com a missão
- Autenticidade (colecções, memória, investigação)
- Excelência (salvaguarda, criatividade, inovação, autoavaliação, ética)
- Educação e inovação
- Serviço público e responsabilidade social

E como **visão** fundadora, a celebração da criatividade e inovação humana (e porque não do serviço público?) de forma a envolver, informar e inspirar públicos diversificados. É pois uma visão profundamente humanista que aqui se propõe.

---

em Museologia a apresentar na FLUP. Ver também o seu documento de caracterização temática geral das colecções.

## 2. Missão, objectivos e públicos

### Missão

A missão do museu é celebrar a memória da instituição e da medicina e promover a literacia em torno dos temas da saúde

### Objectivos programáticos gerais:

- Coleccionar, preservar, expor e interpretar objectos e documentos de todo o tipo (incluindo testemunhos orais) relacionados quer com a memória da instituição quer com a sua investigação e práticas médicas e de enfermagem;
- Desenvolver políticas de preservação, investigação, gestão e comunicação destas colecções guiadas por princípios deontológicos e relacionadas quer com a missão e objectivos do museu quer com as políticas de investigação, ensino e serviço público da instituição em geral. Para além disso devem ser também desenvolvidos manuais de procedimentos que contemplem as diferentes áreas de intervenção;
- Oferecer programas e serviços para a educação e entretenimento dos mais diversificados tipos de públicos, incluindo estudantes e profissionais de saúde;
- Utilizar de métodos de exposição inovadores demonstrativos da riqueza das colecções e dos conhecimentos;
- Promover programas de comunicação que encorajem a experiência, a descoberta e o desenvolvimento da criatividade e competências de cada um;
- Adquirir reconhecimento como *leader* entre os museus relacionados com o tema da saúde;
- Apresentar e interpretar inovações no campo dos cuidados e das ciências médicas;
- Promover a discussão, compreensão e apreciação das questões relacionadas com a área da saúde, disponibilizando um espaço-fórum para o debate crítico;
- Sendo um hospital de excelência e inovador, utilizar criativamente as novas tecnologias;
- Accionar mecanismos de parcerias criativas com instituições culturais, educativas, empresas e outras;

- Assegurar a viabilidade e sustentabilidade do museu.

#### **Públicos potenciais:**

- Profissionais e estudantes da área da saúde
- Escolas
- Consumidores do *corredor* cultural
- Visitas de doentes / utentes
- Comunidades vizinhas do hospital
- Grupos com interesses especiais (por exemplo associações relacionadas com determinados tipos de doenças)

### **3. Áreas estratégicas de acção**

Articulação entre valores, visão e missão do museu e definição de áreas prioritárias de intervenção:

- Continuar inventário e estudo da colecção incluindo agora as unidades recentes (ex. Hospital Maria Pia);
- Promover o desenvolvimento da colecção, nomeadamente cativando colecções privadas;
- Melhorar as estratégias de preservação das colecções designadamente em relação às actuais condições de exposição e de reserva e acondicionamento dos objectos;
- Trabalhar com instituições relacionadas com a salvaguarda e valorização do património;
- Reforçar a capacidade de investigação sobre as colecções e as memórias da instituição;
- Desenvolver programa, guião e *lay-out* da exposição permanente tendo em conta os possíveis espaços disponíveis;
- Assegurar formas de acessibilidade à colecção através de diferentes programas de comunicação e interpretação;

- Desenvolver conteúdos para museu virtual;
- Desenvolver plano de marketing para o museu.

#### 4. Exercício de análise

##### Pontos fortes

- Acervo

Embora muitas das colecções relacionadas com a memória da instituição não estejam hoje à sua guarda, este acervo reflecte um período importante da sua história e património; a colecção é também compreendida como instrumento de investigação importante na formação universitária

- Promove uma imagem positiva e aberta da instituição ao oferecer espaços-chave de acessibilidade

- Promove uma imagem de confiança ao salvaguardar a sua memória

- Quadro de pessoal altamente qualificado (área da saúde, marketing, museologia, arquivos e documentação, etc.)

- Promove a apropriação e orgulho num património comum

Reforça laços de identidade positiva na *comunidade de prática*

- Capacidade de marcar a diferença na área da educação / saúde / qualidade de vida

- Edifício histórico

Valor patrimonial

.....

##### Pontos fracos

- Acervo

Muitas das colecções relacionadas com a memória da instituição não estão hoje à sua guarda

- Missão da instituição *versus* missão de salvaguarda do seu património / relação com distribuição de recursos financeiros (poucos recursos para um projecto ambicioso)

- Falta de espaços próprios (reserva, exposições, serviços educativos)

- Edifício histórico: problemas de adaptação a funções museológicas

- Estacionamento para visitantes / grupos organizados

.....

### **Ameaças**

- Falta de pessoal com experiência museológica
- Falta de sensibilidade interna em relação à salvaguarda e comunicação deste acervo
- Conflito: missão da instituição *versus* missão de salvaguarda do seu património / relação com distribuição de recursos financeiros (poucos recursos para um projecto ambicioso)
- Ocupação de espaços previamente destinados ao Museu

### **Oportunidades**

- Localização num possível corredor cultural
- Ao promover o hospital como lugar-chave da memória da cidade participa nas políticas de reorganização e promoção da cidade
- Apoiar a transformação da percepção pública em relação à investigação e contrariar a iliteracia científica
- Inspirar e enriquecer as nossas comunidades e promover a compreensão do mundo e da ciência através das suas memórias e colecções.

.....

## 5. Resultados esperados: áreas-chave

- o pessoal envolvido directamente com as colecções trabalha conjuntamente com todo o pessoal da instituição no desenvolvimento de estratégias de sensibilização que conduzam a níveis profissionais de preservação e gestão deste património;
- o museu assume uma posição de liderança na área da educação para a saúde, oferecendo conhecimentos, oportunidades de aprendizagem e experiências que são relevantes, que se relacionam com questões da contemporaneidade, largamente acessíveis e consistentemente de alta qualidade



---

## **Anexo C**

**" Manual de Gestão de Colecções do MCHP"**

---

**MANUAL DE GESTÃO DAS COLECÇÕES**

**DO MUSEU DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO**

(Políticas e procedimentos de  
Aquisição, Documentação e Conservação)

## **1. Introdução**

O presente documento contém um conjunto de instruções claras e precisas com vista a uniformizar as políticas e procedimentos relativos à incorporação, documentação, conservação e ao acesso e utilização das colecções, para uma eficaz gestão da colecção do Museu do Centro Hospitalar do Porto (Museu).

Pretende-se com este documento repensar estratégias, orientações, acções e sobretudo posturas metodológicas que conciliem interesses variados tendo em conta a legislação nacional e internacional.

A médio prazo o principal objectivo deste documento é orientar, racionalizar e otimizar procedimentos de forma a colmatar as deficiências encontradas nos processos de gestão das colecções do Museu.

A longo prazo, a política de gestão de colecções que aqui se apresenta tem como objectivo fortalecer a missão do Museu aferindo os procedimentos de gestão de colecções às actividades do Museu e às necessidades dos seus públicos.

## **2. Missão e objectivos**

Tendo por base o programa preliminar, será missão do Museu celebrar a memória da instituição e da medicina e promover a literacia em torno dos temas da saúde.

Para atingir a sua missão serão objectivos do Museu:

- Coleccionar, preservar, expor e interpretar objectos e documentos de todo o tipo (incluindo testemunhos orais) relacionados quer com a memória da instituição quer com a sua investigação e práticas médicas e de enfermagem;
- Desenvolver políticas de preservação, investigação, gestão e comunicação destas colecções guiadas por princípios deontológicos e relacionadas quer com a missão e objectivos do museu quer com as políticas de investigação, ensino e serviço público da instituição em geral. Para além disso devem ser também desenvolvidos manuais de procedimentos que contemplem as diferentes áreas de intervenção;
- Oferecer programas e serviços para a educação e entretenimento dos mais diversificados tipos de públicos, incluindo estudantes e profissionais de saúde;
- Utilizar de métodos de exposição inovadores demonstrativos da riqueza das colecções e dos conhecimentos;

- Promover programas de comunicação que encorajem a experiência, a descoberta e o desenvolvimento da criatividade e competências de cada um;
- Adquirir reconhecimento como *leader* entre os museus relacionados com o tema da saúde;
- Apresentar e interpretar inovações no campo dos cuidados e das ciências médicas;
- Promover a discussão, compreensão e apreciação das questões relacionadas com a área da saúde, disponibilizando um espaço-fórum para o debate crítico;
- Sendo um hospital de excelência e inovador, utilizar criativamente as novas tecnologias;
- Accionar mecanismos de parcerias criativas com instituições culturais, educativas, empresas e outras;
- Assegurar a viabilidade e sustentabilidade do museu.

De forma a manter-se actualizado e em harmonia com a missão do Museu este documento deve ser revisto cada cinco anos, e sempre que for necessário, devendo ser homologado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, EPE e pelo Conselho de Gestão do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI), sob prévio aconselhamento por parte da equipa do Museu.

Este manual está dividido em três categorias de políticas e procedimentos que devem servir como ponto de referência para a gestão da colecção do Museu.

O primeiro capítulo define as políticas, os métodos e os procedimentos de incorporação e alienação. O segundo diz respeito às políticas e procedimentos de documentação, tendo em conta a gestão da documentação, do inventário e a investigação. O último capítulo refere-se às políticas e procedimentos de conservação.

### **3. Políticas e procedimentos de incorporação**

Para cumprir a sua missão o Museu pode incorporar peças para a sua colecção, desde que congruentes com a sua missão e objectivos.

#### ***3.1 Políticas de incorporação***

Os objectos serão incorporados na colecção através de diferentes métodos, sendo considerados como válidos os adiante enumerados.

A aquisição de uma peça deve obedecer a questões de ordem legal, expressas nas leis portuguesas (Código Civil e Lei Quadro dos Museus Portugueses), e de ordem ética, estabelecidas no código deontológico do ICOM. Deste modo o Museu não deve adquirir peças de proveniência duvidosa, roubadas ou de comércio ilegal.

Após a incorporação definitiva na colecção do Museu, os objectos passam a ser propriedade do mesmo, com excepção dos empréstimos e depósitos, não podendo ser alienados, salvo em casos muito particulares adiante descritos.

##### **3.1.1 Âmbito de incorporação**

Serão adquiridas peças de acordo com a relevância para o desenvolvimento da colecção e da missão do Museu, devendo ser ponderada as necessidades específicas das peças, a existência de recursos para a sua manutenção e espaço existente.

Serão aceites peças duplicadas ou réplicas<sup>2</sup> nos casos:

- Em que a fragilidade de uma peça exija a sua substituição;
- Em que haja proveniência e história relevantes;
- Em que possam integrar uma colecção de educação.

##### **3.1.2 Termos e condições de incorporação**

A decisão de incorporar novas peças tem por base:

- A ausência de danos potenciais para outras peças da colecção – o seu estado de conservação não deve exigir intervenções dispendiosas, excepto se houver acordo com algum mecenas;
- A razoabilidade das condições de incorporação;
- Uma avaliação completa da peça de modo a compreender a sua relevância e benefícios para a Colecção.

---

<sup>2</sup> Entende-se por réplica uma cópia, fac-simile ou reprodução de uma peça, podendo ser feita pelo autor do original ou por qualquer outro artista.

### **3.2 Métodos de incorporação**

Pelo presente manual são considerados válidos os seguintes métodos de incorporação:

#### **3.2.1 Doação**

Doação é o contrato pelo qual uma entidade pública ou privada, por espírito de liberalidade e à custa do seu património, dispõe gratuitamente de uma peça em benefício do Museu, adquirindo este o título de propriedade.

No caso de a doação comportar condições impostas pelo doador só será aceite pelo período de 1 ano, findo o qual o Museu não se obriga a respeitá-las.

As condições de doação deverão ser celebradas por escrito e assinadas por ambas as partes.

Como prova de agradecimento deverá ser enviada ao anterior proprietário uma carta de agradecimento.

#### **3.2.2 Compra**

Entende-se por compra o acto pelo qual o Museu adquire o título de propriedade de uma peça, mediante valor monetário.

No caso de compra deve ser considerada a razoabilidade do preço, considerando o valor de mercado da peça e o preço pedido e a eventual participação de um mecenas.

#### **3.2.3 Empréstimo**

Por empréstimo entende-se o acto pelo qual uma peça é cedida ao Museu, a título temporário, mas sem que a sua propriedade seja efectivamente transferida para o Museu.

As condições de empréstimo envolvem assim cláusulas temporais e materiais que deverão ser acordadas por ambas e celebradas por escrito.

#### **3.2.4 Depósito**

Entende-se por depósito o acto pelo qual determinada peça é confiada ao Museu por um período significativo, mas sem que a sua propriedade seja efectivamente transferida para o Museu.

As condições de depósito envolvem assim cláusulas temporais e materiais, bem como a definição das condições de empréstimo e segurança, acordadas por ambas as partes.

No caso de o depósito comportar condições impostas pelo depositante só será aceite pelo período de 3 anos, findo o qual o Museu não se obriga a respeitá-las.

### 3.2.5 Troca

Troca é o contrato pelo qual o Museu permuta uma peça por outra, a título definitivo, adquirindo a propriedade da mesma, implicando o abatimento em cadastro da peça permutada.

As condições de troca deverão ser celebradas por escrito e assinadas por ambas as partes.

### 3.2.6 Legado

Por legado entende-se o acto pelo qual uma entidade pública ou privada, à custa do seu património, cede aquando a sua morte, através de testamento, uma peça em benefício do Museu, adquirindo este o título de propriedade.

### 3.2.7 Transferência

Entende-se por transferência a passagem de uma peça de uma instituição para o Museu, a título definitivo, pressupondo o abatimento da peça na instituição originária. O Museu adquire o título de propriedade da peça.

As condições de transferência deverão ser celebradas por escrito e assinadas por ambas as partes em contrato.

## **3.3 Procedimentos de incorporação**

Considerando as políticas enunciadas, havendo o interesse de incorporar uma peça na colecção do Museu é necessário:

- Acordar o meio de incorporação da peça com o actual proprietário;
- Verificar o estado de conservação da peça;
- Proceder a um registo fotográfico da peça e do seu contexto;
- Levantar a documentação relativa à história da peça;
- Verificar os meios necessários para o seu acondicionamento e manutenção no Museu;
- Elaborar um documento de incorporação que ateste o tipo de propriedade (temporária ou definitiva), utilizando uma das minutas em anexo de acordo com o tipo de incorporação. Este documento idealmente deverá ser produzido em duplicado<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> O original, devidamente assinado pelo doador, deve ser incluído no processo da peça e o duplicado entregue ao mesmo ou ao seu representante.

## **4. Alienação**

### ***4.1 Formas de alienação***

Constituindo esta prática um assunto delicado, deve obedecer a princípios transparentes e objectivos. A alienação de uma peça do Museu pode ser feita retirando, de forma permanente, uma peça da colecção do Museu ou transferindo a peça para a colecção de educação, abatendo-a ao inventário.

### ***4.2 Políticas de alienação***

A decisão de propor a alienação cabe à equipa do Museu com a anuência do DEFI e Direcção do Centro Hospitalar do Porto.

A decisão de alienar peças da colecção do Museu tem por base:

- Desaparecimento físico da peça, como consequência de acidente ou catástrofe;
- Deterioração extrema da peça que torne inviável ou pouco vantajoso o seu restauro;
- Adequação da peça para a colecção de educação;
- Falta de enquadramento da peça na missão do Museu;

### ***4.3 Procedimentos de alienação***

A decisão de alienar peças tem por base:

- A constituição de um processo bem documentado acerca da sua existência e permanência no Museu, incluindo registos fotográficos ou qualquer outro suporte;
- A ficha de inventário deve ser mantida sendo aí registados os motivos que conduziram a tal acção;
- O número de inventário não deve ser reutilizado;

## **5 – Políticas e Procedimentos de Documentação**

Ao estabelecer uma política de documentação para a colecção do Museu pretendemos providenciar um registo adequado para a gestão, compreensão e interpretação da colecção do Museu no passado e no presente.

Uma boa documentação é valiosa no exercício das diferentes ambivalências do Museu<sup>4</sup>, ajudando-o a:

- Ter noção do que possui, permitindo a localização das suas peças;
- Auxiliar a investigação, evitando perdas de tempo desnecessárias à procura de informação;
- Simplificar a organização de exposições e publicações;
- Delinear planos de conservação preventiva e documentar todas as intervenções sobre as peças;
- Proteger o museu de eventuais acções legais relativas ao título de propriedade das peças;
- Providenciar uma descrição das peças perdidas, roubadas ou acidentadas;

A documentação relativa às peças deve incluir a documentação de incorporação, a ficha de inventário e outros documentos relevantes para o conhecimento da peça, tendo o cuidado de normalização.

A informação pode ser complementada com registos multimédia (áudio e vídeo) e fotográficos.

### ***5.1 Etapas de documentação***

A partir do momento em que a peça dá entrada no Museu inicia-se a sua documentação, com a criação do processo de peça constituído por diferentes documentos, abaixo enumerados.

#### **5.1.1. Tipos de documentação**

Dentro da gestão da colecção do Museu entende-se por documentação o processo de guardar informação sobre cada peça.

A documentação de entrada da peça no Museu deve ser usada em todos os casos de incorporação de peças.

##### **5.1.1.1 Recibo de Entrega**

O Recibo de Entrega, conforme modelo anexo, será preenchido em duplicado, sendo o original arquivado no processo da peça e o duplicado entregue ao anterior proprietário.

---

<sup>4</sup> HOLM, A. Stuart — *Facts and Artefacts, how to document a museum collection*. Cambridge: The Museum Documentation Association, 1991, p. 2.

#### 5.1.1.2 Livro de Inventário Geral

No Livro de Inventário Geral a peça assume uma identidade própria, sendo-lhe atribuído um número de inventário definitivo, além do registo do número provisório que lhe foi atribuído aquando da entrada no museu.

O Livro de Inventário Geral deve ser preenchido manualmente de modo a evitar a adulteração dos dados. Todas as folhas devem ser numeradas de forma sequencial e rubricadas pelo responsável do Museu, assegurando a verificação dos dados introduzidos.

O Livro de Inventário Geral deverá contemplar a seguinte informação:

- Número de entrada do objecto no museu
- Número de inventário definitivo - É atribuído um n.º sequencial à peça que será único e intransmissível.
- Data de entrada no livro;
- Identificação do anterior proprietário ou Depositário (nome e morada);
- Data e tipo de incorporação (no caso de depósito indicar a data de cessão do mesmo; e indicar o preço no caso de compra);
- Denominação do objecto, descrição sumária e historial da peça;
- Localização inicial;
- Estado de conservação.
- Observações e/ou notas relevantes.

#### 5.1.1.3 Livro de Saída

O registo dos movimentos da peça ajuda a ter consciência da sua localização, controlando todos os movimentos da peça que, por algum dos motivos abaixo enumerados, se encontram fora do Museu. O Livro de Saída deve ser preenchido manualmente de modo a evitar a adulteração dos dados. Todas as folhas devem ser numeradas de forma sequencial e rubricadas pelo responsável da coleção, assegurando a verificação dos dados introduzidos.

O preenchimento do Livro de Saída deve ser feito quando a peça deixa o museu <sup>5</sup> nas seguintes situações:

- Empréstimos a título individual ou institucional;
- Tratamentos de conservação e restauro realizados fora do Museu;
- Caso de furto (neste caso é feita retrospectivamente);
- Transferência de uma peça devido a incêndio, infestação ou limpeza;
- Perda accidental da peça.

---

<sup>5</sup> HOLM, A. Stuart — *Facts and Artefacts, how to document a museum collection*. Cambridge: The Museum Documentation Association, 1991, p. 25.

#### 5.1.1.4 Processo da peça

Deve ser incluída no Processo da Peça toda a documentação relacionada com a mesma, nomeadamente a investigação realizada e os elementos necessários à sua correcta interpretação, avaliação e apresentação. Este processo, individual, é fundamental para o conhecimento da peça <sup>6</sup>.

No Processo da Peça devem ser incluídos:

- Cópia do Contrato de Incorporação;
- Cópia do Recibo de Entrega;
- Cópia da Folha, relativa à peça, do Livro de Inventário
- Cópia da Ficha de Inventário;
- Cópia da documentação de saída relativa aos movimentos da peça;
- Elementos relativos à história da peça;
- Documentação reunida durante a investigação da peça;
- Descrição das acções de conservação preventiva e/ou restauros efectuados;
- Documentação relativa a exposições em que a peça participou (folhetos, catálogos, fotografias, etc.);
- Cópia da bibliografia consultada no decorrer da investigação e referência a outra bibliografia especializada.

#### 5.1.2 Inventário

Entende-se por inventário «... a relação mais ou menos exaustiva de todos os objectos que constituem o acervo próprio da instituição, independentemente do seu modo de incorporação ...»<sup>7</sup> e que estão registados no sistema de documentação do Museu.

O registo de informação deve ser efectuado informaticamente, o que não dispensa a existência de registos impressos actualizados. Tal como se encontra descrito na Lei Quadro dos Museus Portugueses<sup>8</sup>, o Museu deve ter obrigatoriamente para cada peça um registo informático na base de dados do museu, com cópia actualizada de forma sistemática em CD, independentemente da modalidade de incorporação.

O processo de inventário da colecção do Museu é composto pelas seguintes fases:

---

<sup>6</sup> PEREIRA, Fernando António Baptista — *Museus de Arte*. In ROCHA-TRINDADE, Maria Beatriz – “Iniciação à museologia”. Lisboa: Universidade Aberta, 1993, p. 119.

<sup>7</sup> INSTITUTO Português de Museus – *Normas Gerais de Inventário: Artes Plásticas e Artes Decorativas*. Lisboa: Tipografia A. Coelho Dias, 2000, p. 15.

<sup>8</sup> Diário da Republica – I Série – A de 19 de Agosto de 2004.

#### 5.1.2.1 Atribuição do número de inventário

Sendo um elemento indispensável para a sua identificação, sobretudo no caso em que na mesma colecção coexistam objectos semelhantes ou mesmo formalmente idênticos, o número de inventário visa a rápida e eficaz identificação da peça, bem como fornece uma permanente identidade da mesma com toda a informação a seu respeito.

O número de inventário nunca deverá ser duplicado.

O número de inventário a adoptar será formado pela sigla do Museu, o ano de registo da peça no Inventário, colocado entre pontos e, finalmente, o número desta peça dentro da colecção - número sequencial com 5 dígitos.

Exemplo. MCHP.2007.00043

No caso de se tratar de um conjunto, mantém-se um só número de inventário para todo o conjunto, que será repetido para cada um dos elementos constitutivos, sendo estes numerados sequencialmente e separados do número de raiz por meio de barra (/).

Ex. MCHP.2007.00205/2

Relativamente aos pares e outras peças compósitas, adopta-se um só número de inventário comum aos dois elementos do par, seguido das letras a), b), c), etc.

Ex. MCHP.2007.00146a

#### 5.1.2.2 Marcação provisória

Sempre que autorizado pelos serviços respectivos, as peças deverão ser marcadas provisoriamente por meio de etiqueta de papel amovível com o respectivo número de inventário.

#### 5.1.2.3 Registo multimédia

Deverá ser feito um registo fotográfico da peça e dos seus pormenores e uma cópia da imagem fotográfica acompanhará o processo da peça. As imagens deverão estar agrupadas numa pasta da directoria da base de dados, devendo ser marcadas com o número de inventário da peça.

Neste tipo de colecções para além do registo fotográfico poderá ainda existir um registo de vídeo ou multimédia para uma melhor apresentação da peça e funcionamento da mesma.

É igualmente importante registar o nome do autor da imagem ou vídeo, tendo em vista a preservação dos direitos de autor.

#### 5.1.2.4 Marcação definitiva

A longo prazo todas as peças deverão ser marcadas de forma definitiva com o respectivo número de inventário, com excepção das peças em depósito, cuja marcação deverá ser sempre provisória.

O método de marcação utilizado deverá ser reversível, respeitando a integridade da peça. A marcação deve ser feita em local acessível mas sem afectar a leitura da peça, evitando zonas frágeis, amovíveis, porosas e expostas a maior atrito.

Deve-se adoptar, para uma série de objectos do mesmo tipo, o mesmo lugar, o que facilitará a procura. No caso de peças compósitas, cada elemento do conjunto deve ter a sua própria marcação.

A técnica de marcação varia segundo a matéria e a natureza dos objectos. No caso dos metais, madeiras, vidros e plásticos a marcação deve ser realizada sobre uma zona limpa onde se aplicou previamente uma camada de paraloide B-72. Em seguida, o número escrito com tinta-da-china (preta ou branca consoante a cor da peça), deverá ser protegido com outra camada de verniz.

No caso dos objectos de carácter têxtil o número deverá ser inscrito numa fita de nastro, posteriormente cosida no interior a uma das orelhas da peça, preferencialmente sobre a costura, de modo a que os pontos não sejam visíveis pelo exterior.

#### 5.1.2.5 Preenchimento da ficha de inventário

O Museu utiliza o software In Arte Premium concebido pela empresa Sistemas de Futuro.

Visando a organização lógica dos campos de informação a ficha de inventário pode-se considerar que a mesma se encontra subdividida nos seguintes grupos grupos.

**I)** O primeiro diz respeito à caracterização geral da peça - **informações genéricas** - que estamos a inventariar. É composto pelos seguintes campos:

##### **» Número de Inventário**

Ver sub capítulo “5.1.2.1 Atribuição do número de inventário”.

Salienta-se o facto de que a cada peça de conjunto ou compósita deverá corresponder uma ficha de inventário individualizada.

##### **» Designação**

Definir-se-á um nome que identifique a peça tendo sempre em atenção a normalização das designações técnicas. Caso contrário incorrer-se-á no risco de inventariar peças formal e funcionalmente diversas sob a mesma designação.

No campo designações (Tabela auxiliar) poder-se-á ainda registar outras terminologias pelas quais é conhecido o objecto, devendo-se especificar o tipo de designação (Tabela auxiliar) que se está a registar (exemplos: científica; popular; comum; local; comercial ...)

Quando se trata de uma peça fragmentada, ou seja quando as dimensões originais da peça se encontrem reduzidas substancialmente deverá a designação ser precedida de “fragmento de ...”.

#### » **Título**

Este campo deve ser utilizado para inserir o nome atribuído pelo autor da peça ou a denominação pela qual a peça é conhecida.

Quando não exista ou não se conheça deve ser mencionado, respectivamente, como Sem título e/ou Desconhecido.

#### » **Descrição**

Descrição textual clara e concisa da peça. Deve-se levar sempre em atenção todos os elementos e empregar terminologias específicas, pois mais do que uma exposição exaustiva, uma boa e correcta descrição é um meio – no mínimo – complementar de análise.

A descrição deve estar restrita ao que se pode observar no objecto em si, partindo do geral para o particular, do todo para as partes, identificando primeiro os elementos constituintes da peça em análise e remetendo os aspectos decorativos para o final da descrição.

Há que ter em conta o facto de existirem campos para inserir dados específicos sobre a peça e, portanto, não se deve fazer aqui constar dados como medidas, técnicas, inscrições, etc., de forma a facilitar as pesquisas sobre a informação das colecções.

#### » **Fotografia**

A utilização de uma fotografia possibilitará a identificação e uma melhor visualização da peça.

**II) Esta identificação será completada com outros dados caracterizadores específicos, nomeadamente:**

#### » **Antecedentes**

Este grupo de informação permite registar todos os antecedentes de determinado objecto, nomeadamente:

- Registo da designação do antecedente (tabela auxiliar);
- Data relativa ao antecedente;
- Descrição do antecedente registado.

#### » **Autoria**

Neste campo identificar-se-á todos aqueles que intervieram na produção da peça, indicando o nome (Tabela Entidades/Autores), o tipo de autoria em relação a essa mesma peça (tabela auxiliar) e notas de clarificação sobre qualquer assunto relacionado com este campo.

No caso de obras realizadas em colaboração dever-se-á referir individualmente o papel desempenhado por cada um dos intervenientes.

Deve ser mencionado que o autor é desconhecido se não for de todo conhecida a identidade do mesmo.

#### » **Características técnicas**

Neste campo deverão ser registadas as características de funcionamento do objecto, dos seus elementos ou componentes (Tabela auxiliar) e descrição ou valor da característica referenciada.

#### » **Categoria**

De acordo com proposta homologada.

#### » **Classificações**

Este grupo de informação permite incluir todas as classificações científicas e técnicas atribuídas ao objecto.

Deverá deste modo, indicar-se o valor classificativo atribuído ao objecto e relação com o factor que determina a mesma classificação (Tabela auxiliar).

Poder-se-á ainda apresentar as razões pelas quais é atribuída a classificação e outras notas importantes relativas a cada um dos registos de classificação (exemplo. referência ao modelo correspondente ao catálogo da empresa).

#### » **Colecções**

De acordo com proposta homologada.

#### » **Componentes**

Caso se trate de um objecto composto deverão ser identificados neste grupo todos os componentes do mesmo, assim como o número de itens desse componente no objecto, breve descrição do componente, data em que o componente foi criado e respectivo tema (se aplicável).

É de salientar que todas as informações adicionais sobre componentes, como é o caso das suas medidas, serão registados nos grupos de informação específica correspondentes.

#### » **Cronologia**

Este grupo permite registar todos os acontecimentos, datas, etc. que compõem a história e percurso do objecto antes e após o seu carácter museológico, nomeadamente:

- Data inicial do acontecimento ou facto que se está a registar;
- Data final do acontecimento ou facto que se está a registar (data final de execução, etc.);
- Data textual: permite registar uma data de referência acerca da peça, quando, por exemplo, não se conhece qualquer data precisa em relação ao objecto, devendo o registo sempre que possível ser em forma de número de modo a facilitar as pesquisas.

Todas as datas não exactas sobre o objecto deverão ser registadas neste campo.

Tendo em vista a normalização da informação e facilitação de futuras pesquisas, deve ser tida em conta na introdução de datas as seguintes situações:

- quando a data é precisa – efectua-se o registo do dia, mês e ano (exemplo: 02-04-1884).
- quando a data é imprecisa – registam-se os intervalos de tempo, procurando estreitar a datação para o intervalo mínimo possível (exemplo: 1895 - 1911).

- Parte descrita: deverá ser registada a parte da peça que se está a datar, especialmente no caso de a peça ter sofrido acrescentos ou ter sido executada em diversas fases.
- Justificação da atribuição da data registada fazendo referência a documentos ou pareceres técnicos.

#### » Departamentos

Neste grupo de informação deveram ser introduzidos os dados relativos aos departamentos (tipo de departamento (Tabela auxiliar); Data em que o objecto foi atribuído ao departamento e notas ou observações relevantes) a que determinado objecto está associado

#### » Direitos

Registo de todos os direitos associados ao objecto que se está a inventariar: entidade que detém os direitos legais sobre o objecto; descrição detalhada sobre os tipos de direitos; e outras informações úteis.

#### » Entrada

Este grupo de informação específica permite o registo não só da primeira entrada de determinado objecto, bem como das entradas e saídas de objectos propriedade do museu ou de outra instituição.

- Motivo pelo qual o objecto entra no museu (aquisição, recolha, depósito, transferência ...);
- Data de entrada
- Entidade – pessoa ou entidade de onde o objecto é enviado para o Museu;
- Responsável – colaborador responsável pela entrada do objecto;
- Créditos: texto literal imposto pelo doador e aceite pela instituição, que deverá figurar nas publicações, tabelas, entre outros.

#### » Estados

Deve-se proceder à caracterização do estado da peça:

- Avaliação do estado de Conservação da peça (Conservação\muito bom, Conservação\bom, Conservação\regular, Conservação\deficiente, Conservação\mau); Forma (Forma\Partido\Base; Forma\Fracturado) e Função (Função\Operacional; Função\ Não operacional) – Tabela auxiliar;
- Identificação da parte do objecto a que se referencia o objecto;
- Descrição sucinta sobre o estado do objecto;
- Data em que o estado foi verificado e data em que o estado deverá ser verificado.
- Descrição das condições especiais impostas ao objecto (Hr e T, manuseamento, exposição, etc.)e descrevendo que a peça ou partes apresente; o funcionamento; e indicando a data ( dia, mês, ano) em que foi feita a verificação desse estado de conservação.

Esta avaliação será feita com base nas definições propostas no capítulo 6.

Deste modo será possível formar um histórico com o estado de conservação da peça ao longo do tempo.

#### » Funções

Informação sobre a função inicial da peça, no seu contexto de origem, e/ou alterações que tenha sofrido ao longo da sua existência. Neste campo deverá assim ser indicado de forma clara a utilização que o objecto tinha em determinado momento da sua história (Tabela auxiliar).

#### » Fundo documental

Neste campo deve-se especificar:

- Formato (exemplo. Fólio; livro ... - Tabela auxiliar);
- Idioma (Tabela auxiliar);
- Tipologia do documento (exemplo. Manuscrito\Carta; Documento dactilografado ... - Tabela auxiliar);
- Editor;
- Local de edição;
- Número de tiragem;
- Disposições\_ indicações sobre limitações de uso, manuseamento, etc. associadas ao objecto;
- Documento fonte\_ em caso de desagregação de um documento ou de um conjunto unitário de documentos;
- Assunto;

#### » Grupos

Este campo deverá ser utilizado na inventariação de objectos com semelhantes características e que poderão ser encontrados de uma forma mais eficaz através da sua ligação a determinado grupo.

Deverá ser especificado:

- Designação do Grupo (Tabela auxiliar);
- Material existente no objecto;
- Quantidade de objectos que compõem esse grupo.

### » **Heráldica**

Este grupo de informação específica permite o registo da informação sobre os brasões de armas que possam ser encontrados em determinado local do objecto:

- Identificação do tipo de heráldica (Tabela Auxiliar);
- Descrição do brasão de armas encontrado;
- Localização do brasão no objecto;

### » **Historial**

Será neste campo registado todos os dados respeitantes ao contexto de origem, percurso histórico da peça, eventuais explicações sobre o processo de alteração da função do objecto, dados sobre anteriores proprietários e local de uso da peça, sobretudo se não coincidente com o local de fabrico ou de recolha.

### » **Iconografia**

Os campos existentes neste grupo de informação são:

- Tipo de iconografia (Tabela auxiliar);
- Descrição da iconografia existente no objecto;
- Localização.

### » **Incorporações**

Dever-se-á registar neste grupo de informação os dados dos objectos que ingressaram definitivamente na instituição.

Neste campo deve-se especificar:

- Tipo de incorporação (compra, doação, legado, troca, dação... - Tabela auxiliar);
- Proveniência: instituição ou entidade de onde provém o objecto;
- A data de incorporação (dia, mês e ano em que a obra deu entrada no museu – preenchendo somente os campos que se conhecem).
- Custo da peça aquando da sua incorporação por compra.

### » **Inscrições**

Neste grupo regista-se qualquer referência textual com excepção da designação existente no objecto executado sob qualquer tipo de técnica.

Para além de se registar a tipologia da inscrição (legenda, número, data ...- Tabela auxiliar) e entidade responsável pela execução da inscrição (Tarefa Entidades/Subtarefa Autores), dever-se-á igualmente proceder à transcrição do texto que compõe a inscrição, tipo de letra utilizada (Tabela Auxiliar Grafias), técnica de execução da inscrição (Tabela auxiliar), localização da inscrição relativamente ao objecto, idioma (Tabela auxiliar), tradução e quando conhecida, data em que a inscrição foi realizada.

Salvaguarda-se o facto de que quando a inscrição for constituída por mais de uma linha, usar-se-á uma barra (/) para indicar o final de cada linha.

#### **» Inventariantes**

Procedimento imprescindível no carregamento do dados, uma vez que ao incluir na tarefa de objectos os dados dos inventariantes do mesmo é possível ir criando um histórico sobre quem inventaria e quem completa ou modifica informação sobre o objecto na sua respectiva ficha.

#### **» Localizações**

Este campo permite registar as diversas localizações da peça, dentro e fora da instituição, no sentido de se obter um histórico das mesmas. Deve-se registar as diversas localizações da peça ao longo do tempo.

Deverá então ser indicado o tipo de localização (Interna\Reserva; Interna\Exposição; Externa, etc. – Tabela Auxiliar), a localização (especificar se se trata da localização habitual ou não) e data dessa localização.

#### **» Marcas**

As marcas geralmente estão directa ou indirectamente associadas ao processo de produção.

Para além de se registar o tipo de marca encontrada no objecto (assinatura, carimbo, selo, marca de fábrica, nº de série ...- Tabela auxiliar), dever-se-á igualmente proceder à transcrição do texto que compõe a marca, técnica de execução (incisa, impressa... Tabela auxiliar), localização da marca relativamente ao objecto, idioma (Tabela auxiliar), e tradução da marca quando a mesma se encontrar escrita numa língua estrangeira e quando conhecida, data em que a inscrição foi realizada.

Será de todo o interesse associar imagens.

#### **» Materiais**

Deve-se proceder à identificação rigorosa do tipo de materiais que compõem o objecto, bem como cor e indicação da parte do objecto em que se encontra o material registado.

#### **» Medidas**

Deverão ser registadas as dimensões pertinentes a cada objecto segundo o critério da funcionalidade, introduzindo-se: a unidade de medida (Tabela Auxiliar); tipo de medida (Tabela Auxiliar); parte do objecto que está a ser medida e valor numérico retirado da medição respectiva. Para cada conjunto de peças formalmente iguais deve estabelecer-se uma lógica de medição única, registando-se sempre as dimensões máximas da peça e dos seus elementos constitutivos.

#### **» Numerações**

Permite o registo de toda a informação sobre números presentes ou associados de alguma forma ao objecto que está a ser inventariado, nomeadamente inventários antigos, números de cadastro, etc..

Dever-se-á assim indicar o número; tipo de numeração presente ou associada ao objecto (número de cadastro; número de depósito; antigo número de inventário; número de edição... Tabela auxiliar) e data relativa a essa numeração.

#### » Numismática

Este grupo de informação permitirá a introdução de dados relativos a moedas e medalhas, nomeadamente: orientação do cunho no objecto; valor nominal; unidade monetária que está a ser registada (Tabela Auxiliar Moedas); entidade que promove a emissão (Módulo Entidades, Tarefa Outras Entidades); entidade que produz a moeda/oficina (Módulo Entidades, Tarefa Outras Entidades); especificação da série; e descrição do anverso e reverso do objecto.

#### » Origem

Neste campo identificar-se-á a origem do objecto, ou seja, o País (Tabela auxiliar) ou local de onde o objecto é originário.

#### » Originalidade

Este grupo de informação permite registar os dados sobre o objecto original que serviu para a construção/realização do que se está a inventariar, nomeadamente, indicação do objecto original (Tabela auxiliar) e registo de toda a informação que possa justificar os dados introduzidos.

#### » Pesos

Salienta-se o facto de este grupo de informação estar separado do grupo de informação Medidas. Dever-se-á proceder à identificação do valor que é obtido, referenciando a parte do objecto que se está a pesar e, unidade de peso que é utilizada para registar o valor (Tabela Auxiliar).

#### » Produções

Os dados sobre produções aplicam-se, maioritariamente, a objectos que tenham sido produzidos em série, sendo os campos a registar:

- Entidade que produziu o objecto (Tabela Entidades);
- Data em que a peça foi produzida;
- Local administrativo;
- Localização específica onde o objecto foi produzido (exemplo. Fabrica da Vista Alegre, Oficina )

#### » Proveniências

Será aqui estruturado todo o histórico de propriedade do objecto, devendo-se colocar a informação relativa ao actual proprietário igualmente no grupo de informação específica *Incorporações*.

Neste grupo deve-se especificar:

- Tipo de proveniência (Tabela Auxiliar);
- Entidades - anteriores ou actuais proprietários do objecto (Tabela Entidades/Proprietários);
- Local e data da propriedade registada.

#### » Técnicas

Neste grupo deve-se especificar:

- Técnica utilizada para a execução do objecto;
- Parte descrita - só aplicável quando a mesma técnica não se aplica a todo o objecto;

As técnicas utilizadas para a execução dos objectos deverão ser organizadas na tabela *Thesaurus* (Tabela Auxiliar Específica *Técnicas*).

#### » Valores

Neste grupo de informação deverão ser registados os preços de compra ou outras informações de carácter económico sobre o objecto, nomeadamente avaliações realizadas no âmbito de seguros.

Os campos existentes para introdução de informação são:

- Avaliador; (Tabela Entidades/Outros);
- Unidade monetária utilizada para efectuar a avaliação (Tabela Auxiliar *Moedas*);
- Valor atribuído;
- Indicação do tipo de valor que se está a registar (Tabela Auxiliar *Tipo de Valor*);
- Data em que foi realizada a avaliação.

### III) OUTROS OBJECTOS

Este módulo de inventário serve para registar informação relativa aos objectos de outras entidades que a instituição tem a seu cargo.

É de salientar que o número de inventário terá que ser sempre preenchido, dado que será este elemento que permitirá efectuar todas as relações com as outras tarefas e módulos.

Quando existente deverá corresponder ao número atribuído pela instituição proprietária, ou na sua inexistência deverá ser a pessoa que regista o objecto na base de dados a atribuir um número de identificação no sistema.

---

## **6. Conservação Preventiva**

Entende-se por preservação, no sentido geral, toda a acção que se direcciona à salvaguarda das condições físicas dos materiais e por conservação preventiva a melhoria do meio ambiente e dos meios de acondicionamento visando prevenir e retardar a sua degradação (devendo ser avaliado o impacto sobre o conjunto).

Deste modo a conservação preventiva começa pelo estudo dos materiais e dos seus comportamentos a ambientes simultaneamente propícios e adversos. Todo o posterior conhecimento aparece subordinado particularmente ao ambiente (humidade relativa, temperatura, luz, poluição, vibrações, insectos, fungos, etc. ) que é estudado pouco a pouco no seu relacionamento com os materiais, bem como outros domínios como a segurança e o acondicionamento.

Deste modo, deverá ser elaborada uma análise preliminar do estado geral de conservação da peça, delineando um plano de intervenção e manutenção que vise a mitigação de eventuais danos.

### ***6.1 Avaliação do Estado de Conservação***

Todas as operações de conservação começam por um exame minucioso e sistemático dos objectos com vista a determinar as condições dos mesmos, assim como eventuais alterações e riscos potenciais.

Proceder-se-á à avaliação do estado de conservação das peças tendo em conta a sua limpeza e estabilidade física e química dos materiais que as constituem, identificando e descrevendo falhas, lacunas, fissuras, manchas, oxidação, desagregação dos materiais, entre outras.

No caso de as peças apresentarem sinais de degradação deverão ser identificadas as suas causas e avaliado o papel que as condições de ambiente tiveram no desenvolvimento do processo.

No que se refere à avaliação do estado de conservação da peça será realizada com base em definições pré-estabelecidas e que deverão ter em conta não só a estabilização ou não dos materiais e respectivas percentagens de incidência de determinados problemas de conservação, mas também com as deficiências da peça e suas interferências na leitura da mesma.

Depois de analisar os objectos tendo em consideração seis tipos de danos:

- » **Danos Estruturais**
- » **Desfiguração**
- » **Deteriorações químicas**
- » **Ataques biológicos**
- » **Limpeza**
- » **Restauros deficientes**

---

Podendo-se posteriormente avaliar o seu estado de conservação como:

- Muito bom (6 pontos)

Peça em perfeito estado de conservação.

- Bom (6 a 9 pontos)

O objecto no contexto da colecção está em bom estado de conservação, encontrando-se os materiais que a compõem estabilizados.

- Regular (10 a 12 pontos)

O objecto apresenta-se desfigurado ou danificado mas estável: sem necessitar de intervenções imediatas.

- Deficiente (13 a 15 pontos)

Uso restrito e/ ou instável: a necessitar de intervenções de conservação.

- Mau (16 a 18 pontos)

Peça muito mutilada, e/ou extremamente debilitada, e / ou altamente instável em deterioração activa, e/ou afectando outros objectos: urgentes intervenções devem ser levadas a cabo.

## **6.2 Manutenção e Manuseamento**

Não existindo um espaço físico a nossa acção relativamente à manutenção tem-se centrado na limpeza cuidadosa do acervo localizado nas 11 vitrinas dispersas pelos 8 pisos do Edifício Dr. Luís de Carvalho, entrada principal do edifício Neoclássico e auditório Prof. Alexandre Moreira.

Esta limpeza das peças e das áreas onde elas são expostas reduzirá a propensão a infestações por pestes e danos aos itens causados por fungos ou partículas abrasivas ou ácidas. Assim no que se refere às rotinas de limpeza, o espaço deverá ser limpo cerca de uma vez por mês, sendo-o com mais frequência em períodos de maior utilização.

Esta limpeza deve ser efectuada com recurso a técnicas, materiais e equipamentos apropriados.

No que se refere ao manuseio e uso das peças é importante perceber que um inadequado manuseio rapidamente inutilizará a peça.

---

## BIBLIOGRAFIA

### *Impressa*

ANDERSON, Gail (Ed.) — *Museum Mission Statements: Building a Distinct Identity*. Professional Practice Series. Washington: American Association of Museums, 2000.

CÓDIGO dos Direitos de Autor e dos Direitos Conexos. Coimbra: Livraria Almedina, 1999.

COMISSÃO Nacional Portuguesa do ICOM – *Código deontológico para os Museus*. [S. l.]: [s. e.], 2003.

HOLM, A. Stuart — *Facts and Artefacts, how to document a museum collection*. Cambridge: The Museum Documentation Association, 1991.

INSTITUTO Português de Museus – *Normas Gerais de Inventário: Artes Plásticas e Artes Decorativas*. Lisboa: Tipografia A. Coelho Dias, 2000.

MILLER, Ronald L. — *Personnel policies for museums: a handbook for management*. Washington: American Association of Museums, 1980.

PORTUGAL. Assembleia da República — *Lei n.º 47/2004: Lei Quadro dos Museus Portugueses de 19 de Agosto de 2004: D.R. I Série-A, 04-08-19, p.5379-5394*.

TRINDADE, Maria Beatriz Rocha — *Iniciação à museologia*. Lisboa: Universidade Aberta, 1993, p. 92.

### *Digital*

<http://www.amnb.nb.ca> (ASSOCIATION Museums New Brunswick – *Guidelines for Museums in New Brunswick*. New Brunswick: [s. e.], 2000.)

<http://amol.org.au/recollections/> (Recollections Caring for Collections across Australia, ISBN 0 642 37385 X).

<http://www.fiu.edu/~provost/polman/sec14/sec14web14-60.htm> (FLORIDA International University - Policies and Procedures Manual for de Art Museum. 1996.)

<http://www.icom.org>

<http://www.ipmuseus.pt>

<http://www.mda.com>

<http://www.mla.gov.uk/documents/benchmarks.pdf>

<http://web.mit.edu/policies/> (Manual of Massachusetts Institute of Technology Museum)

<http://museum.gov.ns.ca> (HERITAGE Division, Nova Scotia Museum Department of Tourism and Culture - *Collection Management Policy for the Nova Scotia Museum*. Halifax: Nova Scotia Museum, 2000.)

PORTUGAL. Decreto-Lei 323/01, de 17 de Dezembro de 2001, Actualização do Código Civil Português de 25 de Novembro de 1966, Decreto-Lei n.º 47344. Consultado em [www.verbojuridico.net](http://www.verbojuridico.net).

---

---

**Anexo D**

**Dossier com contactos estabelecidos**

---

---

**BRITISH RED CROSS MUSEUM AND ARCHIVES**

Thank you for your email, which has been received by the British Red Cross Museum and Archives.

Please note that due to the high level of enquiries, it may take us 2-3 weeks to respond to requests for information. Please be assured that you will hear from us in due course.

In the meantime, you might like to visit our website: [www.redcross.org.uk/museumandarchives](http://www.redcross.org.uk/museumandarchives) for more information.

Thank you for your interest in the British Red Cross.

Severe flooding across southern Africa has left tens of thousands homeless. Help us provide blankets, tarpaulins and kitchen sets to those affected. Donate now at <http://www.redcross.org.uk/safricaappeal>.

\*\*\*\*\*

This e-mail is intended for the named recipient(s) only.

Its contents are confidential and may only be retained by the named recipient(s) and may only be copied or disclosed with the consent of the British Red Cross Society.

If you are not an intended recipient please delete this e-mail and notify [mailadmin@redcross.org.uk](mailto:mailadmin@redcross.org.uk).

The British Red Cross Society, incorporated by Royal Charter 1908, is a charity registered in England and Wales (220949) and Scotland (SCO37738).

Internet: <http://www.redcross.org.uk>

---

Tuesday, March 4, 2008 11:13 AM

**From:**

"Enquiry Enquiry"

**Message contains attachments**

ACQUIS~1.DOC (51KB), REPORT~1.DOC (56KB), Conservation Plan 2007-2009.doc (46KB), Marketing plan.doc (42KB)

-----Inline Attachment Follows-----

Dear Sonia Faria

Collection Management for Medical Museums

Thank you for your enquiry regarding your Thesis.

Please find attached documents relating to the different areas of your research.

The Museum and Archives does not currently have a public exhibition space, although building plans for a Museum are in progress. Research access to the Museum and Archives collections for external users is by appointment only, as space and staff time are limited. No formal identification is required though researchers must sign the register on arrival for every appointment.

Research appointments must be made at least 24 hours in advance.

I hope this information is of interest.

With Regards

Emily Oldfield.

Information Assistant

British Red Cross Museum and Archives

44 Moorfields

London

EC2Y 9AL

tel: 020 7877 7058

fax: 020 7562 2000

email: [enquiry@redcross.org.uk](mailto:enquiry@redcross.org.uk)

[www.redcross.org.uk/museumandarchives](http://www.redcross.org.uk/museumandarchives)

---

## Museum Accreditation Scheme

### Acquisition and Disposal Policy

*Museum: British Red Cross Museum and Archives*

*Governing Body: Board of Trustees of the British Red Cross Society*

*Date approved by governing body: December 2007*

*Date at which policy due for review: December 2012*

#### **1. Existing collections, including the subjects or themes for collecting**

The collection comprises records generated by and artefacts acquired by the Society from its formation (as the British National Society for Sick and Wounded in War) in 1870 to the present day. A few items relating to the Crimea 1854-1856 and the foundation of the International Red Cross 1859-1864 date from the period before 1870 and serve to set the collection in context.

A large amount of the collection has been, and is still, acquired through donation by individual members of the public, usually with some personal or family connection with the British Red Cross or those who have received assistance from the Red Cross movement. Purchases of particularly relevant items have been sanctioned on rare occasions. A very small proportion of the collection (no more than 1%) is held on loan.

The Board of Trustees of the British Red Cross Society, as the governing body of the Museum and Archives, will be guided by the Museums Association *Code of Ethics for Museums* (2002), the *Code of Practice on Archives for Museums and Galleries in the United Kingdom* (3rd ed., 2002) and the *Society of Archivists Code of Conduct* (1994). The Museum and Archives also works towards achieving the standards outlined in *The National Archives Standard for Record Repositories* (2004).

The Museum collection contains artefacts within the following subject areas:

uniform

medals and badges

first aid and nursing equipment

items connected with those who received aid or help from the British Red Cross such as Prisoners of War

items connected with the provision of international aid to the victims of war and natural disasters

fundraising and communications material

---

In addition, the British Red Cross Museum and Archives is also the national repository for records relating to the history of the British Red Cross. As such the archive collection contains the following:

records produced by the Society's central UK Office  
records produced by the Society's territories, areas and branches.  
records of those who served with or received assistance from the Society  
records of organisations with which the Society has significant organisational connections

The majority of records are acquired through internal transfer or donation. However, where an organisation is unable to dispose of its records (e.g. a charity which is still operational) or where the records are of exceptional significance to the Museum and Archives, a long term deposit will be considered in line with the *Guiding Principles for Terms of Deposit (1997)* (approved by the Society of Archivists, the National Council on Archives and the Business Archive Council) on a case by case basis.

## **2. Criteria governing future collecting policy, including the subjects or themes for collecting**

The primary object of the BRCS Museum and Archives is to collect, record, research and make available to the public, material relating to the history of the British Red Cross Society as part of the Red Cross Movement in order that an accurate and comprehensive history of the British Red Cross is maintained.

The Museum and Archives will take due account of the collecting policies of other museums and archives collecting in the same or related areas or subject fields and will consult with such organisations where conflicts of interest may arise or to define areas of specialisms, in order to avoid unnecessary duplication and waste of resources.

The Museum and Archives recognises its responsibility, in acquiring material, to ensure adequate conservation, documentation and proper use of such material and takes into account limitations on collecting imposed by such factors as inadequate staffing, storage and conservation resources.

The acquisitions policy will be published and reviewed regularly, at least once every five years. The date when the policy is next due for review is noted above. Museums, Libraries and Archives Council, London (MLA London) will be notified of any changes to the Acquisition and Disposal Policy, and the implications of any such changes for the future of existing collections.

Acquisitions outside the current stated policy will only be made in exceptional circumstances and only after proper consideration by the Board of Trustees of the British Red Cross Society as the governing body, having regard to the interests of other museums and archives.

---

### **3. Period of time and/or geographical area to which collecting relates**

The Museum and Archives will collect material relating to the operation of the Society in 1870 to the present day. It will also obtain material relating to the foundation of the Society from before 1870 as appropriate.

The geographical area of collecting is dictated by the realm in which the BCRS operates, and as such has an international scope.

### **4. Limitations on collecting**

The museum recognises its responsibility, in acquiring additions to its collections, to ensure that care of collections, documentation arrangements and use of collections will meet the requirements of the Accreditation Standard. It will take into account limitations on collecting imposed by such factors as inadequate staffing, storage and care of collection arrangements.

### **5. Collecting policies of other museums**

The museum will take account of the collecting policies of other museums and other organisations collecting in the same or related areas or subject fields. It will consult with these organisations where conflicts of interest may arise or to define areas of specialisms, in order to avoid unnecessary duplication and waste of resources.

Specific reference is made to the following museum(s):

The Balfour Museum of Hampshire Red Cross History

### **6. Policy review procedure**

The Acquisition and Disposal Policy will be published and reviewed from time to time, at least once every five years. The date when the policy is next due for review is noted above.

The Regional Agency will be notified of any changes to the Acquisition and Disposal Policy, and the implications of any such changes for the future of existing collections.

### **7. Acquisitions not covered by the policy**

Acquisitions outside the current stated policy will only be made in very exceptional circumstances, and then only after proper consideration by the governing body of the museum itself, having regard to the interests of other museums.

### **8. Acquisition procedures**

a. The museum will exercise due diligence and make every effort not to acquire, whether by purchase, gift, bequest or exchange, any object or specimen unless the governing body or responsible officer is satisfied that the museum can acquire a valid title to the item in question.

---

b. In particular, the museum will not acquire any object or specimen unless it is satisfied that the object or specimen has not been acquired in, or exported from, its country of origin (or any intermediate country in which it may have been legally owned) in violation of that country's laws. (For the purposes of this paragraph 'country of origin' includes the United Kingdom).

c. In accordance with the provisions of the UNESCO 1970 Convention on the Means of Prohibiting and Preventing the Illicit Import, Export and Transfer of Ownership of Cultural Property, which the UK ratified with effect from November 1 2002, and the Dealing in Cultural Objects (Offences) Act 2003, the museum will reject any items that have been illicitly traded. The governing body will be guided by the national guidance on the responsible acquisition of cultural property issued by DCMS in 2005.

d. The museum will not acquire any biological or geological material.

e. The museum will not acquire any archaeological material.

f. Any exceptions to the above clauses 8a, 8b, 8c, or 8e will only be because the museum is either: acting as an externally approved repository of last resort for material of local (UK) origin; or acquiring an item of minor importance that lacks secure ownership history but in the best judgement of experts in the field concerned has not been illicitly traded; or acting with the permission of authorities with the requisite jurisdiction in the country of origin; or in possession of reliable documentary evidence that the item was exported from its country of origin before 1970.

In these cases the museum will be open and transparent in the way it makes decisions and will act only with the express consent of an appropriate outside authority.

## **9. Spoliation**

The museum will use the statement of principles 'Spoliation of Works of Art during the Nazi, Holocaust and World War II period', issued for non-national museums in 1999 by the Museums and Galleries Commission.

## **10. Repatriation and Restitution**

The museum's governing body, acting on the advice of the museum's professional staff, may take a decision to return human remains, objects or specimens to a country or people of origin. The museum will take such decisions on a case by case basis, within its legal position and taking into account all ethical implications.

## **11. Management of archives**

As the museum holds archives, including photographs and printed ephemera, its governing body will be guided by the Code of Practice on Archives for Museums and Galleries in the United Kingdom (3rd ed., 2002) and the *Society of Archivists Code of Conduct* (1994).

---

## 12. Disposal procedures

- a. By definition, the museum has a long-term purpose and should possess (or intend to acquire) permanent collections in relation to its stated objectives. The governing body accepts the principle that, except for sound curatorial reasons, there is a strong presumption against the disposal of any items in the museum's collection.
- b. The museum will establish that it is legally free to dispose of an item. Any decision to dispose of material from the collections will be taken only after due consideration.
- c. When disposal of a museum object is being considered, the museum will establish if it was acquired with the aid of an external funding organisation. In such cases, any conditions attached to the original grant will be followed. This may include repayment of the original grant.
- d. Decisions to dispose of items will not be made with the principal aim of generating funds.
- e. Any monies received by the museum governing body from the disposal of items will be applied for the benefit of the collections. This normally means the purchase of further acquisitions but in exceptional cases improvements relating to the care of collections may be justifiable. Advice on these cases will be sought from MLA.
- f. A decision to dispose of a specimen or object, whether by gift, exchange, sale or destruction (in the case of an item too badly damaged or deteriorated to be of any use for the purposes of the collections), will be the responsibility of the governing body of the museum acting on the advice of professional curatorial staff, and not of the curator of the collection acting alone.
- g. Once a decision to dispose of material in the collection has been taken, priority will be given to retaining it within the public domain, unless it is to be destroyed. It will therefore be offered in the first instance, by gift, exchange or sale, directly to other Accredited Museums likely to be interested in its acquisition.
- h. If the material is not acquired by any Accredited Museums to which it was offered directly, then the museum community at large will be advised of the intention to dispose of the material, normally through an announcement in the Museums Association's Museums Journal, and in other professional journals where appropriate.
- i. The announcement will indicate the number and nature of specimens or objects involved, and the basis on which the material will be transferred to another institution. Preference will be given to expressions of interest from other Accredited Museums. A period of at least two months will be allowed for an interest in acquiring the material to be expressed. At the end of this period, if no expressions of interest have been received, the museum may consider disposing of the material to other interested individuals and organisations.
- j. Full records will be kept of all decisions on disposals and the items involved and proper arrangements made for the preservation and/or transfer, as appropriate, of the documentation relating to the items concerned, including photographic records where practicable in accordance with SPECTRUM Procedure on deaccession and disposal.

---

**Documentation Plan**  
**British Red Cross Museum and Archives**  
**October 2007**

---

|                        |    |
|------------------------|----|
| Contents               |    |
| Introduction .....     | 67 |
| Aim .....              | 4  |
| Current position ..... | 4  |
| Objectives .....       | 5  |

---

## **Introduction**

British Red Cross Museum and Archives have prepared this documentation plan as part of the museum's application for Accreditation. The plan will bring the British Red Cross Museum and Archives documentation system and the information held in it up to Accreditation standards. It has been prepared by Jen Young, curator, in consultation with all members of museum and archive staff.

The collections relate to the history of the British Red Cross Society from its foundation in 1870 to the present day, and include the permanent museum and archive collection, a small handling collection, objects on loan to us and archive material deposited with us, as well as an archive reference library. The collection is funded by the Society and is stored at the UK Office of the British Red Cross in London.

All objects and records are accessioned and catalogued using Adlib Xplus collections management system, with paper accession records and a paper Accessions register. The archive uses an Access database to record locations.

---

## ***Aim***

To complete the documentation backlog and ensure all the collections are accessioned and catalogued to SPECTRUM and, where possible, ISAD(G) standards. To complete location information for the entire collection.

## **Current position**

The museum and archive collections are managed on an integrated basis. A professional archivist has been employed since 1985, a professional curator since 1993. Since this time the collection has grown to include archives, photographs, film, posters, uniform, medals and medical equipment. The collection has a small growth rate of 3% a year. All museum items are accessioned and catalogued to basic SPECTRUM standards (as of February 2007), and location documentation is complete and up to date on the ADLIB software.

However a number of problem areas remain:

- 1 A small quantity of archive material, some dating back to 1985, remains unaccessioned
- 2 Large parts of the archive collection remain uncatalogued and are not compliant to ISAD(G) standards (the completion of thorough accession documentation means that while this backlog is not desirable, the collections are not rendered inaccessible as a result)
- 3 Location information for archival material is incomplete and inaccurate and not stored in the Adlib software

## ***Objectives***

| <b>Objectives</b>                                                 | <b>Resources needed<br/>(incl. equipment,<br/>materials and<br/>cost)</b> | <b>Responsibility</b> | <b>Timetable</b>                                           |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Short term goals</b>                                           |                                                                           |                       |                                                            |
| Review Documentation Procedures manual to ensure it is up to date | Staff time                                                                | All (JY to lead)      | annually                                                   |
| Review Documentation Plan to ensure targets are being met         | Staff time                                                                | All                   | Every six months (at Museum and Archives planning meeting) |
| Introduce loan out forms for all loans to accredited museums      | Staff time                                                                | JY                    | Dec 2007                                                   |
| Security copy of Accession register                               | Recruit and train                                                         | JY                    | Completed by 21                                            |

|                                                                                                                                                                                                               |                            |        |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|------------------------------------------------|
| printed                                                                                                                                                                                                       | volunteer                  |        | December 2007                                  |
| <b>Medium term goals</b>                                                                                                                                                                                      |                            |        |                                                |
| Archivist and assistant will undertake a locations survey (inventory) - compiling an access database for locations information, adding the data to ADLIB where appropriate                                    | Staff time                 | SCJ/EO | One day per week.<br>By end of Dec 2008        |
| Ensure locations for museum objects are up to date                                                                                                                                                            | 1 afternoon a month        | JY     | By end of Dec 2008                             |
| Complete accessioning process for known unaccessioned archive material by March 2008 and identify further unaccessioned material through location project. (includes marking archives with accession numbers) | Staff time                 | SCJ    | Once a month - by end of Dec 2008              |
| Create an inventory for each archive item or group of items                                                                                                                                                   | Staff time                 | SCJ    | End of Dec 2008                                |
| Reconcile outstanding museum and archive long-loan agreements                                                                                                                                                 | Staff time                 | JY/SCJ | Dec 2008                                       |
| Compare inventory (location) records to identify and resolve any discrepancies with existing documentation records (both museum and archive items)                                                            | Staff time                 | JY/SCJ | End of Dec 2009                                |
| Improve paper accession file storage (by removing and replacing paperclips and plastic wallets)                                                                                                               | Purchase acid free folders | JY/SCJ | Dec 2009                                       |
| Transfer images of historical photographs from AV library to ADLIB and continue with digitisation of photographic collections                                                                                 | Staff time                 | EO/SCJ | Transfer - by Dec 08<br>Digitisation - ongoing |
| <b>Long term goals</b>                                                                                                                                                                                        |                            |        |                                                |
| Work towards completing the provision of appropriate indexing for both museum and archive records                                                                                                             | Staff time                 | JY/SCJ | End Dec 2012                                   |
| Tackle Archive cataloguing backlog,                                                                                                                                                                           | Recruit and train          | SCJ    | As appropriate - by                            |

|                                                             |                                                      |    |              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----|--------------|
| with archive student volunteer placements                   | volunteer                                            |    | end Dec 2012 |
| Work towards adding images for every museum object to Adlib | Staff time<br>Purchase appropriate software/hardware | JY | By end 2010  |

**Date**

**Signed by (Museum and Archives)**

**Date**

**Signed by Head of Information Resources on behalf of the governing body**

Review date [October 2008]

**Draft** 1

**Author** Museum and Archives

**Last updated** 8 October 2007

### **3.1.1 Collection condition overview to ensure that awareness of the condition and needs of all items in the collection is maintained**

Programme of visual inspection

Vulnerable items identified, and appropriate action planned as part of a conservation monitoring and evaluation project

Overview: the Information Assistant makes a weekly check of the historical material in the basement store and on display around the building. If any problems are noted the Curator or Archivist is alerted. The British Red Cross employs a number of staff (Facilities Management

---

team) to look after the building. Although there are no conservation staff the museum and archives have access to specialist staff if necessary.

### **3.1.2 Environmental monitoring to alert staff to potentially damaging environmental conditions**

Monitoring programme, UV and lux light levels are taken and recorded twice a month, temperature and relative humidity are monitored every week

Data collection and evaluation

Monitoring equipment adequately maintained

Overview: The Information Assistant is responsible for the environmental monitoring programme. This includes UV and LUX monitoring using a digital environmental meter, in the basement store, display area and all paintings currently on display around the building every fortnight. The temperature and relative humidity are also monitored weekly and any irregularities brought to the attention of the Curator and Archivist. The equipment is checked regularly with regular calibration of the thermohygrographs. Data loggers are being introduced to record temperature and relative humidity in the basement store in November 2007.

### **3.1.3 Environmental control to ensure that collections are not at risk of damage from unsuitable environmental conditions**

Adequate protection from harmful environmental conditions

Environmental conditions appropriately controlled

Overview: The basement store has an air management system and it is not possible to control the environment further than ensuring doors are shut, light levels are kept to a minimum and pest-monitoring traps are in place and checked on a regular basis. A regular check on the material on display ensures that light levels are not kept at harmful levels and paintings displayed in public areas are not at risk of damage through human contact.

### **3.1.4 Provision of suitable building conditions to ensure that the building contributes towards providing appropriate environmental conditions for the different elements of the collection**

Buildings sufficiently robust and well constructed for the purpose of housing collections

Regular inspections, including buildings not open to the public or during periodic closures

Programmed maintenance

Overview: Building maintenance is carried out and monitored by the Facilities Department of the organisation. The Facilities Team ensures that the office is always as secure, safe, clean and comfortable as possible for all employees and visitors. They are responsible for Building Maintenance, waste disposal, security and cleaning. There is a departmental budget available for the necessary upgrading of storage conditions for different parts of the collection such as plan chests and picture racking.

---

### **3.1.5 Housekeeping to reduce the likelihood of pest infection and damage to material from mould or from abrasive or acidic particles, by careful cleaning of collections and the areas in which they are housed**

Regular inspection and cleaning, display areas, stores and storage

Appropriate techniques, materials and equipment

All incoming material checked for infestation, damage or mould; remedial action taken as necessary

Display and storage areas monitored for insects and rodents

Overview: Pest control in the storage area takes place by the laying of traps, checking every month and recording the condition. Identification of potential pests takes place with the use of in-house resources and consultation with specialists. Specialist materials are sought from museum conservation suppliers for pest control and housekeeping.

Preventative measures are taken in cases that are considered to be at high risk, such as the vacuuming of textiles. Light cleaning of shelving and artefacts takes place when necessary. The storage shelving is being lined to prevent damage from abrasion as part of an ongoing housekeeping plan.

Regular weekly cleaning of the store takes place, as part of Facilities maintenance of the whole building, which minimizes the risk to the collection from the build up of dust and any potentially harmful matter brought into the area by members of staff and visitors as the store also includes a research space. A thorough cleaning of the store takes place every three months. Museum and Archive staff supervises all cleaning.

A Disaster Kit is kept in the store for use as part of the Museum and Archives Disaster Plan.

The Facilities department use a specialist company to monitor the whole building for insects and rodents.

### **3.1.6 Planned programme to institute improvements in collection care to ensure that necessary improvements are made over time, on the basis of agreed priorities**

Periodic review, collection condition

Action plans produced and implemented

Overview: There is an ongoing programme to maintain the collections care and storage conditions. In addition a project has been implemented to review the conservation, environmental monitoring and housekeeping procedures in order to compile recordings, make improvements where necessary and upgrade conditions.

### **3.1.7 Professional conservation and collection care advice and services to ensure that the museum has developed informed policies and procedures relating to the preventive and remedial conservation of its collections**

Regular advice from appropriately qualified / experienced person on the approach to collections care

Remedial conservation carried out by or under the supervision of a conservator

---

Overview: Relevant advice has been requested and taken from professional colleagues from National Museums. Preventive conservation advice has been sought for elements of the collection, for example to upgrade the storage conditions of the uniform collection.

Professional conservation services were also sought for the cleaning of an early nineteenth century icon in 2006 and five paintings in 2007.

Professional services have been used in the form of courses taken by members of staff, such as a pest control workshop and maintaining contact with conservation specialists for advice, for example Senior Conservator Val Blythe at the V&A and Pest Management Consultant David Pinniger. The museum collection has benefited from Preservation Audit visits undertaken by professional conservators in 2003 and 2005. A preservation audit of the archive collection is planned for 2008.

---

**Museum and Archives marketing plan**  
**Museum and Archives**  
**October 2007**

---

## Contents

|                        |    |
|------------------------|----|
| Mission statement..... | 76 |
| Market context .....   | 76 |
| Strategic aims: .....  | 76 |
| Timescale .....        | 77 |

---

### **Mission statement**

The British Red Cross Museum and Archives exist to collect, preserve and make accessible the history of the British Red Cross and its place in the context of the international movement to a wide audience.

This marketing plan aims to promote the museum and archives to the widest possible (internal and external) audience and to maximise income and admissions through realising the full potential of the services and facilities.

### ***Current market context***

There has not been a permanent museum display since the museum and archives moved to its present premises in December 2004. However, visitors and researchers are given access to the collections by appointment, Monday to Friday, 10-1 and 2-4pm. The British Red Cross have identified the need for a permanent museum at 44 Moorfields and this is in the early stages of planning. The new museum will open in 2010.

The museum and archive staff deals with a growing number of historical enquiries, loan objects to other registered museums and provide images and information from the collections to an internal and external audience.

Visitors to the collection are encouraged to make a donation to the British Red Cross at the end of their visit. A suggested donation is also asked for answering historical enquiries, producing photocopies and copies of images.

The collections store is fully accessible by wheelchair users. Much of the museum collection is on open display in the basement store. The museum and archives maintain a strong online presence through the intranet and website: [redcross.org.uk/museumandarchives](http://redcross.org.uk/museumandarchives)

Other forms of access to the collection are continually being explored, including loans, tours of the collection, talks on the history of the British Red Cross, on-line exhibitions, regular contributions to the British Red Cross magazine, and promotion of an extensive handling collection. Museum and Archives staff also attends promotional events such as the British Red Cross National Assembly and history fairs where possible. There is space for two researchers in the basement store.

### **Strategic aims:**

Leaflet/postcard and website/intranet

Publicity and marketing

Collections catalogue flier

Listings on other websites such as IWM, LMoHM, medical trail on 24hour museum

Events such as NA, London Maze, Who Do You Think You Are?

Education, outreach and audience development

Networking

---

**Timescale:**

This plan covers 2008 (and includes future plans such as the museum project, book projects and seeking external funding opportunities)

***Performance indicators***

This plan will be monitored every month at the museum and archives planning meeting. A full review of the plan will be undertaken in December 2008.

Implementation of this plan will be the responsibility of the Curator in consultation with the Archivist and Information Assistant, overseen by the Head of Information Resources.

---

## BRITISH OPTICAL ASSOCIATION MUSEUM

Monday, February 25, 2008 1:04 PM

**From:**

"Neil Handley"

Dear Miss Faria

I trust that the answers below will go some way to assisting you studies.

### **1) Object incorporation procedures**

A) Incorporation criteria considered (and not) for new objects arriving to the collection;

See our Acquisitions and Disposals Policy online at:

[http://www.college-optometrists.org/index.aspx/pcms/site.college.What\\_We\\_Do.museyeum.collections.acquisitions/](http://www.college-optometrists.org/index.aspx/pcms/site.college.What_We_Do.museyeum.collections.acquisitions/)

The fact that we make this policy document publicly available is worthy of note in itself!

The same document includes the brief characterisation of the collections that you seek in the questions below.

B) Carried out procedures when the incorporation decision is taken;

C) Other relevant observations;

### **2) Object Disposal**

A) Criteria reflected in the sale of spare property of the Museum; See Acquisitions and Disposals Policy

B) Other relevant Observations;

### **3) Procedures for proper object documentation**

A) Documentation steps carried out since an object/piece is received and accept at the Museum; We aim to fully catalogue all items immediately.

B) Object documentation that is kept on file; Correspondence from donor or vendor. Transfer of title forms (when used).

C) Other relevant observations;

#### **3.1) Inventory**

A) Brief characterization of the collections; See Acquisitions Policy

B) Inventory tracking system number adopted; Acquisition year followed by a running number. E.g.

---

1999.1, 1999.2, 1999.3 etc.

C) Type of inventory marking adopted (temporary or permanent); Semi-Permanent (ink markings between Paraloid B-72 layers...removable, but only by a conservator). We have a large backlog, however, and most items still have tie-on labels.

D) Criteria taken into consideration for sub-grouping the collection and consequent sub group systematization (Categories and Subcategories considered). eg: is an object functionality taken into consideration for sub grouping it in a collection?; Yes, the collection is categorised primarily by function rather than material, date or place of origin although as a result of 100% computerisation we can easily generate customised indexes. In other words, the collection can be systematised on demand, in several different ways.

E) Software used for the inventory; MIMSY XG (supplied by Willoughby Inc.)

F) What is taken into consideration when providing object's measurements (exposure vs. functionality ?) ; Dimensions are measured in order to aid object identification in the event of a lost label;

G) Other relevant observations;

#### **4) Preservation & Conservation techniques**

A) Environmental and biological monitoring practice control (recommended values); Temperature and relative humidity monitoring by computerised dataloggers. There are no museum-specific environmental controls at the moment. If monitoring reveals a problem the exhibits are moved away from that environment. The heating and air conditioning are thermostatically controlled.

B) Cleaning & Maintenance routines ; The College cleaners maintain the rooms (carpets, glass surfaces etc.) but only the curator cleans objects on open display e.g. statues, picture frames or large exhibits.

C) Security measures; CCTV, room locks, case locks, alarms, security staff

D) Other relevant observations;

#### **5) Exhibition / Reserves**

A) Exhibition area characterization and type of speech employed; Two dedicated museum rooms, plus additional displays spread throughout the working areas of the College.

B) Description of the building where the museum is located; Two 1730s terraced houses combined into one and modernised internally.

C) Accessibility ( in respect to physical access what are the facilities and drawbacks); Accessible due to passenger lift but rooms are nonetheless cramped. E.g. Objects need to be moved to facilitate wheelchair access (though this is easily achieved).

D) Characterization of the reserve (if applicable); Unheated basement.

E) Description of materials used for storage, packaging and exhibition; Steel rack shelving. Archival-quality cardboard boxes on the shelves. Padded and interleaved with acid-free paper.

F) Other relevant comments;

---

## **6) Human Resources and Services**

A) Characterization of the allocated human resources; One professional curator for the museum with access to support from colleagues in the parent organisation (the College), including librarian, IT support, security guards and a financial accounts office.

B) Existing public services description (eg. library, bar, shop...)and their working schedules;

C) Other relevant observations;

## **7) Cultural dissemination**

A) Brief description of the activities developed in the last 3 years;

The primary emphasis has been on the museum website.

We also hold regularly changing temporary exhibitions of a small size (often involving just a single display case).

External talks and lectures.

Yours sincerely

Neil Handley, MA, AMA

### **Curator, British Optical Association Museum**

The College of Optometrists

42 Craven Street, London WC2N 5NG

Tel: 020 7766 4353 (Direct)

Tel: 020 7839 6000 (Switchboard)

Fax: 020 7839 6800

Email: [museum@college-optometrists.org](mailto:museum@college-optometrists.org)

Web: <http://www.college-optometrists.org/museum>

---

## BETHLEM ROYAL HOSPITAL

Monday, February 25, 2008 8:26 PM

**From:**

Bethlem Royal Hospital

Dear Ms Faria,

Thank you for your enquiry.

**1. Object Incorporation procedures.**

- a. Criteria are incorporated in our "Acquisitions and Disposal Policy" on our website at [http://www.bethlemheritage.org.uk/Aboutus\\_collection\\_policy.asp](http://www.bethlemheritage.org.uk/Aboutus_collection_policy.asp).
- b. In common with nearly all UK museums, our procedures follow SPECTRUM 2, the museum documentation standard, which can be found on the website of MDA (the UK Museum Documentation Association) at <http://www.mda.org.uk/spectrum>.
- c. When accessioning items we enter them in our Accessions Book, create a card for each item, and thirdly enter it on MODES for Windows, which is our electronic catalogue system.

**2. Object disposal.**

- a. Disposals are covered in our disposals policy [http://www.bethlemheritage.org.uk/Aboutus\\_collection\\_policy.asp](http://www.bethlemheritage.org.uk/Aboutus_collection_policy.asp).
- b. We have not disposed of any items since 2003.

**3. Procedures for object documentation.**

A / B / C please see 1b and 1c above.

**3.1. Inventory.**

The collection consists of art and artefacts. The total is not more than 2,000 items. All are documented on MODES. There are not enough items to be worth sub-grouping.

**4. Preservation and conservation.**

- a. Both the museum and the store are environmentally controlled. Readings are taken on Monday mornings. Gross distortions of temperature or humidity are investigated. If necessary, the mechanical plant is adjusted by an engineer. Pest traps are set in all rooms, and inspected on Monday mornings.
- b. We employ a full-time archive conservator who also conserves art on paper. For non-paper items we use an outside contractor.
- c. The premises are alarmed both inside and outside, and are within a 24-hour psychiatric hospital.

---

## 5. Exhibitions and resources.

- a. There is a small museum. English is used throughout.
- b. A small brick building, erected in 1972.
- c. Few problems. Everything is on the ground floor.
- d, e f, I have no comments.

## 6. Human resources and services.

- a. We employ a Head of Archives and Museum, an Archivist, an Archive Conservator, and a Secretary / Administrator, all of whom work full time. We also employ an Education Officer who works 2 days a week. From time to time we employ other people on short contracts.
- b. We are open 0930-1630 Monday - Friday. We are not open at weekends. We have a sales point. There is a cafe in the next building.

## 7. Cultural dissemination.

- a. Activities in the last 3 years. See attachment.

Please see our website at [www.bethlemheritage.org.uk](http://www.bethlemheritage.org.uk)

Yours sincerely,

J Michael Phillips  
Head of Archives and Museum  
Bethlem Royal Hospital

## VISITOR STATISTICS

As at 04 February 2008

### a. On-site

| <i>Financial year</i> | <i>Archives researchers</i> | <i>Museum projection</i> | <i>Museum achieved</i> | <i>Total achieved</i> | <i>Mental health service users and staff included in total</i> |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------|
| 2002-2003             | 91                          |                          | 697                    | 788                   | 258 (37%)                                                      |
| 2003-2004             | 91                          |                          | 902                    | 993                   | 545 (60%)                                                      |
| 2004-2005             | 85                          | 1,000                    | 1,240                  | 1,325                 | 432 (35%)                                                      |
| 2005-2006             | 66                          | 1,200                    | 1,864                  | 1,929                 | 664 (34%)                                                      |
| 2006-2007             | 49                          | 1,500                    | 2,400                  | 2,466                 |                                                                |
| 2007-2008             | 65                          | 1,800                    | 1,936                  |                       |                                                                |

---

**b. Off-site**

| <i>Financial year</i> | <b>Location</b>                              | <i>Exhibition title and percentage of total content</i>       | <b>Visitors</b>               |
|-----------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 2003-2004             | Kingston Museum<br>London                    | Works of Louis Wain<br>(100%)                                 | 5,077                         |
| <b>Total</b>          |                                              |                                                               | <b>5,077</b>                  |
| 2004-2005             | Wandsworth Museum,<br>London                 | Works of Louis Wain<br>(100%)                                 | 5,500                         |
| <b>Total</b>          |                                              |                                                               | <b>5,500</b>                  |
| 2005-2006             | Emily Tsingou Gallery,<br>St James's, London | A violet from mother's grave<br>(20%)                         | 2,261                         |
|                       | Kirkleatham Museum,<br>Redcar                | Louis Wain's Cats<br>(100%)                                   | 5,648                         |
|                       | Luton Museum,<br>Luton                       | Louis Wain's Cats – Exploring<br>art and mental health (95%)  | 8,930                         |
|                       | Institute of Psychiatry,<br>London           | Insanity in Focus. (100%)                                     | To 31 Mar 2006:<br>340        |
| <b>Total</b>          |                                              |                                                               | <b>17,179</b>                 |
| 2006-2007             | Institute of Psychiatry,<br>London           | Insanity in Focus. (100%)                                     | From 01 Apr<br>2006:<br>2,400 |
|                       | Whitechapel Gallery,<br>London               | Inner Worlds, Outside<br>(10%)                                | 24,548                        |
|                       | Heidelberg:<br>Prinzhorn Collection          | James Tilly Matthews<br>documents (5%)                        |                               |
|                       | Leamington Spa Art<br>Gallery and Museum     | Richard Dadd (1817-1886)<br>Bedlam and Beyond (100%)          | 13,096                        |
|                       | National Fishing Heritage<br>Centre, Grimsby | The work of Louis Wain (100%)                                 | 1,849                         |
|                       | Kingston Museum,<br>London                   | The work of Richard Dadd<br>(100%)                            | 1,413                         |
| <b>Total</b>          |                                              |                                                               | <b>43,306</b>                 |
| <b>2007-2008</b>      | Museum of Lancashire,<br>Preston             | Wain's World: cats, Facts and<br>the art of Louis Wain (100%) | 3,700                         |
|                       | Novas Gallery,<br>Southwark, London          | Redefining Bedlam: the art of<br>healing the mind (100%)      | 2,550                         |
|                       | DLI Museum and Durham<br>Art Gallery         | The work of Richard Dadd<br>(100%)                            | 3,842                         |
|                       | St Barbe Museum and Art                      | The work of Richard Dadd                                      | 2,657                         |

---

|  |                                          |                               |       |
|--|------------------------------------------|-------------------------------|-------|
|  | Gallery, Lymington                       | (100%)                        |       |
|  | Institute of Psychiatry,<br>Denmark Hill | The work of Louis Wain (100%) | 1,800 |

**c. Total visitors**

|                  |               |
|------------------|---------------|
| 2003-2004        | 6,070         |
| 2004-2005        | 6,825         |
| 2005-2006        | 19,108        |
| <b>2006-2007</b> | <b>45,772</b> |

---

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

Wednesday, February 27, 2008 4:35 PM

**From:**

"Pearson, Sarah"

Dear Sonia,

Most of the information that you require can be found on our website

<http://www.rcseng.ac.uk/museums>

Look particularly at our Museum Policies section <http://www.rcseng.ac.uk/museums/policies.html>

In addition our collections management policies are based on MDA Spectrum standards, so you may find it useful to look at their website.

<http://www.mda.org.uk/spectrum.htm>

I hope this helps,

---

The WELLCOME TRUST

Tuesday, March 4, 2008 11:00 AM

**From:**

"Brown ,Valerie"

Dear Ms. Faria,

Thank you for your email concerning your Masters degree on Collection Management for Medical Museums.

Most of the information you require concerning the building, accessibility, services and cultural dissemination can be found on the Wellcome Collection website [www.wellcomecollection.org](http://www.wellcomecollection.org) or on the Wellcome Trust website [www.wellcome.ac.uk](http://www.wellcome.ac.uk) which also has links to the library. Items from Henry Wellcome's collection, not on display are stored by the Science Museum, and so any specific storage details would need to be directed to [scmobjectenquiries@nmsi.ac.uk](mailto:scmobjectenquiries@nmsi.ac.uk).

The information about object acquisition, procedures, disposal, documentation etc would need to be answered by our library staff and I have forwarded your enquiry on to them as well as our conservation department. The library email, should you wish to contact them is [library@wellcome.ac.uk](mailto:library@wellcome.ac.uk)

Thank you for your interest in Wellcome Collection and we wish you well with your studies.

Yours sincerely,

Valerie Brown  
Visitor Services Assistant

The Wellcome Trust  
215 Euston Road  
London NW1 2BE  
Telephone: +44 (0)20 7611 2222  
Fax: +44 (0)20 7611 8258

The Wellcome Trust is a registered charity, no. 210183.

Its sole Trustee is The Wellcome Trust Limited, a company registered in England, no. 2711000, whose registered office is 215 Euston Road, London NW1 2BE.

---

**Wellcome Collection : Conservation department reply**

Friday, March 7, 2008 1:40 PM

**From:**

"Brown, Valerie"

Add sender to Contacts

Dear Ms. Faria,

I am pleased to forward the reply from our conservation department in response to your recent email. I believe the library department will contact you directly.

4) Preservation & Conservation techniques The Wellcome has a Conservation and Preservation department, headed by the Access and Stewardship section. The Conservators are involved in all aspects of preservation and conservation related to Wellcome collections, and the preservation management of loans coming in.

A) Environmental and biological monitoring practice control (recommended values); We try and follow as close as possible the BS 5454 guidelines for storage and exhibitions- the parameters that suit our collection needs are: Wellcome Library Store Areas Book and painting store areas live in a controlled environment of 16-19 degree C (Temp), 45-55% RH; Audio visual store live in a cooler 16 degree C (Temp), 35-40% RH.

Exhibition Space (temporary and Medicine Man Galleries) 18-21 degree C (Temp), 45-55% RH. Some showcases may hold material that requires us to place extra RH provisions or molecular sieves for material off-gassing.

Lighting in the galleries- there is no UV, and LUX light levels are set at whatever the object's sensitivity category might specify. Please see attached for the categories. Pest and Mould Management All staff are involved in keeping an eye out for any pest or mould outbreaks and our facilities staff immediately respond to this, and advise on prevention methods. We also have [pest control contractors](#) to undertake regular checks.

B) Cleaning & Maintenance routines ; The galleries are cleaned on Mondays when the space is closed to the public. The store areas are cleaned on a rotational basis, where they use no chemicals, little or no water, and only vacuum not dust. The cleaning staff are supervised by senior cleaning officer, who is also trained to monitor pest and mould outbreaks.

C) Security measures; We have 24 hour security, and CCTV in public spaces and stores. Bags are checked on the way into the Public building.

D) Other relevant observations; Disaster Management- we are in the process of updating our plan, but have a workable procedure already in place where preservation works alongside the facilities department to ensure the safe retrieval of material during and post disaster. We also

---

have a high level priority service from our Disaster Salvage contractors. This is all linked into our Business continuity plan. Fire and flood prevention and monitoring- We have a monitoring system that detects fire and flood immediately. Health and Safety- Risk assessments on equipment and materials, also manual handling are in place and used; COSHH is regulated and monitored. We have Advanced First Aiders on site.

Yours sincerely,  
Valerie Brown  
Visitor Services Assistant

The Wellcome Trust  
215 Euston Road  
London NW1 2BE  
Telephone: +44 (0)20 7611 2222  
Fax: +44 (0)20 7611 8258

The Wellcome Trust is a registered charity, no. 210183.

Its sole Trustee is The Wellcome Trust Limited, a company registered in England, no. 2711000, whose registered office is 215 Euston Road, London NW1 2BE.

---

## HUNTERIAN MUSEUM

### Hunterian Museum lecture 6th March

Tuesday, March 4, 2008 2:52 PM

**From:**

"Crispin, Jenny"

Medical historian and expert in the early history of anatomy, Andrew Cunningham wrote and presented Radio 4's groundbreaking series 'The Making of Modern Medicine'. On Thursday 6 March, 7pm he will speak on

Anatomy renewed? Vesalius and the anatomical renaissance

Andreas Vesalius' work, *On the Fabric of the Human Body*, is considered to be the most beautiful book on human anatomy in the world. Yet when it was published in 1543 Vesalius caused great controversy. Was this book and the public performances that accompanied it dishonouring the ancient anatomists such as Galen, or was Vesalius offering them the sincerest form of flattery - imitation?

The lecture will be held at The Royal College of Surgeons of England, 35-43 Lincoln's Inn Fields, London, WC2A 3PE

Tickets cost £5, RCS Eng Fellows and Members free plus one guest, Affiliates and Surgical Society members (MSLC affiliated) free and Hunterian Society members free.

To book call 020 7869 6560

Nearest tube is Holborn, nearest rail station Kings Cross or Charing Cross

For more information see [www.rcseng.ac.uk/museums/events](http://www.rcseng.ac.uk/museums/events)

Jane Hughes

---

MUSEUM OF THE ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY

Friday, March 7, 2008 8:34 AM

**From:**

"Briony Hudson"

**Message contains attachments**

[Acquisition and Disposals Policy 2006.doc \(58KB\)](#)

Dear Sonia

The answers to most of your questions come from the fact that British museums operate most of their procedures according to national standards.

Here are links to the Accreditation scheme, which covers all areas of museum work

<http://www.mla.gov.uk/programmes/accreditation/00accreditation>

Here's a link to the standard procedures for entry, acquisitions etc. They're shown under the "Guidelines and Factsheets - Documentation Essentials" title

[http://www.collectionslink.org.uk/manage\\_information](http://www.collectionslink.org.uk/manage_information)

Other than this:

- I've attached our Acquisitions and Disposals Policy. Again this is based on a nationally-set model.
- we use software called MODES to catalogue our collections
- we aim for 17 degrees C and 50% rH in our stores, and monitor this using "Tiny Tag" dataloggers. We have insect traps in stores and office areas which are serviced regularly by an external company.
- you can find out more about our services and exhibitions from our website [www.rpsgb.org/museum](http://www.rpsgb.org/museum)
- we have 4 salaried staff (Keeper, Assistant Keeper, Audience Development Officer, Documentation Assistant) and 5 voluntary staff including 3 retired pharmacists.
- Our activities include guided tours and group visits, family activities, external talks and lectures, reminiscence sessions and loans to other museums.

I hope that this helps your research.

Best wishes

Briony

---

**Museum of the Royal Pharmaceutical Society**

**Acquisitions and Disposals Policy – April 2006**

Adopted by the Society's Council on 4 April 2006

Policy due for review by April 2011

## **Museum mission statement**

The Museum of the Royal Pharmaceutical Society exists

- to promote public and professional understanding of the history of the practice of pharmacy in Great Britain in its fullest medical, professional, social, political and international context.
- to enable public and professional appreciation, exploration, learning and enjoyment of artefacts associated with that history.
- to collect, safeguard and make accessible material evidence, artworks and associated information relating to the history of pharmacy as practised in Great Britain.

## **1 Introduction**

- 1.1 This policy takes regard of clauses 1, 2, 4, 5, 6 and 8 of the Museum's formal Constitution adopted by its governing body, the Council of the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, in October 1995. These are reproduced in Annexe 1.

## **2. Policy review procedure**

- 2.1 This policy was adopted by the Museum's governing body, the Council of the Royal Pharmaceutical Society on 4 April 2006. Under the provisions of clause 2.2 below there is a requirement that the policy be reviewed and any modifications approved by Council by April 2011.
- 2.2 The Acquisition and Disposal Policy will be published and reviewed from time to time, at least once every five years. The date when the policy is next due for review is noted above.
- 2.3 The Regional Agency will be notified of any changes to the Acquisition and Disposal Policy, and the implications of any such changes for the future of existing collections.

## **3. Limitations on collecting**

- 3.1 The Museum recognises its responsibility, in acquiring additions to its collections, to ensure that care of collections, documentation arrangements and use of collections will meet the requirements of the Accreditation Standard. It will take into account limitations on collecting imposed by such factors as inadequate staffing, storage and care of collection arrangements. This may preclude the acquisition of e.g. large collections, large objects or those requiring specialist care.
- 3.2 In the case of *materia medica*, therapeutic equipment and other relevant material, the Museum will apply particular consideration to any potential health or environmental hazard and take expert advice as appropriate prior to making the acquisition.

#### **4. Collecting policies of other museums**

- 4.1 The Museum will take account of the collecting policies of other museums and other organisations collecting in the same or related areas or subject fields. It will consult with these organisations where conflicts of interest may arise or to define areas of specialisms, in order to avoid unnecessary duplication and waste of resources.
- Specific reference is made to the following museum(s):
- Members of the group for London's Museums of Health and Medicine, notably the Science Museum
  - The Wellcome Library for the History and Understanding of Medicine, History of Medicine collections
  - The Thackray Medical Museum, Leeds.
- 4.2 In instances where material offered to the Museum originated in, or has strong ties to, a particular geographical area, donors will be advised to offer the material to the most relevant local museum in preference to taking the items out of their geographical or community context. This will also include liaison with the Museum of London, and London borough museums, regarding material with a London provenance.

#### **5. Existing collections, including the subjects or themes for collecting**

- 5.1 The Museum has long played a valued part in the work of the Pharmaceutical Society. Originally established in 1842 as a teaching collection of *materia medica*, it developed its historical role during the mid 20<sup>th</sup> century, collecting to create a unique and tangible record of the origins and development of pharmacy as practised in Great Britain, and of world wide influences on that development.
- 5.2 The Museum of the Royal Pharmaceutical Society is the only British museum with a history of commitment to covering all aspects of British pharmacy history across a wide chronological and geographical spread. It is currently unrivalled in its representation of certain aspects of that history, notably drug storage and compounding equipment, apparatus for drug administration, proprietary medicines and their packaging.
- 5.3 The current collections comprise an estimated 45,000 items, including artefacts, photographic and other images on paper, printed ephemera. Despite important acquisitions in the field of hospital pharmacy in the period 1996-2000, the collections are dominated by material relating to community and retail pharmacy, with less comprehensive coverage of hospital and industrial pharmacy and of the scientific aspects of drug development and production.

- 5.4 Most of the material in the collection is of British origin or was used in British pharmacy and dates from the 17<sup>th</sup>–20<sup>th</sup> centuries. Notable exceptions are:
- the collection of some 300 mortars which includes examples from Europe and the Islamic world, several pre-dating 1600.
  - the collection of tin-glazed ceramic drug jars which includes a number of continental European examples.
- 5.5 The Museum holds nationally significant collections of 17<sup>th</sup>-18<sup>th</sup> century English 'delftware' drug storage jars and 18<sup>th</sup>-19<sup>th</sup> century medical caricatures.
- 5.6 The bulk of the *materia medica* collection, comprising some 10,000 specimens, was gifted in 1969 to the University of Bradford and transferred in 1983 to the Centre for Economic Botany at the Royal Botanic Gardens, Kew. A collection of some 1000 crude drug specimens remains with the Museum, comprising primarily examples of 17th and 18th century drug materials passed to the Pharmaceutical Society by the Royal College of Physicians in 1926.
- 5.7 From January 2002 the Museum ceased to collect, as it did previously, a full range of material evidence including artefacts, images, historical and contemporary artworks, and associated information relating to:
- the history and practice of pharmacy in Great Britain seen in its broadest social, political, medical, scientific and international context,
  - the development of the profession of pharmacy in Great Britain
- 5.8 From January 2002, the museum has been only collecting in the following areas, where it was deemed to be the only British museum currently holding and regularly updating a systematic collection:
- contemporary, recent and historical proprietary and other medicines, including related promotional or other material of particular medical, social or political historical significance.
  - controlled drugs, fulfilling all requirements necessary to the continuing renewal of its Licence to be in Possession and Authority to be in possession, granted under the Misuse of Drugs Act 1971 and Misuse of Drugs Regulations 1985 (as amended).
  - material evidence relating to the history and work of the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.

The focus of this collecting continued to be on material originating from or used in Great Britain, but representative and/or otherwise significant non-British items were to be acquired if relevant for purposes of comparison or contextualisation.

## **6. Criteria governing future collecting policy, including the subjects or themes for collecting**

6.1 The Museum will continue to focus its collecting policy in the following areas, where it is deemed to be the only British museum currently holding and regularly updating a systematic collection:

- contemporary, recent and historical proprietary and other medicines, including related promotional or other material of particular medical, social or political historical significance.
- controlled drugs, fulfilling all requirements necessary to the continuing renewal of its Licence to be in Possession and Authority to be in possession, granted under the Misuse of Drugs Act 1971 and Misuse of Drugs Regulations 1985 (as amended).
- material evidence relating to the history and work of the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.

6.2 The Museum will resume the collection of a full range of material evidence including artefacts, images, historical and contemporary artworks, and associated information relating to:

- the history and practice of pharmacy in Great Britain seen in its broadest social, political, medical, scientific and international context,
- the development of the profession of pharmacy in Great Britain.

6.3 The collection of this full range of material will be undertaken with careful reference to existing holdings, and the knowledge that, due to a significant documentation backlog, potentially duplicated items may already be held.

6.4 The focus of this collecting will continue to be on material originating from or used in Great Britain, but representative and/or otherwise significant non-British items will be considered for acquisition if relevant for purposes of comparison or contextualisation.

6.5 Acquisition will focus particularly on areas that are currently under-represented in the collection, for example, material dating before 1800 and after 1945, with special reference to contemporary objects.

6.6 In the case of medicinal or cosmetic preparations, the Museum will collect two examples of each item where possible, in order to allow the potential for destructive testing in the future, to facilitate possible future research whilst taking into account all ethical implications.

## **7 'Non-permanent' collections**

- 7.1 From time to time the Museum may acquire certain items which will not be formally accessioned into the permanent collections, but which may be used in, for example, educational activities or handling collections.
- 7.2 If it seems likely that such 'non-permanent' status is to be allocated to any gifted or bequeathed item, then the donor or their agent must be made aware of this possibility at the time of its acquisition and must be clearly informed as soon as a firm decision has been taken. 'Non-permanent' items will be recorded separately outside the main accession record and will not be treated as part of the permanent collection since their intended use implies that the best standards of preservation cannot be guaranteed.
- 7.3 Since 1996, the Museum has transferred a small number of items, largely topographical prints of the Lambeth area, from the permanent to the 'non-permanent' collections. These items do not meet the criteria of either the 1986, the 1996 or the 2001 collecting policy for the permanent collections. They were originally purchased by the Society for purposes of office decoration and as such should not have been formally accessioned into Museum collections. Their transfer has facilitated their decorative use without compromising the standards of care provided for the permanent collections.
- 7.4 Other items from the accessioned permanent collections may from time to time be transferred to the 'non permanent' collections. Such transfers will be treated as disposals from the permanent collections and handled as per the disposals procedures outlined below.

## **8. Management of photos and ephemera**

- 8.1 As the Museum holds photographs and printed ephemera, its governing body will be guided by the Code of Practice on Archives for Museums and Galleries in the United Kingdom (3rd ed., 2002).

## **9. Acquisition procedures**

- 9.1 The Museum will exercise due diligence and make every effort not to acquire, whether by purchase, gift, bequest or exchange, any object or specimen unless the governing body or responsible officer is satisfied that the museum can acquire a valid title to the item in question.
- 9.2 In particular, the Museum will not acquire any object or specimen unless it is satisfied that the object or specimen has not been acquired in, or exported from, its country of origin (or any intermediate country in which it may have been legally owned) in violation of that

country's laws. (For the purposes of this paragraph 'country of origin' includes the United Kingdom).

- 9.3 In accordance with the provisions of the UNESCO 1970 Convention on the Means of Prohibiting and Preventing the Illicit Import, Export and Transfer of Ownership of Cultural Property, which the UK ratified with effect from November 1 2002, and the Dealing in Cultural Objects (Offences) Act 2003, the Museum will reject any items that have been illicitly traded. The governing body will be guided by the national guidance on the responsible acquisition of cultural property issued by the Department for Culture, Media and Sport in 2005.
- 9.4 So far as biological and geological material is concerned, the Museum will not acquire by any direct or indirect means any specimen that has been collected, sold or otherwise transferred in contravention of any national or international wildlife protection or natural history conservation law or treaty of the United Kingdom or any other country, except with the express consent of an appropriate outside authority.
- 9.5 The Museum will not acquire archaeological antiquities (including excavated ceramics) in any case where the governing body or responsible officer has any suspicion that the circumstances of their recovery involved a failure to follow the appropriate legal procedures, such as reporting finds to the landowner or occupier of the land and to the proper authorities in the case of possible treasure as defined by the Treasure Act 1996 (in England, Northern Ireland and Wales) or reporting finds through the Treasure Trove procedure (in Scotland).
- 9.6 Any exceptions to the above clauses 9.1, 9.2, 9.4, or 9.5 will only be because the Museum is either:
- acting as an externally approved repository of last resort for material of local (UK) origin; or
  - acquiring an item of minor importance that lacks secure ownership history but in the best judgement of experts in the field concerned has not been illicitly traded; or
  - acting with the permission of authorities with the requisite jurisdiction in the country of origin; or
  - in possession of reliable documentary evidence that the item was exported from its country of origin before 1970.
- In these cases the Museum will be open and transparent in the way it makes decisions and will act only with the express consent of an appropriate outside authority.
- 9.7 The Museum will use the statement of principles 'Spoliation of Works of Art during the Nazi, Holocaust and World War II period', issued for non-national museums in 1999 by the Museums and Galleries Commission.

## **10 Acquisitions not covered by the policy**

- 10.1 Acquisitions outside the current stated policy will only be made in very exceptional circumstances, and then only after proper consideration by the governing body of the Museum itself, having regard to the interests of other museums.

## **11 Gifts and bequests**

- 11.1 Gifts and bequests will only be accepted on the basis that any conditions made by the donor are approved by a responsible representative of the Museum. Material will only be accepted if it falls within the remit of the Museum's collecting policy. The Museum reserves the right to refuse any offer of material.

## **12 Incoming loans**

- 12.1 The Museum will not usually accept material on loan unless for the purposes of temporary display, research or copying. A loan agreement will be made in writing between the lender and the Museum and must include provisions for insurance and transport. Loan agreements should normally cover a specified, fixed term and be renewable in writing. The use of such ill defined terms as 'permanent loan' will be avoided and material will not be accepted on this basis.

## **13. Disposal procedures**

- 13.1 By definition, the Museum has a long-term purpose and should possess (or intend to acquire) permanent collections in relation to its stated objectives. The Museum's governing body, the Council of the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, accepts the principle that, except for sound curatorial reasons, there is a strong presumption against the disposal of any items in the Museum's collection.
- 13.2 The Museum will establish that it is legally free to dispose of an item. Any decision to dispose of material from the collections will be taken only after due consideration.
- 13.3 When disposal of a museum object is being considered, the Museum will establish if it was acquired with the aid of an external funding organisation. In such cases, any conditions attached to the original grant will be followed. This may include repayment of the original grant.
- 13.4 Decisions to dispose of items will not be made with the principal aim of generating funds.
- 13.5 Any monies received by the Museum's governing body from the disposal of items will be applied for the benefit of the collections. This normally means the purchase of further acquisitions but in exceptional cases improvements relating to the care of collections may be justifiable. Advice on these cases will be sought from MLA (Museums, Libraries and Archives Council).
- 13.6 A decision to dispose of a specimen or object, whether by gift, exchange, sale or destruction (in the case of an item too badly damaged or deteriorated to be of any use for

the purposes of the collections), will be the responsibility of the governing body of the Museum acting on the advice of professional curatorial staff, and not the decision of that member of Museum staff nor any other member of Society staff nor of the governing body, acting alone.

- 13.7 Once a decision to dispose of material in the collection has been taken, priority will be given to retaining it within the public domain, unless it is to be destroyed. It will therefore be offered in the first instance, by gift, exchange or sale, directly to other Registered or Accredited Museums likely to be interested in its acquisition.
- 13.8 If the material is not acquired by any Registered or Accredited Museums to which it was offered directly, then the museum community at large will be advised of the intention to dispose of the material, normally through an announcement in the Museums Association's Museums Journal, and in other professional journals where appropriate.
- 13.9 The announcement will indicate the number and nature of specimens or objects involved, and the basis on which the material will be transferred to another institution. Preference will be given to expressions of interest from other Registered or Accredited Museums. A period of at least two months will be allowed for an interest in acquiring the material to be expressed. At the end of this period, if no expressions of interest have been received, the Museum may consider disposing of the material to other interested individuals and organisations.
- 13.10 Full records will be kept of all decisions on disposals and the items involved and proper arrangements made for the preservation and/or transfer, as appropriate, of the documentation relating to the items concerned, including photographic records where practicable in accordance with SPECTRUM Procedure on deaccession and disposal.
- 13.11 In any case where material for disposal may present a health or environmental hazard, legal and professional advice will be sought as appropriate.

#### **14 Repatriation and Restitution**

- 14.1 The Museum will follow current recommendations regarding the retention of human remains in museum collections, particularly 'Guidance for the Care of Human Remains in Museums' issued by the Department for Culture, Media and Sport in 2005.
- 14.2 The Museum's governing body, acting on the advice of the Museum's professional staff, if any, may take a decision to return human remains, objects or specimens to a country or people of origin. The Museum will take such decisions on a case by case basis, within its legal position and taking into account all ethical implications.

## **Annexe 1**

### **Provision under the Museum's constitution**

Note should be taken of the following clauses which form part of the Museum's formal Constitution, adopted by Council in October 1995 :

1 As part of its commitment to professional and public education, the Society will maintain a Museum whose collections reflect the principles and practice of British pharmacy from its earliest origins to date and, in particular, the history and work of the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.

2 The Museum will collect, document, preserve, exhibit and interpret material evidence and associated information for the benefit of Society members and the wider public.

4 The Museum's governing authority will be the Council of the Society. In fulfilling this responsibility Council will take account of the Museums Association's Code of Ethics for Museums.

5 The Museum's collections will be the property of the Society, but deemed to be held in trust for the benefit of current and future members and the wider public. The Museum's collections will not be treated as disposable assets, nor used to generate income for non-Museum purposes, nor used as collateral for loans.

6 The Museum will operate an Acquisition and Disposals Policy to be ratified by Council and to be reviewed at regular intervals of not more than five years.

8 The Society will ensure that the Museum is allocated adequate resources of funding, space and staff for the maintenance of professional standards of collection management, care and interpretation and to meet the basic requirements of Museums, Archives and Libraries Council's Registration/Accreditation Scheme. In addition, and subject to Council's approval, external funding from public, charitable or commercial sources may be sought to support either special projects such as temporary exhibitions or publications, or any more major, permanent re-development.

**ST BARTHOLOMEW'S HOSPITAL**

**RE: Master in Museology: Collection Management for Medical Museums**

Monday, March 10, 2008 3:29 PM

**From:**

"BartsArchives"

**Message contains attachments**

[Acquisition and disposal policy.doc \(67KB\)](#)

Dear Ms Faria

**Our reference: SBH2008/74**

Thank you for your email.

Details of St Bartholomew's Hospital Archives & Museum are available via our web site: [www.bartsandthelondon.nhs.uk/museums](http://www.bartsandthelondon.nhs.uk/museums) The museum is open to the general public, free of charge, Tuesday-Friday, 10am-4pm and you are welcome to visit at any time to view the displays.

The only publicly available policy document is our acquisition and disposal policy, a copy of which I have attached. I am not prepared to release to you information about our security procedures, nor am I able to answer such an extensive list of questions in any detail. What I can tell you in addition to the information you will find on our web site, is that St Bartholomew's Hospital Archives & Museum is staffed by two full-time, professionally qualified archivists. We use Museum Documentation Association (MDA) object entry forms to accession items, which are then recorded on Calm. We use Calm to catalogue our collections and to administer our enquiry service and loans. Collection level descriptions of our archive collections can be found via the AIM25 web site ([www.aim25.ac.uk](http://www.aim25.ac.uk)). We use external, professionally registered conservators for conservation work and advice.

Yours sincerely,

Samantha Farhall

Trust Archivist

Archives & Museum

North Wing

020 7601 8152

[www.bartsandthelondon.nhs.uk/museums](http://www.bartsandthelondon.nhs.uk/museums)

**BARTS AND THE LONDON NHS TRUST  
ARCHIVES & MUSEUMS**

**ACQUISITION AND DISPOSAL POLICY**

**St Bartholomew's Hospital Archives & Museum**

North Wing  
St Bartholomew's Hospital  
West Smithfield  
London  
EC1A 7BE

**The Royal London Hospital Archives & Museum**

The Royal London Hospital  
Whitechapel  
London  
E1 1BB

**Governing body:**

Barts and The London NHS Trust  
St Bartholomew's Hospital and The Royal London Hospital Archives Committees

**Legal status and authority to collect:**

St Bartholomew's Hospital Archives & Museum has been appointed by the Lord Chancellor as a repository for public records under the Public Records Act 1958. Public records held at St Bartholomew's Hospital Archives & Museum consist of:

Hospital records:

St Bartholomew's Hospital, 1137-  
Alexandra Hospital, 1867-1958  
Eastern Hospital, 1739-1980  
German Hospital, 1802-1971  
Hackney Hospital, 1788-1983  
Metropolitan Hospital, 1836-1977  
Mothers' Hospital, 1862-1986  
St Leonard's Hospital, 1885-1976

Hospital Management Group records:

Central Group, 1948-1966

East London, 1966-1969

Hackney Group, 1948-1974

The Royal London Hospital Archives & Museum has been appointed by the Lord Chancellor as a repository for public records under the Public Records Act 1958. Public records held at The Royal London Hospital Archives & Museum consist of:

Hospital records:

The Royal London Hospital, 1740-

Albert Dock Hospital, 1890-1979

Bethnal Green Hospital, 1906-1990

East End Maternity Hospital, 1884-1968

East London Hospital for Children, 1868-1948

East Ham Memorial Hospital, 1928-1946

Forest Gate Hospital, 1913-1966

London Chest Hospital, 1848-

London Jewish Hospital, 1926-1980

Mildmay Mission Hospital, 1878-

Mile End Hospital, 1921-1994

Plaistow Maternity Hospital, 1890-1959

Poplar Hospital for Accidents, 1858-1964

Queen Elizabeth Hospital for Children, 1868-1997

Queen Mary's Maternity Hospital, 1919-1972

Queen Mary's Hospital for the East End, 1948-1974

Royal Brompton Hospital, 1915-1933

St. Andrew's Hospital, 1873-1977

St. Clement's Hospital, 1891-1994

St. George's-in-the-East Hospital, 1948-1956

St. Mary's Hospital, Plaistow, 1892-1959

Hospital Management Group records:

Bow Group, 1948-1962

East London, 1970-1975

Stepney Group, 1948-1974

Health Authorities:

City and East London Area 1973-1982

Newham District 1982-1993

Tower Hamlets District 1982-1993

The Archives & Museums aim to meet the standards outlined in The National Archive's *Standard for Record Repositories* and BS 5454:2000 *Recommendations for the storage and exhibition of archival documents*.

## **1 Collections**

Together, the Archives & Museums comprise the archives of 29 hospitals; art collections incorporating works by Hogarth, Millais and Reynolds; objects including sculpture, ceramics, surgical instruments, uniforms and teaching materials; and other significant historical material.

- a) St Bartholomew's Hospital Archives & Museum seeks to acquire records and items of and relating to St Bartholomew's Hospital and other related hospitals and administrative bodies, including the Medical College of St Bartholomew's Hospital, St Bartholomew's College of Nursing & Midwifery, and St Mark's Hospital; personal papers and items from staff, students and patients of St Bartholomew's Hospital.
- b) The Royal London Hospital Archives & Museum seeks to acquire material evidence of health care in Tower Hamlets and relating to the history of the Royal London Hospital, the London Chest Hospital, the Queen Elizabeth Hospital for Children and their communities and staff. It also seeks to collect material relating to the history of the London Hospital Medical College and other training schools, past and present, associated with hospitals in Tower Hamlets, their alumni and staff. The Royal London Hospital Archives & Museum holds the museum and archive collections of the British Orthodontics Society.
- c) Together, the Archives & Museums seek to acquire records and items of and relating to Barts and The London NHS Trust.
- d) Material relating to institutions and bodies outside the areas specified above will be acquired only if there is a close relationship with these areas, or with material already held.

## **2 Limitations on collecting**

- a) The Archives & Museums recognise their responsibility, in acquiring additions to their collections, to ensure the appropriate care, documentation and use of those collections. They will take into account limitations on collecting imposed by such factors as inadequate staffing, storage and care of collection arrangements.
- b) Large collections of records and large objects are only collected as far as space permits.

- c) Films will normally be transferred to the British Film Institute or a similar organisation.

### **3 Collecting policies of other museums**

The Archives & Museums will take into account the collecting policies of other archives, museums and organisations collecting in the same or related areas or subject fields. They will consult with these organisations where conflicts of interest may arise, or to define areas of specialisms, in order to avoid unnecessary duplication and waste of resources.

Specific reference is made to the following organisations:

Science Museum

Natural History Museum

Museum of London

London Metropolitan Archives

Members of the *London Museums of Health and Medicine* group

Members of the *Health Archivists Group*

The Pathology Museums of Barts and The London Queen Mary's School of Medicine and Dentistry

### **4 Policy review procedure**

The Acquisition and Disposal Policy will be published and reviewed from time to time, at least once every five years. The date when the policy is next due for review is noted above.

ALM London will be notified of any changes to the Acquisition and Disposal Policy, and the implications of any such changes for the future of existing collections.

### **5 Acquisitions not covered by the policy**

Acquisitions outside the current stated policy will only be made in very exceptional circumstances, and then only after proper consideration by the governing body of the Archives & Museums itself, having regard to the interests of other archives and museums.

## **6 Acquisition procedures**

- a) Material will be acquired by gift or bequest. Purchases will be made only of material of outstanding importance to the Archives & Museum as funds allow. Loans will be accepted for a defined period only for the purposes of temporary exhibition or copying, or where the item is of exceptional interest to the Archives & Museums. Loans will be agreed in writing. Gifts and bequests will be accepted on the basis that any conditions are approved by the governing body. The Archives & Museums reserve the right to refuse any offer of material.
- b) The Archives & Museums will exercise due diligence and make every effort not to acquire, whether by purchase, gift, bequest or exchange, any item unless the governing body or responsible officer is satisfied that the Archives & Museums can acquire a valid title to the item in question.
- c) In particular, the Archives & Museums will not acquire any item unless they are satisfied that the item has not been acquired in, or exported from, its country of origin (or any intermediate country in which it may have been legally owned) in violation of that country's laws. (For the purposes of this paragraph 'country of origin' includes the United Kingdom).
- d) In accordance with the provisions of the UNESCO 1970 Convention on the Means of Prohibiting and Preventing the Illicit Import, Export and Transfer of Ownership of Cultural Property, which the UK ratified with effect from November 1 2002, and the Dealing in Cultural Objects (Offences) Act 2003, the Archives & Museums will reject any items that have been illicitly traded. The governing body will be guided by the national guidance on the responsible acquisition of cultural property issued by DCMS in 2005.
- e) So far as biological material is concerned, the Archives & Museums will not acquire by any direct or indirect means any specimen that has been collected, sold or otherwise transferred in contravention of any national or international wildlife protection or natural history conservation law or treaty of the United Kingdom or any other country, except with the express consent of an appropriate outside authority.
- f) The Archives & Museums will not acquire any geological material.
- g) The Archives & Museums will not acquire archaeological antiquities (including excavated ceramics) in any case where the governing body or responsible officer has any suspicion that the circumstances of their recovery involved a failure to follow the appropriate legal procedures, such as reporting finds to the landowner or occupier of the land and to the proper authorities in the case of possible treasure as defined by the Treasure Act 1996 (in

England, Northern Ireland and Wales) or reporting finds through the Treasure Trove procedure (in Scotland).

- h) The Archives & Museum will not acquire macroscopic pathological specimens.
- i) Any exceptions to the above clauses 6b, 6c, or 6g will only be because the Archives & Museums are either acting as an externally approved repository of last resort for material of local (UK) origin; acquiring an item of minor importance that lacks secure ownership history but in the best judgement of experts in the field concerned has not been illicitly traded; acting with the permission of authorities with the requisite jurisdiction in the country of origin; or in possession of reliable documentary evidence that the item was exported from its country of origin before 1970.

In these cases the Archives & Museums will be open and transparent in the way they make decisions and will act only with the express consent of an appropriate outside authority.

- j) The terms and conditions of all accessions will be recorded using MDA entry and transfer of title forms. Accessions will also be recorded on the Accessions module of Calm.

## **7 Spoliation**

The Archives & Museums will use the statement of principles 'Spoliation of Works of Art during the Nazi, Holocaust and World War II period', issued for non-national museums in 1999 by the Museums and Galleries Commission.

## **8 Repatriation and Restitution**

The Archives & Museums governing body, acting on the advice of the Archives & Museums professional staff, if any, may take a decision to return human remains, objects or specimens to a country or people of origin. The Archives & Museums will take such decisions on a case by case basis, within its legal position and taking into account all ethical implications.

## **9 Disposal procedures**

- a) By definition, the Archives & Museums has a long-term purpose and should possess (or intend to acquire) permanent collections in relation to its stated objectives. The governing body accepts the principle that, except for sound curatorial reasons, there is a strong presumption against the disposal of any items in the collections of the Archives & Museums.

- b) The Archives & Museums shall, in accordance with the wishes and requirements of depositors, evaluate and select for disposal those items not deemed to be worthy of permanent preservation, and the intention shall be made clear at the time of transfer.
- c) The Archives & Museums will establish that it is legally free to dispose of an item. Any decision to dispose of material from the collections will be taken only after due consideration.
- d) When disposal of an item is being considered, the Archives & Museums will establish if it was acquired with the aid of an external funding organisation. In such cases, any conditions attached to the original grant will be followed. This may include repayment of the original grant.
- e) Decisions to dispose of items will not be made with the principal aim of generating funds.
- f) Any monies received by the governing body from the disposal of items will be applied for the benefit of the collections. This normally means the purchase of further acquisitions, but in exceptional cases improvements relating to the care of collections may be justifiable. Advice on these cases will be sought from MLA.
- g) A decision to dispose of an item, whether by gift, exchange, sale or destruction (in the case of an item too badly damaged or deteriorated to be of any use for the purposes of the collections), will be the responsibility of the governing body of the Archives & Museums acting on the advice of professional curatorial staff, if any, and not of the curator of the collection acting alone.
- h) Once a decision to dispose of material in the collection has been taken, priority will be given to retaining it within the public domain, unless it is to be destroyed. It will therefore be offered in the first instance, by gift, exchange or sale, directly to other archives or museums likely to be interested in its acquisition.
- i) If the material is not acquired by any archives or museums to which it was offered directly, then the archive and museum community at large will be advised of the intention to dispose of the material, normally through an announcement in the Museums Association's *Museums Journal*, and in other professional journals where appropriate.
- j) The announcement will indicate the number and nature of items involved, and the basis on which the material will be transferred to another institution. Where appropriate, preference

will be given to expressions of interest from Accredited Museums. A period of at least two months will be allowed for an interest in acquiring the material to be expressed. At the end of this period, if no expressions of interest have been received, the Archives & Museums may consider disposing of the material to other interested individuals and organisations.

- k) Full records will be kept of all decisions on disposals and the items involved and proper arrangements made for the preservation and/or transfer, as appropriate, of the documentation relating to the items concerned, including photographic records where practicable in accordance with professional best practice.

**Reviewed January 2006. Date of next review 2009.**

St Bartholomew's Hospital Archives & Museum, North Wing, St Bartholomew's Hospital, West Smithfield, London, EC1A 7BE

The Royal London Hospital Archives & Museum, The Royal London Hospital, Whitechapel, London, E1 1BB

## **BARTS AND THE LONDON NHS TRUST ARCHIVES & MUSEUMS**

### **STATEMENT OF PURPOSE AND KEY AIMS**

The Archives & Museums aim to support Barts and The London NHS Trust in its mission to excel in patient care, staff employment, education and training and research into new cures and treatments.

We have a particular role to play in the priorities and programmes for improving service efficiency; patient experience; systems, culture and partnerships; the hospital environment; and access to information.

#### **Our collections:**

St Bartholomew's Hospital Archives & Museum  
The Royal London Hospital Archives & Museum

Together the Archives & Museums comprise the archives of 29 hospitals; art collections incorporating works by Hogarth, Millais and Reynolds; objects including sculpture, ceramics, surgical instruments, uniforms and teaching materials; and other significant historical material.

#### **Our aim:**

Is to collect, preserve, interpret and make available to staff, patients and the public the items in our care.

#### **We do this by:**

- 1 Conserving, restoring and safeguarding the historic materials in our care.
- 2 Ensuring the accessibility of the collections and that all users receive accurate and efficient research services.
- 3 Attracting, educating and inspiring a diverse range of visitors through the provision of publicly accessible Museums; a varied programme of exhibitions and outreach; and regular lectures and guided tours.
- 4 Effective marketing of our facilities and services and securing the necessary resources for their continued maintenance and development.

- 5      Supporting, training and developing all staff, including volunteers.

**Reviewed January 2006. Date of next review 2009.**

## ROYAL LONDON HOSPITAL ARCHIVES & MUSEUM DOCUMENTATION PLAN

### 1. INTRODUCTION

This Documentation Plan has been prepared by The Royal London Hospital Archives & Museum as part of the museum's application for Accreditation. The plan will bring The Royal London Hospital Archives & Museum documentation system and the information held in it up to Accreditation standards.

#### Target position

- The Royal London Hospital Archives & Museum will meet the Accreditation Standard for Documentation
- We will use the minimum standards for the SPECTRUM primary procedures for documentation in the following areas:
  - o object entry
  - o acquisitions
  - o location and movement control
  - o loans in
  - o loans out
  - o object exit
- New acquisitions are entered onto our Calm collections management database. Major pre-Calm accessions (from 1984 onwards), however, are not entered onto this database, although they are kept in paper and electronic format. We will retrospectively accession these records and bring them up to SPECTRUM minimum standards, wherever possible.

### 2. REVIEW OF CURRENT PROCEDURES

#### 2.1 Entry procedure

##### *Description and analysis of current Museum procedure*

Most objects entering the Museum are recorded using the MDA Museum object entry forms and are entered onto the Calm database. The information is also recorded in the Archivist's quarterly report.

***Action for the Museum's entry procedure***

- Ensure all new objects are entered using MDA forms

**2.2 Acquisitions procedure**

***Description and analysis of current Museum procedure***

The transfer of title section on the MDA Museum Object entry forms is completed.

New accessions are entered onto the Calm accessions database, including such information as accession number, description and date of the item, donor's name and address (via a linked depositors database), and the storage location. A copy of the report is printed off and stored with the item. The databases are stored on a central server and backed up accordingly.

***Action for the Museum's accession procedure***

- Produce a paper copy of the accessions database by printing off copies of the reports generated. A second security copy should be maintained at St Bartholomew's Hospital Archives & Museum.

**2.3 Location and movement control procedure**

***Description and analysis of current Museum procedure***

The location of new items is noted on the Calm accession report. The Calm database is fully indexed and searchable.

Once catalogued onto the Calm database, the locations are identified on the museum inventory database by linking each entry to the location database. This procedure is also used for linking archival item entries.

An Access database contains the location details of archival collections in the strong room at 9 Prescott Street. This is used primarily to identify vacant shelf space.

Details of museum object locations are noted on the paper inventory. However, this information is being added to the museum inventory on the Calm database.

***Action for the Museum's location and movement control procedure***

- Ensure all objects have up to date location details linked to the electronic record
- Ensure any subsequent movements are noted on the Calm accession report and the bound accession report
- Produce a manual copy of the locations database for both museum and archival collections for security purposes

## **2.4 Cataloguing procedure**

### ***Description and analysis of current Museum procedure***

Objects are catalogued onto the Calm database which is SPECTRUM compliant, fully indexed and searchable, and from which we are able to produce paper lists. A backlog of new and retrospective cataloguing does exist.

Archives are catalogued using in-house procedures, based on ISAD(G), ISSAR(CPF) and NCA name authority guidelines. Small items that can be added to existing collections are catalogued as soon as possible after accessioning. A backlog of new and retrospective cataloguing does exist.

### ***Action for the Museum's cataloguing procedure***

- Objects should be catalogued as soon as possible after entry into the Museum
- Develop more structured use of the authorities module on the Calm database which created entries relating to people, places, events, activities, concepts, cultures, periods, subjects, terms, object names and materials that maintain the consistency of indexing terms.

## **2.5 Exit procedure**

### ***Description and analysis of current Museum procedure***

Exit records are created using MDA forms and usually a copy of the letter sent is retained.

### ***Action for the Museum's exit procedure***

- Ensure exit records are created and kept centrally, in a secure location
- Ensure correspondence regarding the return of items is kept centrally, in a secure location.

## **2.6 Loans in/Loans out procedure**

### ***Description and analysis of current Museum procedure***

All loans are documented via in-house forms which include details of the exhibition, length of loan, date and return of loan, environmental conditions, chief contact etc. These are signed and kept in a secure location. Correspondence leading up to a loan is kept in a secure location.

### ***Action for the Museum's loans in/ loans out procedure***

- Store a duplicate set of loan forms at a secure location.
- Commence using the Calm loans database to administer loans

### **3. RETROSPECTIVE DOCUMENTATION**

The Museum has always had a policy of documenting any new accessions to its collections. In recent years this has been in the form of information entered onto the Calm database. Before the acquisition of Calm, miscellaneous items from c1984 onwards were catalogued into the LH/X series of records. Originally a hard copy list (including details of depositors), this has been inputted onto Calm and as a result is fully searchable.

Major accessions pre-Calm from 1984 onwards were detailed in the Archivist's quarterly report, which are stored in hard and electronic formats. It is appreciated that these records are not fully indexed and searchable.

A valuation of the collection was carried out in 2005, and the resulting report gives details of objects, their locations and pictures. We are retrospectively entering the information from the valuation on to the Calm database along with depositor information and any transfer details.

#### *Actions*

- Staff will undertake a retrospective accessioning exercise that will result in all the major accessions, pre-Calm, being entered onto the database in order to provide a fully indexed and searchable register.
- Staff will assess the locations of the collections and amend/update where necessary
- A bound accession register will be produced where accession reports are printed off onto archival quality paper.
- The input of the valuation report carried out in 2005 will continue to be added to the Calm database to provide a full and detailed inventory.
- Digital pictures will be retrospectively loaded onto the Calm database image store and linked to the appropriate record.

### **4. ACTION PLAN**

#### **Short term goals (2008 – 2009)**

- Begin creation of retrospective accessions register on Calm
- Continue input of valuation / inventory detail onto Calm
- Create new filing system for MDA forms

#### **Medium term goals (2009 – 2010)**

- Create bound accession register from information on Calm and associated security copies.
- Complete input of valuation/inventory detail onto Calm

#### **Long term goals (2010 – 2011)**

- Populate the authorities module of the Calm database with details referring to indexing terms such as people, places, events, activities, concepts, cultures, periods, subjects, terms, object names and materials
- Completion of retrospective accessioning.

**MUSEO VASCO DE HISTORIA DE LA MEDICINA**

**Articulos recibidos. Gracias**

Wednesday, May 7, 2008 8:48 AM

**From:**

"Anton Erkoreka" <a.erkoreka@ehu.es>

**Message contains attachments**

[Ficha cuaderno Achucarro.jpg \(273KB\)](#)

Estimada Sonia Faria:

Le adjunto la ficha de uno de nuestros objetos que, en este momento, se encuentra en una Exposición Temporal en Madrid. Tanto el libro de Registro como el inventario los tenemos con esa plantilla en Access que hemos creado nosotros. Al no disponer de medios nos permite acceder al mismo tiempo a los dos registros.

Un cordial saludo.

Anton Erkoreka

Director del Museo Vasco de Historia de la Medicina

**MEDIKUNTZA ETA ZIENTZIA HISTORIAREN  
EUSKAL MUSEOA - "JOSE LUIS GOTI" - MUSEO  
VASCO DE HISTORIA DE LA MEDICINA Y DE LA  
CIENCIA**

CLAVE: ACH7999/1

OBJETO: ACHUCARRO. CUADERNO DE APUNTES (1)  
Laboratoriums-Journal. Chemisches Institut  
Marburg.

UBICACION: SALA ACHUCARRO

IMAGEN:



MATERIAL: Papel, cartón

PESO: 300 gr

DIMENSIONES: 22x14 cm

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Diario de Laboratorio (Laboratoriums-Journal) de Nicolás Achúcarro de su estancia en Alemania (Chemisches Institut Marburg).  
El diario, encuadernado en cartón, tiene 96 páginas con texto manuscrito en alemán, a lápiz, de Achúcarro hasta la página 58. Se trata de anotaciones, fórmulas químicas y análisis que se inician el 20 de noviembre de 1899 y terminan en los primeros meses del año 1900.

CARACTER: Donación

FECHA DE INGRESO: 01-jul-97

LIMPIEZA: B

CONSERVACION: B

RESTAURACION: No precisa

OBSERVACIONES:

VALORACION: 600,00 € Euros