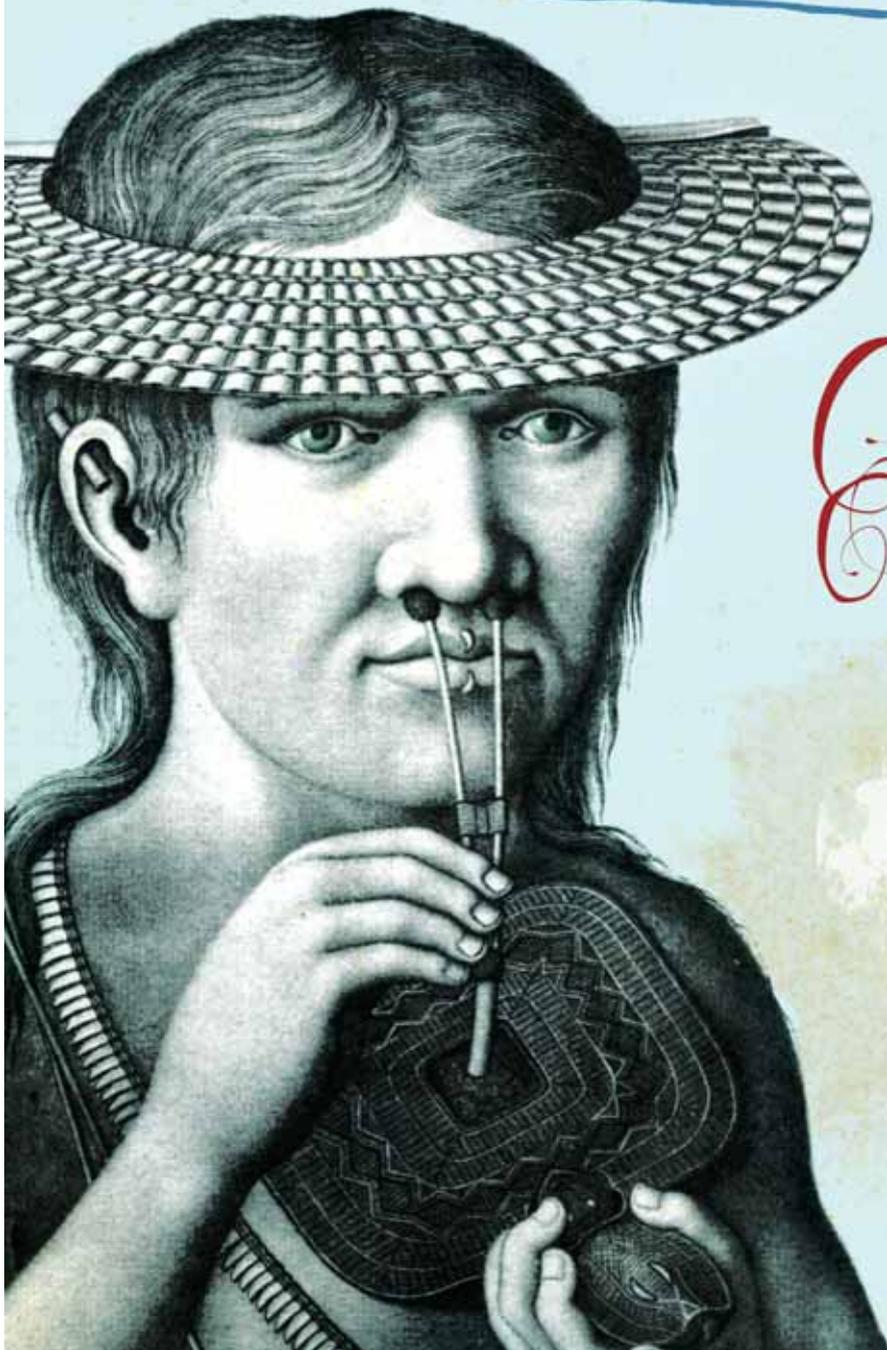


Purgando açúcar, pecados e doenças: a herança colonial. A sociedade luso-brasileira, suas doenças e condições sanitárias. Regulamentação sanitária. A Irmandade da Misericórdia: assistência médica como caridade. Saber erudito e saber popular na medicina colonial.

Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial

FLAVIO COELHO EDLER

Purgando açúcar, pecados e doenças: a herança colonial. A sociedade luso-brasileira, suas doenças e condições sanitárias. Regulamentação sanitária. A Irmandade da Misericórdia: assistência



LUIZ GOMES FERREIRA.
*Cirurgião aprovado, natural da Villa de S. Pedro de
Rajes, e assistente nas Minas do ouro por
discurso de vinte annos.*



HYGIENE PUBLICA
RELATORIO
DOS
TRABALHOS DA INSPECTORIA GERAL DE HYGIENE

do Rio de Janeiro
Paes de Mesquita

Dr. Bento de Moura
MAYOR E DIRECTOR GERAL DA INSPECTORIA DE HYGIENE



RIO DE JANEIRO
IMPRESSORA MUNICIPAL

ESTADO DA GUARDA DE PORTAL DO
Rio de Janeiro



Purgando açúcar, pecados e doenças: a herança colonial

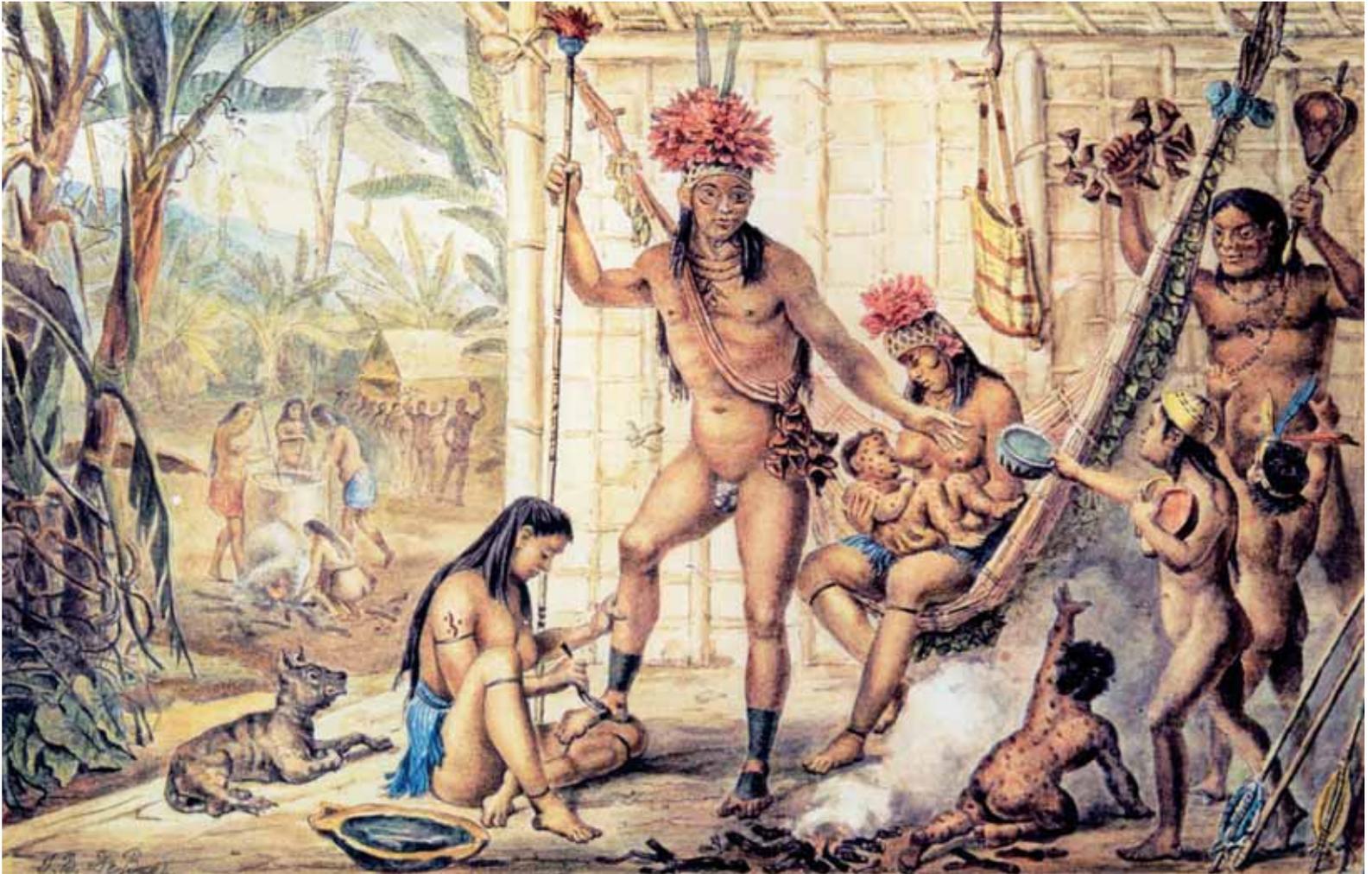
Todo e qualquer resultado de uma intervenção terapêutica vem sendo avaliado, historicamente, em termos das crenças, expectativas e comportamentos aceitos por grupos que compartilham um mesmo código cultural. Em sociedades multiculturais, como a brasileira, é preciso considerar que, tolerâncias à parte, os cuidados dispensados ao doente têm constituído, tradicionalmente, uma arena social em que conhecimentos, habilidades, instituições e práticas terapêuticas são com frequência providos e contestados por vários grupos, desde familiares e curandeiros comunitários até médicos profissionais.

Os estudiosos do período colonial, que se estende do século XVI ao XIX, têm ressaltado que no imaginário europeu, enquanto a natureza e a riqueza americanas – açúcar, tabaco, ouro, madeira – receberam atributos paradisíacos, sua população, formada por índios, negros e colonos pobres, ganhou conotações infernais. Colonos “heréticos” e “feiticeiros”; índios “imundos” e “incestuosos”, de feições e hábitos “animalescos”, “canibais”, “polígamos”, “pagãos” e “preguiçosos”; negros “boçais”, “ladinos” e “pagãos”, deviam, todos, se enquadrar numa ordem política autoritária, na qual a escravidão impunha-se não apenas como solução econômica, mas também como uma pedagogia destinada a moldar os indivíduos e adaptá-los à ordem social defendida pelas elites metropolitanas.

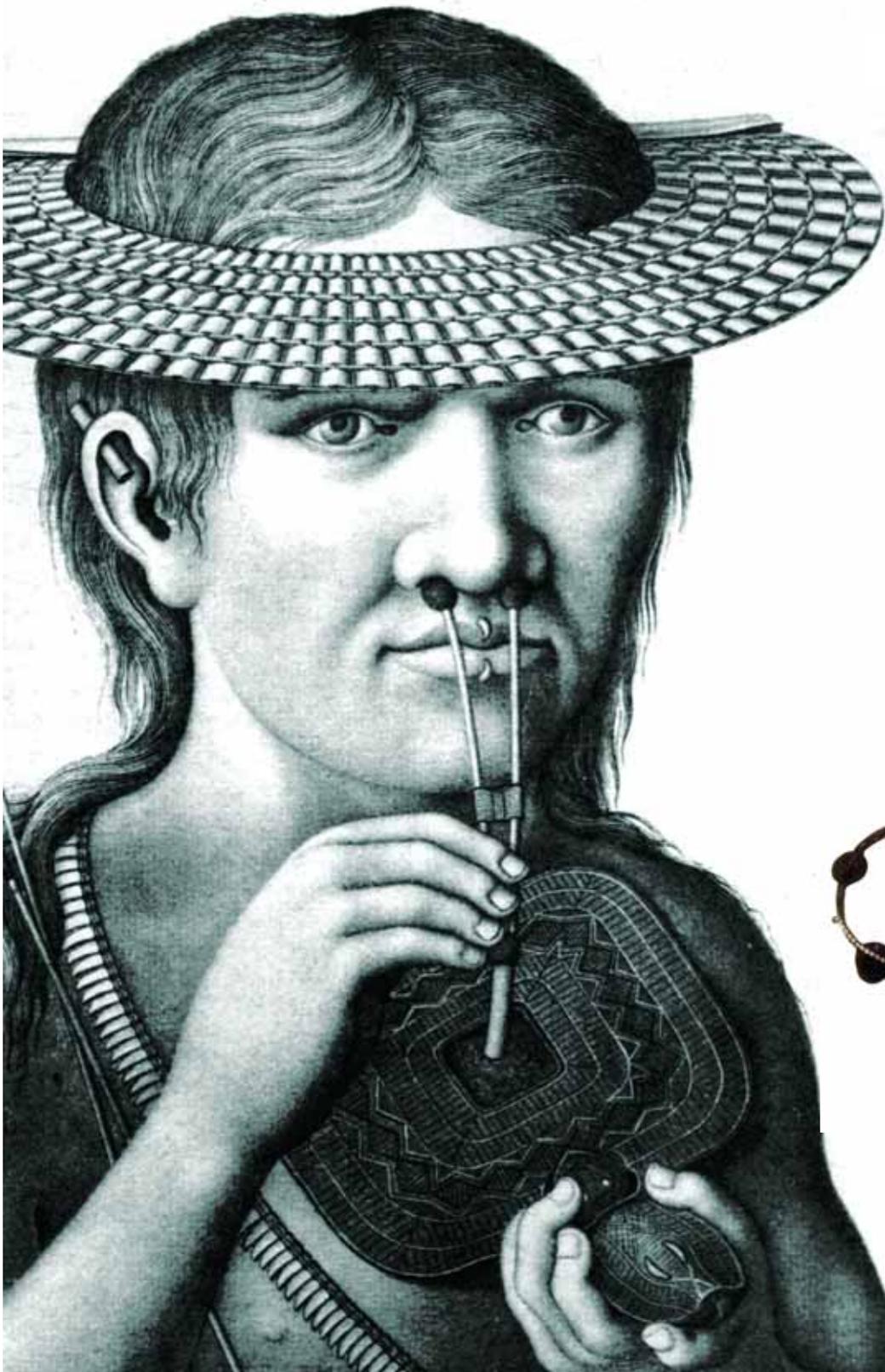
Purgatório, onde os brancos eram enviados para pagarem os seus pecados, o espaço colonial abria-se à ação catequética da Igreja Católica sobre a população negra e indígena. De acordo com o projeto metropolitano, a “medicina da alma” deveria ser ministrada por padres, integrantes do clero secular ou das ordens religiosas, e se dirigir à limpeza e expiação dos elementos nocivos e diabólicos, enquanto aos físicos (como eram chamados os clínicos da época), cirurgiões e boticários caberia empregar seus conhecimentos e habilidades para trazer alento aos sofrimentos do corpo e melhorar as condições gerais de salubridade.

Embora competissem pela oferta de serviços médicos, as ordens religiosas, em especial a jesuítica – a primeira e mais influente do catolicismo lusitano –, foram aliadas fundamentais na afirmação do poder da medicina oficial, ao denunciar as práticas curativas populares como demoníacas.

Para os jesuítas, os índios, nos hábitos alimentares, em sua forma de morar, de se vestir, em suas crenças e gestos, eram um povo do demônio, que não possuía razão por não conhecer Deus. De acordo com a historiadora Laura de Mello e Souza, “constatada nos hábitos e na vida, confirmada nas práticas mágicas e na feitiçaria, a demonização do homem colonial expandiu-se da figura do índio – seu primeiro objeto – para a do escravo, ganhando, por fim, os demais colonos” (Souza, 1994). Com o avanço do processo colonizador, as diferentes concepções mágicas do mundo, partilhadas por índios, negros e brancos, de diferentes classes sociais, amalgamaram-se numa complexa fusão de crenças e práticas que resultou num catolicismo popular repleto de manifestações de sincretismo religioso, ora toleradas, ora incentivadas, ora combatidas pela elite colonial.



Embora amparados pela legislação portuguesa, os agentes da medicina metropolitana não tinham suas prerrogativas profissionais protegidas pelas autoridades locais, muito pragmáticas em meio à fluida vida colonial. A terapêutica popular ministrada por índios, africanos e mestiços dominava amplamente a prática curativa. O sopro e a sucção de forças ou espíritos malignos, o uso de amuletos e o emprego de palavras mágicas, juntamente com a aplicação de poções, unguentos e garrafadas harmonizavam-se com o universo espiritual sincrético. A rigidez religiosa propalada pelo Tribunal do Santo Ofício (órgão da Inquisição), e pela rigorosa legislação sanitária lusitana expressa em cartas régias ou nas Ordenações Filipinas, contrastava fortemente com as tênues fronteiras culturais que agrupavam, num mesmo campo, práticas terapêuticas, benzeduras, feitiços, encantamentos e adivinhações. Feiticeiras e curandeiros eram requisitados para resolverem uma ampla gama de problemas ligados a tensões e conflitos cotidianos em que a cura terapêutica e a neutralização de feitiços possuíam um mesmo significado simbólico: a restauração de uma harmonia rompida.



Família de um chefe
Camacá preparando-se
para uma festa
Acervo Museu Castro Maya

Índia inalando paricá num
ritual. Registro feito pelo
naturalista Alexandre
Rodrigues Ferreira em sua
"viagem filosófica" à
América portuguesa do
século XVIII

FERREIRA, Alexandre
Rodrigues. *Viagem Filosófica*,
1738-1792
Acervo Fundação Biblioteca
Nacional

Amuleto africano
Coleção Instituto Nacional do
Folclore/Funarte



A sociedade luso-brasileira, suas doenças e condições sanitárias

Quando os portugueses aqui chegaram, em 1500, encontraram uma população indígena, seminômade e pouco heterogênea em termos culturais e linguísticos. Tupis-guaranis, tapuias, goitacases, aimorés e outras etnias se dispersavam pelo litoral e o interior. Entre as doenças de que sofriam os indígenas no início da colonização do Brasil, o historiador Lourival Ribeiro (1971) cita as “febres”, as disenterias, as dermatoses, os pleurises e o bócio endêmico como sendo as moléstias prevalentes. Passado o período de exploração da costa, cuja principal atividade econômica era a extração do pau-brasil, a Coroa portuguesa inicia, com a expedição de Martim Afonso de Souza (1530-1533), o processo de colonização e ocupação territorial. Esse período foi marcado pela exaltação da natureza brasileira. Parecia que a doença raramente afligia os habitantes da América. O certo é que, ao findar o período colonial, os poucos índios que viviam sob o domínio português eram pertencentes ao último escalão da sociedade. A escravização e a matança, iniciadas com a captura ou desocupação de terras, contribuíram menos que as doenças importadas para o que os historiadores chamam de catástrofe demográfica da população indígena (Silvia, 1991). Os índios foram vítimas de doenças como sarampo, varíola, rubéola, escarlatina, tuberculose, febre tifoide, malária, disenteria, gripe, trazidas pelos colonizadores europeus, para as quais não tinham defesa imunológica (anticorpos ou defesas naturais que imunizam contra doenças). Junto com os escravos africanos, aportou também um novo tipo de malária em solo americano.



Índio com dermatose. Entre indígenas, doenças comuns eram tratadas de modo puramente naturalístico, enquanto as consideradas mais sérias exigiam a manipulação de um domínio de ordem sobrenatural

SPIX AND MARTIUS. *Reise in Brasilien*, 1823-1831
Acervo Fundação Biblioteca Nacional

As práticas ancestrais de cura indígena envolviam o emprego de plantas e também rituais sagrados e holísticos, muitas vezes com a participação dos enfermos e também do grupo tribal ou parental ao qual eles pertenciam

SPIX AND MARTIUS. *Reise in Brasilien*, 1823-1831
Acervo Fundação Biblioteca Nacional



Imagem de Hans Staden que descreve a preparação e o uso do cauim, bebida de caráter entorpecente feita a partir da fermentação de alimentos

STADEN, Hans. *Warhaftige beschreibung eyner landschafft* (...). Marburgo, 1557
Acervo Fundação Biblioteca Nacional



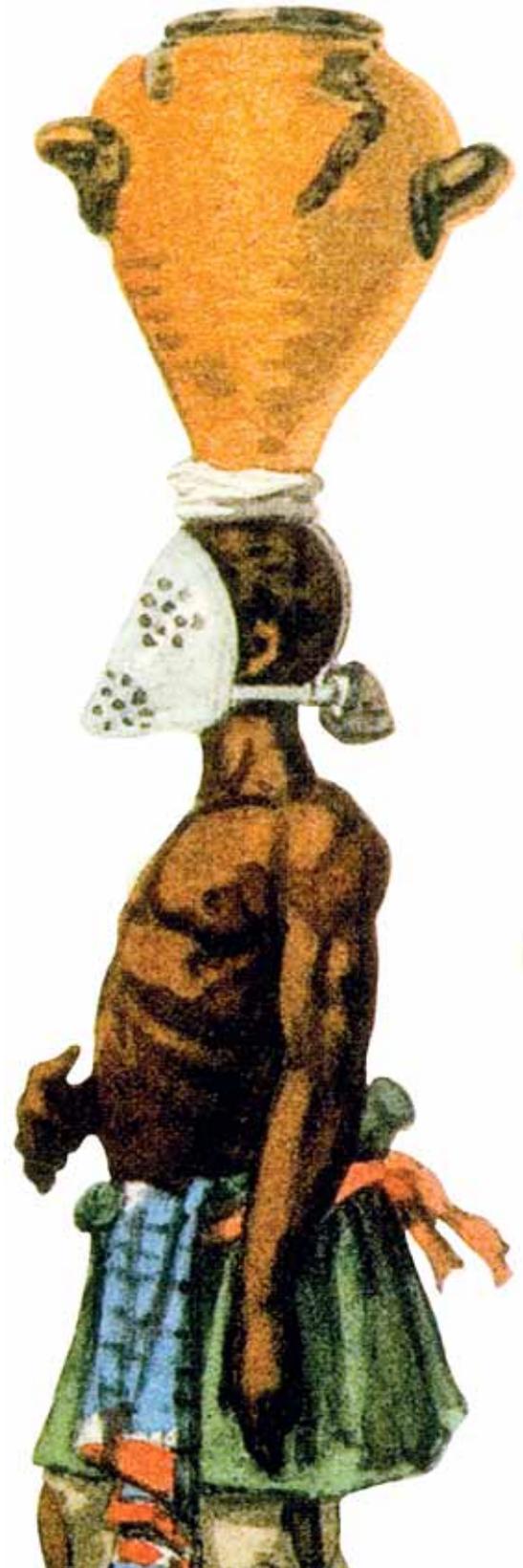
As condições de saúde da população negra eram igualmente deploráveis. Embora houvesse uma multiplicidade de situações e atividades exercidas pelo escravo africano, bem como formas de tratamento recebido por parte dos senhores, os cronistas do período colonial sublinham que os negros que prestavam serviço na terra trabalhavam quase sem descanso, sempre mantidos com muito açoite e, em geral, mal alimentados. O regime de trabalho nas minas era totalmente diverso daquele que se observava nos engenhos de açúcar. A atividade mineradora exigia uma mão de obra mais especializada, permitindo aos cativos uma relativa liberdade de ação e maiores oportunidades do que em outras regiões da América portuguesa (Silvia, 1991). No auge da produção aurífera, em meados do século XVIII, a população escrava correspondia a três quartos dos habitantes das Minas, e os riscos para a saúde dos escravos haviam aumentado com a gradativa complexidade do trabalho, na busca do ouro que escasseava. No *Erário mineral* – farmacopeia (relação de produtos e procedimentos terapêuticos) escrita pelo cirurgião Luís Gomes Ferreira após larga experiência terapêutica na região mineradora – registram-se as “crises reumáticas”, “as febres com catarros”, as “chagas nas pernas” que acometiam os escravos falcadores, obrigados a permanecer com metade do corpo submerso nos leitos pedregosos de rios gélidos durante horas, mergulhando, tirando cascalho e lavando. Estima-se que o tempo médio de vida nessas condições fosse de sete anos. Nos principais centros urbanos, como Olinda, Recife, Salvador e Rio de Janeiro, os negros exerciam atividades variadas, desde os serviços domésticos até o artesanato, passando pelo comércio ambulante e o carregamento de fardos e mercadorias. A ancilostomíase, conhecida como opilação, as doenças de carência, como o escorbuto, a tuberculose e o maculo, não chegavam a distinguir a população de escravos negros do restante da população de mulatos, brancos pobres e cafuzos que viviam na base da pirâmide social (Edler, 2006).

Quanto às condições de saúde da população branca, é impossível uma generalização, tal era a variedade de situações em que se encontrava nesse período. Ser nobre ou plebeu, viver nos grandes centros urbanos ou refugiado em engenhos e fazendas, ser homem de negócios, médico, advogado, pertencer ao clero regular, morar em conventos ou aldeias no sertão, instalar-se em zona de mineração, conduzir tropas de gado, tudo isso afetava o ritmo de vida, o regime alimentar e o padrão de salubridade, não importando a posição social ocupada. Está claro que barnabés (funcionários públicos de baixo escalão), mascates, artesãos, oficiais mecânicos, carreiros, feitores, capangas, soldados de baixa patente, mendigos e pobres sitiados não viviam em condições muito melhores que algumas categorias de escravos e se distanciavam muito da elite branca, de senhores de engenho, fidalgos, clérigos e comerciantes.

Durante os três primeiros séculos da colonização brasileira, a sociedade branca recorreu indiferentemente às formas de cura trazidas da Europa ou àquelas a que diversas etnias, com as quais se manteve em constante contato, utilizavam para lutar contra os males que as acometiam. Mesmo os portugueses opulentos, muito embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam curar suas feridas, em se servir do óleo de *copaíba* utilizado pelos indígenas para esse fim. Depois, com a vinda dos escravos africanos, aderiram igualmente a certas curas relacionadas com a magia, como nos revela a documentação das visitas inquisitoriais do Santo Ofício.

A medicina em Portugal, nos séculos XII e XIII, era exercida pelos eclesiásticos. Ao chegarem ao Brasil, os jesuítas mantiveram esta tradição de aliar a assistência espiritual e corporal ao trabalho de

catequese. Além de receitar, sangrar, operar e partejar, eles criaram enfermarias e farmácias. Como as drogas de origem europeia e asiática eram raras e tinham um preço exorbitante, eles se valeram dos recursos medicinais dos indígenas. Foi assim que a Europa conheceu as virtudes da quina proveniente do Peru e da ipecacuanha brasileira, que também encontrou enorme sucesso. As boticas dos jesuítas eram, quase sempre, as únicas que existiam em cidades ou vilas. Treze jesuítas-boticários se instalaram no Brasil no século XVII e outros trinta no XVIII. As farmácias dos conventos teriam contribuído para a penúria dos boticários laicos (não integrantes das ordens religiosas). Pelas mãos dos jesuítas, a *Triaga brasileira*, uma panaceia (conjunto de remédios para todos os males) composta de elementos da flora nativa, que chegou a ser a segunda fonte de renda da ordem jesuítica na Bahia, ganhou fama internacional. Aos jesuítas deve-se imputar a iniciativa pioneira de intercâmbio entre esses universos da medicina, já que eles também absorviam o saber dos físicos, cirurgiões e boticários, aplicando-os nos precários hospitais da Santa Casa da Misericórdia (Marques, 1999).

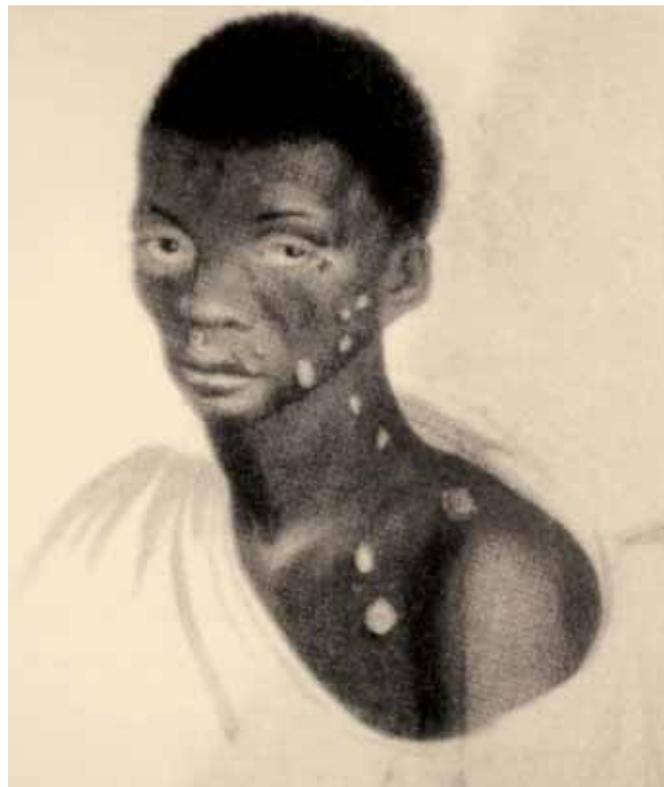


Escravo que sofria de boubá. Os africanos tinham grande conhecimento de venenos e seus antídotos e exerciam na colônia muitas vezes o papel de curandeiro, lançando mão de suas tradições, principalmente para curar outros negros

Coleção José Mindlin

Na imagem de Debret, escravo anêmico usa máscara de Flandres para não comer terra

DEBRET, Jean-Baptiste. *Masque de fer-blanc que l'on fait porter aux négres qui ont la passion de manger la terra (sic)*, 1820-1830
Acervo Museu Castro Maya



Em seu *Erário Mineral*, publicado em 1735, o cirurgião português Luís Gomes Ferreira faz um relato de 35 anos de experiência terapêutica na região das Minas, sintetizando os saberes erudito e popular

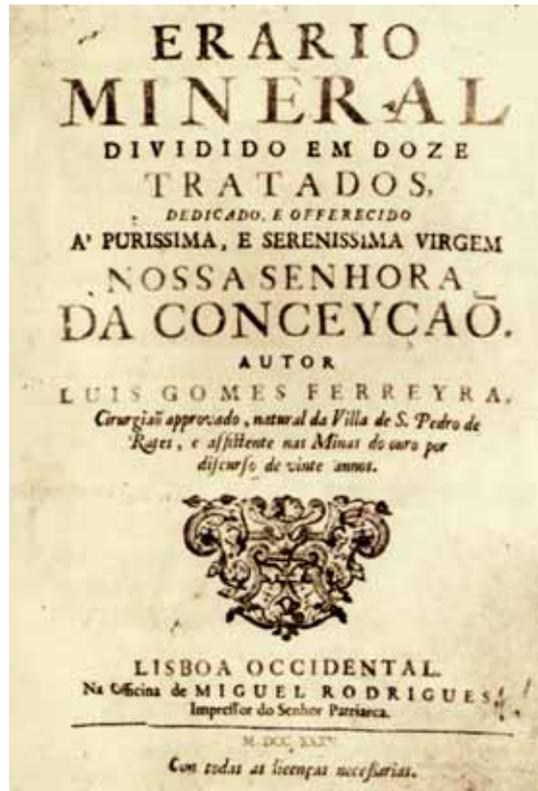
FERREIRA, Luís Gomes. *Erário mineral*. Lisboa, 1740
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Pote de triaga ou triaga. A triaga basilica era um remédio composto de extratos, gomas, óleos e sais químicos extraídos de 78 tipos de plantas, e que se tornou objeto de cobiça no império português e a segunda maior fonte de renda da Companhia de Jesus no Brasil

Acervo Museu Suiço de História da Farmácia

O contato próximo com os índios fez dos jesuítas profundos conhecedores de diversos métodos curativos de origem indígena

Coleção Hariberto de Miranda Jordão



1



Regulamentação sanitária

No tocante à legislação sanitária, é preciso registrar que, desde 1430, o rei de Portugal exigia que todos os que praticavam medicina fossem examinados e aprovados pelo seu médico, também denominado físico. Em 1448, o regimento do cirurgião-mor, sancionado em lei do Reino, explicitava, entre os encargos da função, a regulamentação do exercício da medicina e cirurgia por meio de licença, legalização e inspeção de farmácias.

As Ordenações Filipinas, de 1595 (“Ordenações do Reino de Portugal recopiladas por mandato d’el Rei D. Felipe, o Primeiro”), que tratavam de todos os assuntos de interesse da Coroa, ditavam também regras sobre os ofícios de médicos, cirurgiões e boticários.

Ainda antes das Ordenações Filipinas, em 1521, surge a divisão das atribuições entre as duas maiores autoridades da saúde: o físico-mor e o cirurgião-mor. A Fiscatura era um tribunal e o físico-mor, um juiz. Desde então já aparece a figura dos juizes comissários no Reino e seus domínios. No momento em que se estabelece a administração portuguesa no império luso-brasileiro, ainda no século XVI, tem-se notícia da designação de licenciados para o cargo de físico (médico) na cidade de Salvador. Onde não houvesse um físico examinador, delegado do físico-mor, os praticantes da arte de curar deviam requerer carta ao físico-mor, com atestado das câmaras locais que comprovasse sua experiência e saber. Se aprovados em exame, recebiam licença para exercer a medicina apenas na localidade em que praticavam, e por determinado tempo. Cartas de lei, alvarás e regimentos respondiam a situações particulares, como infrações à legislação sanitária e aos abusos contra os interesses dos súditos (Machado, 1978).

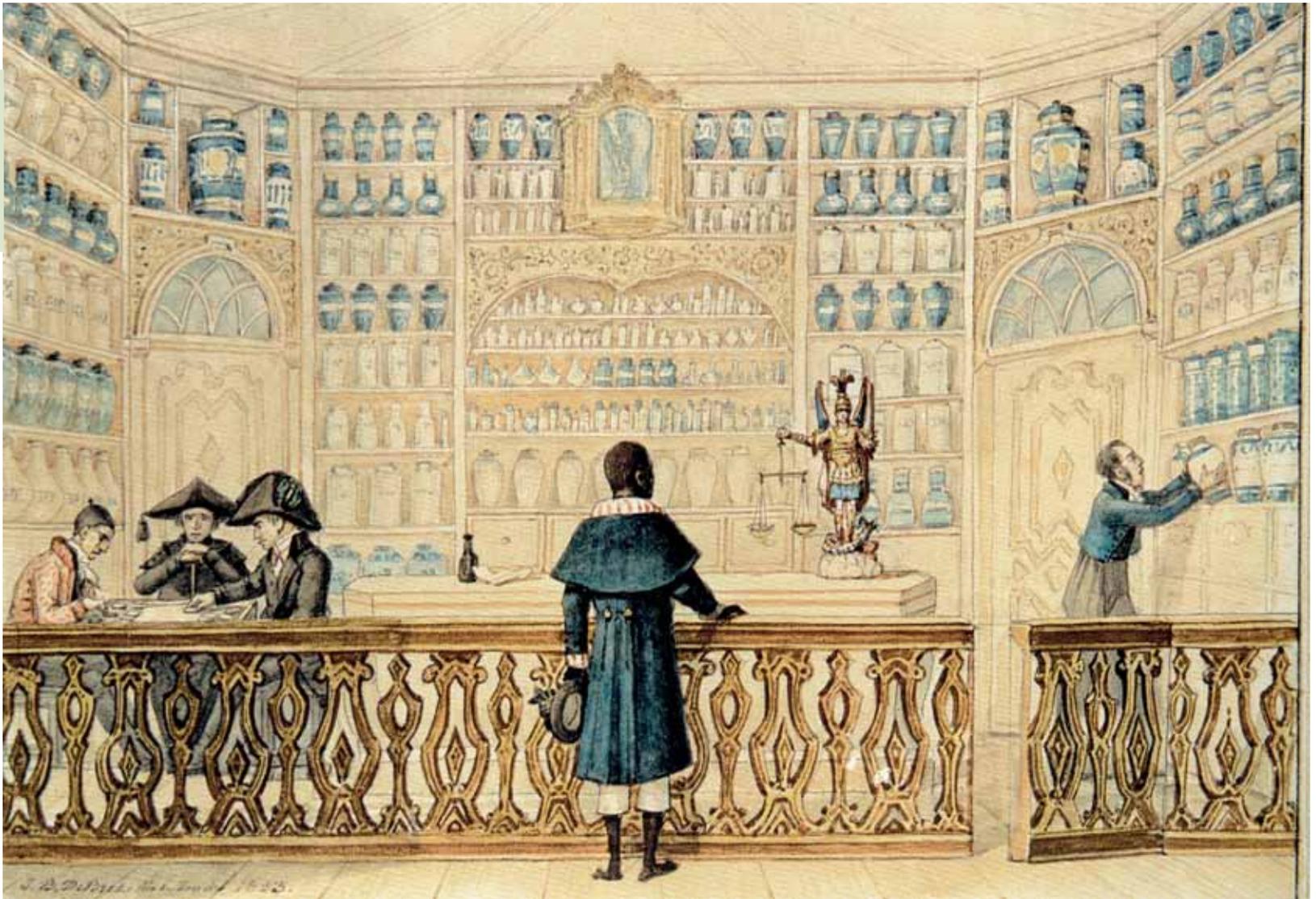
Até a criação da Junta do Protomedicato, em 1782, cabia ao físico-mor fiscalizar, com o auxílio de boticários aprovados, as boticas, a qualidade e os preços dos medicamentos. A lei estabelecia que a separação entre físicos, cirurgiões e boticários era completa, cada qual com atribuições restritas ao seu domínio. A definição de limites ao exercício de cada atividade obedecia ao estabelecimento gradual de uma hierarquia de importância entre elas. Já um alvará do século XVI vedava aos físicos e boticários sociedade comercial nas boticas.

O regimento de 1744, elaborado pelo físico-mor, a ser observado por seus representantes no Brasil, indica a crescente importância que Portugal emprestava à sua colônia na América. Toda a legislação, que procurava fazer a Fiscatura próxima e presente através de uma pesada burocracia, e as constantes queixas sobre o arbítrio dos comissários revelam que a preocupação central da Coroa era com o fisco (arrecadação de impostos). A administração da justiça na área médica esmerava-se, então, tanto em fiscalizar os fiscalizadores (que deveriam, entre outras funções, zelar pela arrecadação de impostos sobre o exercício da profissão) quanto em punir os infratores.

Entretanto, a não observância do regimento da Fiscatura parece ter sido a norma nos tempos coloniais (Machado, 1978). Não só lojas de barbeiro e boticas vendiam remédios no Brasil. Os estabelecimentos dos ourives, padeiros e outras casas também comerciaram específicos. Os próprios médicos, apesar de o alvará real de 1561 proibir-lhes preparar e vender drogas, manipularam e venderam suas próprias receitas. Se os cirurgiões curavam de medicina e os médicos aviavam suas receitas, os boticários receitavam por conta própria ou a pedido de curandeiros (Marques, 1999).

Aquarela de uma botica na corte pintada por Debret. A figura de São Miguel aparece sobre o balcão

Acervo Museus Castro Maya



A sanha legislativa da metrópole não se limitava ao controle das atividades mercantis. Bem antes do período pombalino (1750-1777) e do reinado de dona Maria I (1777-1808), quando o ministro da Marinha e Ultramar, d. Rodrigo de Souza Coutinho (1755-1812), projetou uma política voltada para a valorização dos produtos naturais da América portuguesa e para as pesquisas em história natural, já era patente o interesse da Coroa pelos vegetais que possuísem utilidade médica (Wissenbach, 2002).

A Irmandade da Misericórdia: assistência médica como caridade

Outra poderosa tradição a atuar na conformação da cultura médica heterogênea que marcou o período colonial teve origem no catolicismo português, por intermédio do clero regular e das ordens e confrarias religiosas.

Como já observamos, não foram poucas as doenças e epidemias que atacaram os colonos e o restante da população indígena e negra. Varíola, disenteria, malária, febres tifoide e paratifoide, boubas, maculo (fístula anal), sífilis, lepra, elefantíase dos árabes (filariose) e opilação (ancilostomíase) eram as mais presentes. A imensa maioria dos doentes recebia tratamento em casa. Não eram apenas os pobres que faziam tal opção, as pessoas de posse também cuidavam de suas doenças em casa, com médicos e cirurgiões, ou então com curiosos e curandeiros, enquanto as ordens religiosas ou laicas tratavam de seus próprios irmãos. Os brancos pobres, a gente de cor, escrava ou forra, soldados, marinheiros, forasteiros em geral, quando em estado de indigência, recebiam assistência espiritual e médica nos hospitais da Irmandade da Misericórdia.

Para a cultura cristã, o bem-estar físico era secundário diante da salvação espiritual. Além do mais, a doença podia ser percebida alternativamente como uma expressão do pecado ou da graça divina. O corpo como o repositório da alma imortal permaneceu como um legítimo objeto de cuidado. Os ensinamentos bíblicos e o exemplo de Jesus apontavam a devoção aos doentes como uma benção divina, não restrita apenas a praticantes treinados. A fé cristã enfatizava que o cuidado e a cura deveriam ser uma vocação popular, um ato de humildade consciente, portanto, um componente vital da *caritas* cristã. Nos finais do século XVI, beneditinos, carmelitas e franciscanos se estabeleceram no Brasil. Além dos seminários e das pastorais, o trabalho caritativo, em especial o tratamento dos doentes, era parte essencial de suas ações. O culto dos santos servia também de escudo contra os perigos da vida ou de proteção contra os demônios. Muitos eram invocados pela sua qualidade de curar. Nas procissões organizadas pelas confrarias, nas igrejas ou no refúgio do lar, orações e preces rogavam a intervenção dos santos, cada qual segundo sua especialidade. Uma procissão diária nas cidades coloniais era a do viático (sacramento referente à última ceia, alusivo ao alimento espiritual para a última viagem), levado

A força da influência do catolicismo português na cultura médica do período colonial fica expressa no uso dos ex-votos, em agradecimento à cura de enfermidade grave, como este dedicado à Nossa Senhora do Carmo

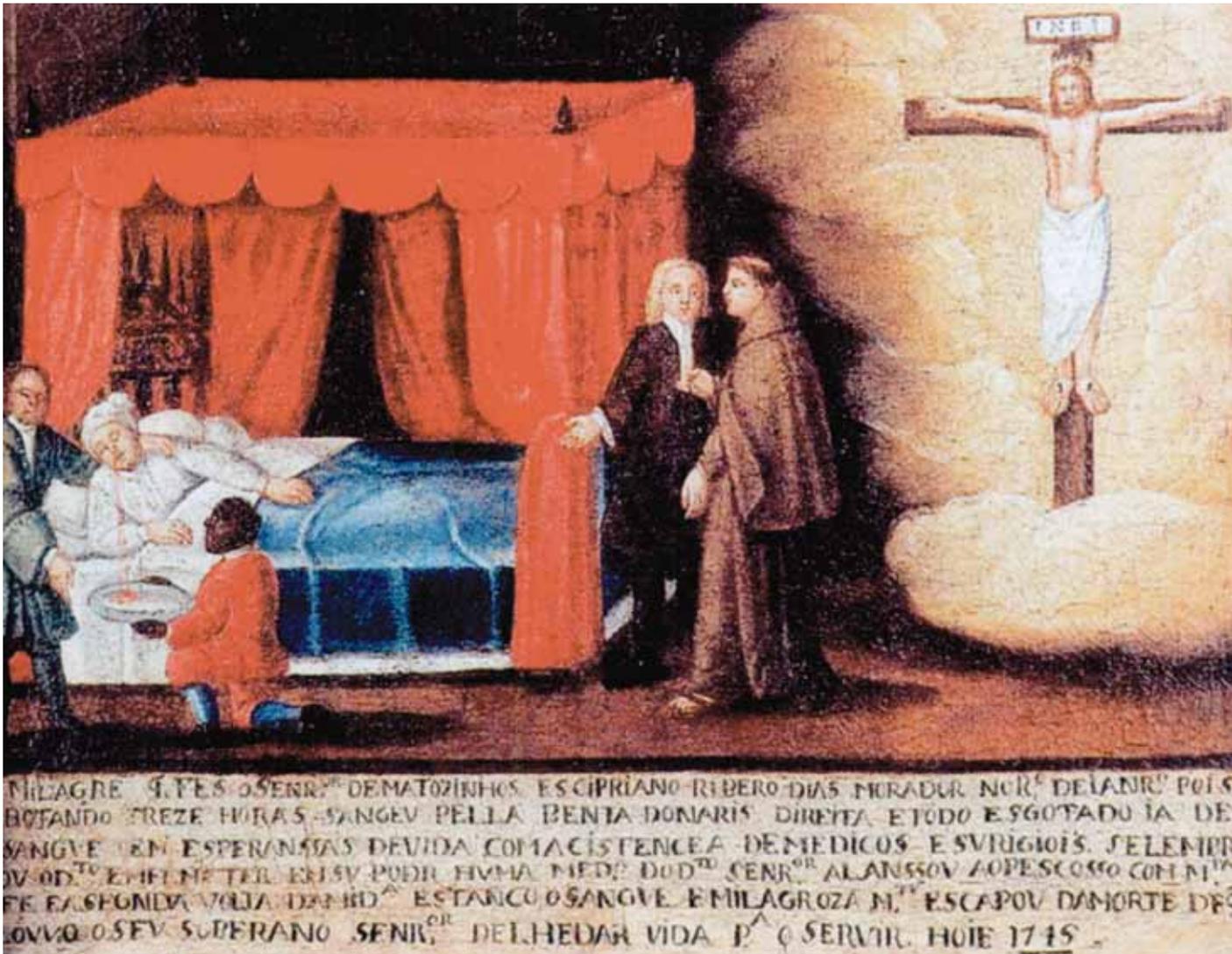
Coleção Márcia de Moura e Castro



Ex-voto em nome de milagre do Bom Jesus do Matosinhos a Cipriano Ribeiro Dias. Em 1745, este doente sangrou pelo nariz durante horas seguidas e ficou curado, com a fé, milagrosamente
Acervo Museu da Misericórdia, Matosinho (MG)

aos moribundos e doentes. Um sem-número de devotos compunham o cortejo, entoando ladainhas. Todas as igrejas repicavam sinos à sua passagem.

Perante as dificuldades e precariedade da vida, a Igreja incentivou os fiéis brasileiros a agruparem-se em confrarias, formadas segundo categorias sociais, para encontrar soluções que abrissem as portas à salvação eterna. Refúgio na vida, segurança diante da morte, gosto da ostentação e exibição de uma posição social numa sociedade rigidamente estratificada, as confrarias foram também garantia de cuidados aos doentes e de missas póstumas para o conforto da alma. A confraria mais antiga do Brasil era a da Misericórdia, que, inspirada nos compromissos corporais (lei escrita da



1

Misericórdia dividida em compromissos espirituais e corporais que orientavam os objetivos assumidos pela confraria), realizava obras voltadas à alimentação dos presos e famintos, remia os cativos, curava os doentes, cobria os nus, dava repouso aos peregrinos e enterrava os mortos. Mantida por figurões de grande prestígio social, a ordem se beneficiava dos legados deixados por seus associados e de eventuais recursos diretos da Coroa. Os quatro hospitais abertos no século XVIII pelas ordens terceiras de São Francisco e do Carmo voltavam-se ao acolhimento exclusivo dos confrades. Os hospitais da Santa Casa da Misericórdia, quase todos modestos e em permanente estado de penúria, assistiam a uma população de indigentes e moribundos, desde o século XVI, em quinze cidades brasileiras.

Como a Misericórdia gastava mais com as festividades religiosas do que com seus hospitais, a instituição vivia em pobreza (Ribeiro, 1971; Russell-Wood, 1981). Em geral, a terapêutica ministrada em seus hospitais se resumia a uma alimentação à base de canja de galinha, sangrias e purgas



Viático. Óleo sobre tela de Domingos Rebelo, 1919
Acervo Museu Carlos Machado

Hospital da Misericórdia no Rio de Janeiro, s.d. Inaugurada em 1582 pela mais antiga confraria do Brasil, a Santa Casa era mantida por figuras de grande prestígio social e eventuais recursos da Coroa. A instituição possuía uma botica onde se fabricavam os remédios usados pelos pacientes. Em sua enfermaria eram ministradas as aulas práticas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Acervo Fundação
Biblioteca Nacional



realizadas por barbeiros, sangradores e, quando em aperto financeiro, por escravos. Um médico e um cirurgião davam conta do trabalho, comparecendo pela manhã e à tarde.

Saber erudito e saber popular na medicina colonial

Durante todo o período que compreende o império luso-brasileiro, médicos cirurgiões e boticários diplomados formavam uma ínfima proporção de uma vasta comunidade terapêutica. Ocupando formalmente o ápice da pirâmide profissional, as três categorias, além de concorrerem entre si, mantinham um pendor regulamentar e vigilante sobre as atividades dos terapeutas populares. A autoridade dos médicos diplomados era ainda embrionária, geralmente os próprios pacientes ou terapeutas populares tentavam curar as doenças graves ou mesmo resolver os problemas de caráter cirúrgico. Como já observamos, não se respeitava a hierarquia legal. Junto ao leito do paciente, parentes, amigos e curiosos não se incomodavam de criticar o médico, propor a mudança de tratamento ou sugerir o nome de outro prático mais eficaz para o caso. As divergências sobre as origens das doenças eram consideráveis. Deus, feiticeiros, espíritos malignos, inveja e astros contavam tanto quanto as causas naturais. Os remédios



1

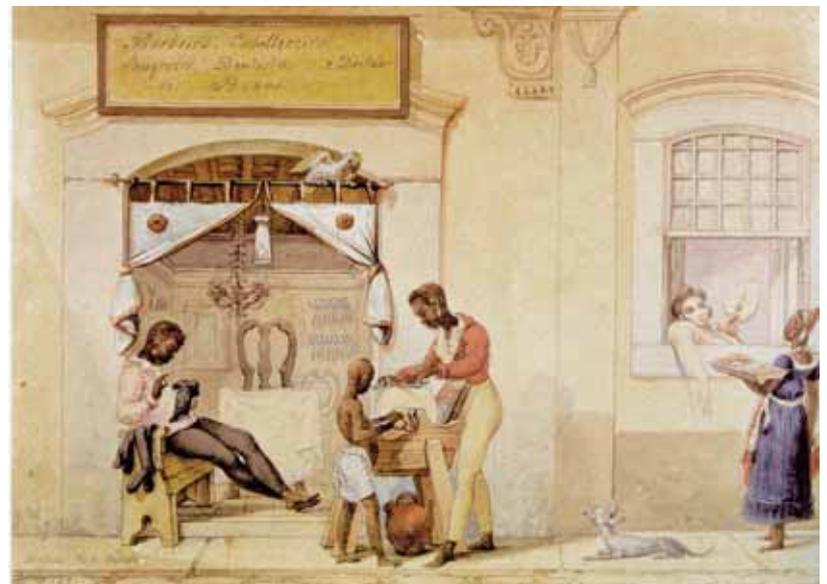
Cirurgião negro aplicando ventosas.

DEBRET, Jean-Baptiste. Le chirurgien nègre posant des ventouses. In: *Voyage pittoresque et historique au Brésil*. Paris, 1831. Coleção particular

iam da oração à purga ou à sangria, passando pelos exorcismos, fórmulas mágicas, talismãs, ervas, minerais e substâncias de origem animal. Para um mesmo fenômeno, os pacientes invocavam explicações múltiplas (a intervenção divina não excluía a ação de causas naturais), e se sentiam livres para chamar todo tipo de terapeutas.

Os físicos e cirurgiões, em sua maioria cristão-novos (judeus convertidos ao cristianismo), não ocuparam posição de relevo na sociedade até a metade do séc. XVIII, quando, já formados em universidades europeias e membros de academias literárias e científicas, passaram a desfrutar de uma situação privilegiada. Trabalhavam muitas vezes de graça e seus ganhos financeiros não eram igualmente vantajosos, fazendo com que saíssem em busca de clientes em outras localidades. Adotavam para orientar suas receitas as farmacopeias europeias (manuais contendo relação de produtos e procedimentos terapêuticos), destacando-se os tratados de plantas medicinais e as coleções de receitas editadas em Portugal. Os barbeiros, além dos cortes de cabelos e das barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas e clisteres, faziam curativos, arrancavam dentes etc. Da mesma forma que os boticários, os barbeiros necessitavam da *carta de exame* para habilitá-los ao exercício de seu ofício. Os barbeiros geralmente eram portugueses e castelhanos, muitos deles cristãos-novos, mas a partir do séc. XVIII já se incluíam negros e mestiços neste ofício.

De todas as práticas terapêuticas, o uso das ervas medicinais brasileiras era a que maior legitimidade popular possuía. Não se pode esquecer que o emprego dessas plantas tinha um sentido mágico ou místico. Determinados minerais, bem como partes do corpo de animais, eram usados como medicamentos ou amuletos. Se a antropofagia ritual era encarada com horror pelos europeus, a utilização da saliva, da urina e das fezes, humana ou animal, era compartilhada como recurso terapêutico,



Barbeiros ambulantes
Acervo Museus Castro Maya

Na imagem de Debret, vê-se uma loja de barbeiro sangrador. Muitos terapeutas populares sangravam, aplicavam sanguessugas e propalavam todo tipo de cura com ervas ou remédios secretos, concorrendo com médicos, boticários e cirurgiões

DEBRET, Jean-Baptiste. *Boutique de barbier*. Rio de Janeiro, 1821. In: *Voyage pittoresque et historique au Brésil*. Paris, 1831
Coleção Particular

embora possuindo um significado distinto para ambas as culturas. Enquanto a sucção ou sopro dos espíritos malignos, a fumigação pelo tabaco, os banhos, as fricções com cinzas e ervas aromáticas e o jejum ritualístico eram desprezados como elementos bárbaros, a teoria das assinaturas, própria ao conhecimento científico da época (Foucault, 1999), que supunha existir, radicado em cada região, o antídoto das doenças do lugar, autorizava a assimilação da farmacopeia empírica popular. Se em ampla variedade de aspectos o saber erudito e o popular eram indissociáveis na experiência dos distintos estratos sociais, os representantes da arte oficial lutavam ferrenhamente contra os que praticavam as curas na informalidade. Reivindicando para si o controle do corpo doente, a medicina oficial esvaziava o sentido dos conhecimentos terapêuticos populares e reinterpretava-os à luz do saber erudito. A fluidez entre o domínio da medicina e aquele da feitiçaria, com o emprego de cadáveres humanos e de animais associados ao universo demoníaco – como o sapo, o cão negro, o morcego e o bode – na produção de remédios, impunha aos portadores de diploma a tarefa de distinguir o procedimento “científico”, das crenças populares “supersticiosas”. Nessa tarefa encontravam o apoio da Igreja e das Ordenações do Reino.

1



Cabocla tirando um bicho de pé, imagem do viajante Auguste Biard. No Brasil do século XIX, as práticas mais avançadas da medicina dividiam espaço com métodos caseiros

BIARD, François-Auguste. *Deux années au Brésil*. Paris, 1862
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

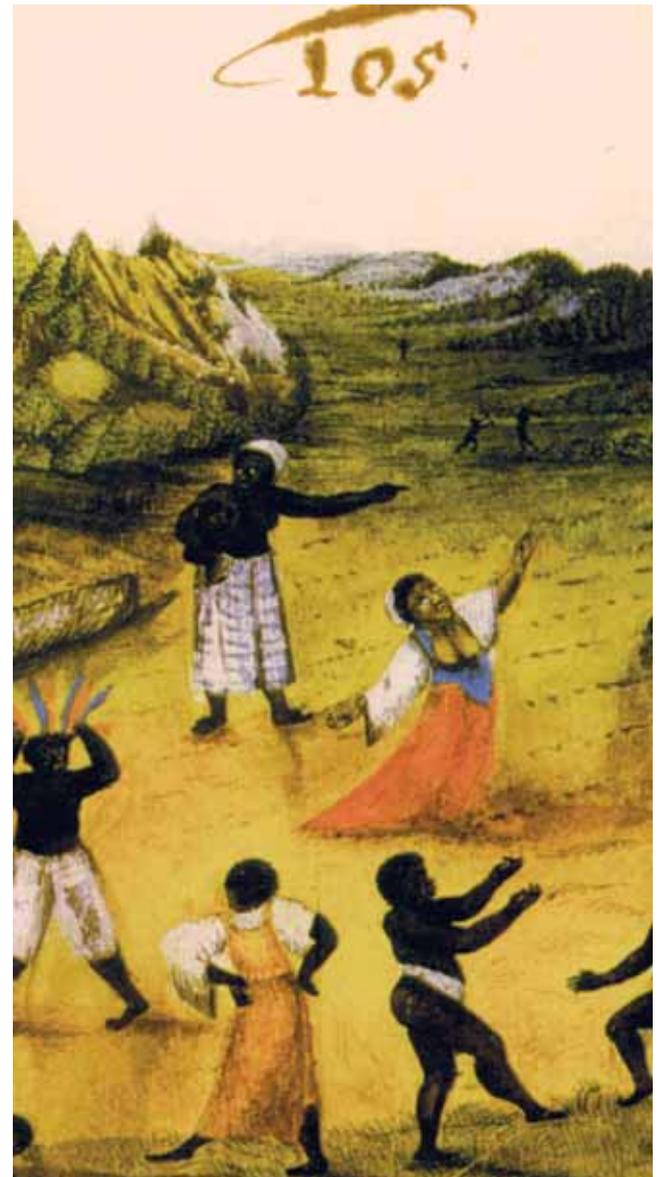
A influência dos médicos licenciados sobre os governantes não se mostrava sempre eficaz para garantir a regulamentação. Nenhum grupo alcançou o pretendido monopólio do diagnóstico ou tratamento. As práticas médicas mais diversas como o *catimbó* e o *calundu* coabitavam, gerando muitos atritos. Boticários, barbeiros, parteiras, algebristas (consertadores de ossos), cristeleiras (aplicadoras de clisteres) oficiavam uma arte mecânica e servil, enquanto o físico, de formação dogmática e doutrinal (acadêmica), possuía honras de nobre, com direito a homenagens e uso de armas e sedas – ornamentos simbólicos distintivos da imagem pública do valor nobiliárquico. Entre os agentes envolvidos com as práticas de cura, os boticários e cirurgiões ocupavam, assim, uma posição subalterna na hierarquia profissional. Ficou reservada ao médico a tarefa de diagnosticar, prescrever e acompanhar o tratamento do doente, de acordo com o aprendizado doutrinal, feito a partir dos textos canônicos escritos em latim. Essa arte liberal, isto é, condizente com o *status* de homens livres, tinha supremacia em relação ao trabalho do cirurgião e ao de preparo e venda de medicamentos. Os físicos deveriam supervisionar o

Nas academias médico-cirúrgicas eram usadas, então, traduções de grandes compêndios europeus. Já o *Dicionário de medicina popular e ciências acessórias*, de Chernoviz, teve grande importância nos lares brasileiros

CHERNOVIZ, Pedro Luis Napoleão. *Dicionário da medicina popular*. Paris, 1890
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

Ritual de calundu no século XVII. Através da religião e também dos rituais de cura, os negros mantinham vivas, do lado de cá do Atlântico, as crenças africanas

WAGENER, Zacharias. *Calundu*, 1694
Acervo Kabinett der Staatlichen Kunstsammlungen, Dresden, Alemanha



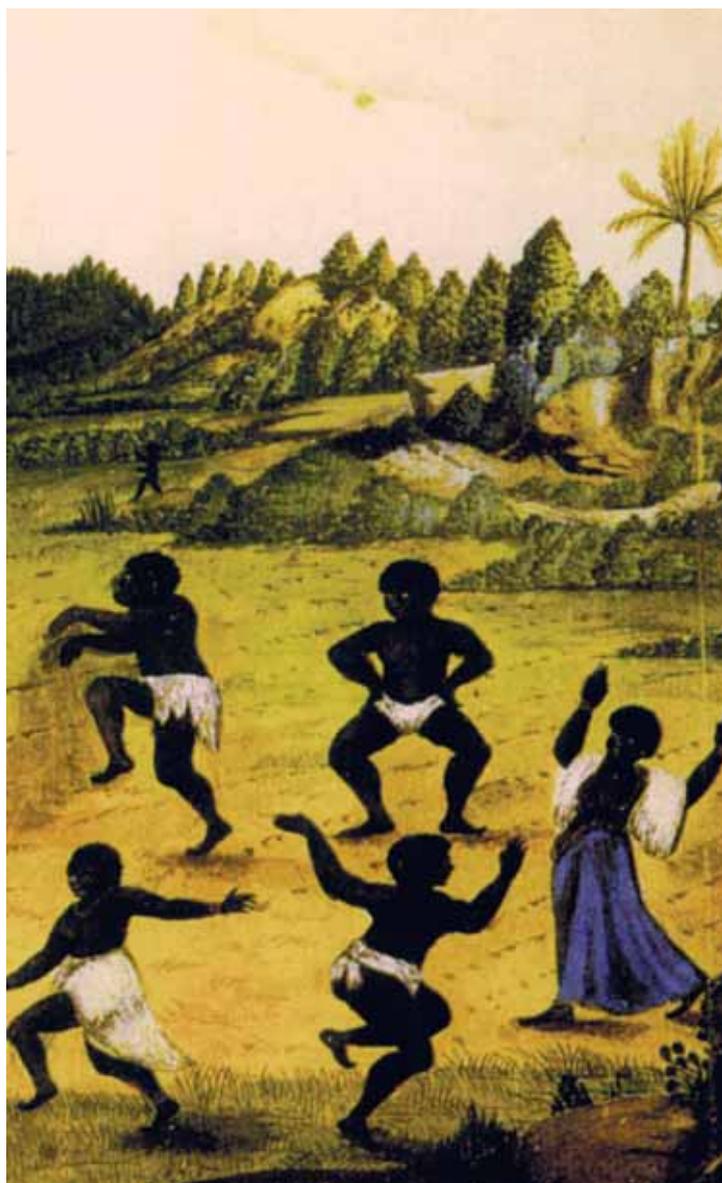
preparo de todas as mezinhas (conjunto de medicamentos da cultura popular) que contivessem ópio, eletuários, pílulas e trociscos. Aos boticários cabia pensar e misturar as drogas previamente selecionadas e pesadas pelos doutores, enquanto os cirurgiões deveriam limitar sua ação terapêutica ao conserto de ossos quebrados e tratamento de algumas feridas.

No mundo da colônia, entretanto, a imposição da rígida hierarquia entre físicos, cirurgiões e boticários mostrava-se inócua. Quando aplicada, recebia queixas dos representantes da Coroa, em nome da realidade colonial. O exercício da medicina no Brasil, até a criação da Junta do Protomedicato, em 1782, no

reinado de d. Maria I (1734-1816), era facultado somente a físicos e cirurgiões portadores de um atestado de habilitação, e licenciados pelos comissários das autoridades médicas do Reino: o cirurgião-mor e o físico-mor. Estes representantes diretos do poder real residiam, inicialmente, nas povoações maiores, mas, a partir do séc. XVIII, os regimentos sanitários passam a ser mais observados, com a presença de comissários em um número maior de cidades e vilas.

Os físicos atuavam como médicos da Coroa, da Câmara e das tropas nas principais cidades e vilas, sendo numericamente pouco expressivos. No séc. XVIII, em cidades como Recife, Salvador e Rio de Janeiro, somente três ou quatro físicos exerciam suas atividades. Eles eram responsáveis pelo exame, diagnóstico e receituário para os pacientes, e aos cirurgiões cabiam os ofícios manuais, considerados socialmente inferiores, que exigiam o uso de ferros, lancetas, tesouras, escalpelos, cautérios e agulhas. A atuação dos cirurgiões estava restrita às sangrias, à aplicação de ventosas, à cura de feridas e de fraturas, sendo-lhes vetada a administração de remédios internos, privilégio dos médicos formados em Coimbra, Portugal. A criação das escolas de cirurgia, em 1808, veio romper com esta prática de cerceamento, feita pela metrópole, possibilitando a formação de médicos no país.

Após a Independência, algumas mudanças significativas tiveram lugar no ambiente médico. Em 1826, o corpo docente das escolas médico-cirúrgicas passou a controlar a emissão de diplomas para o exercício da medicina. Em 1828 foi extinta a Fisicatura-mor como órgão do governo responsável pela fiscalização sanitária e regulamentação das artes terapêuticas. Sangradores e curandeiros foram definitivamente postos na ilegalidade.



Em 1832, as duas escolas médico-cirúrgicas, criadas em 1808, foram transformadas em faculdades de medicina. Finalmente, em 1850, em seguida à primeira epidemia de febre amarela, foi criada a Junta Central de Higiene Pública. Entretanto, boa parte dessa nova legislação era “para inglês ver”, como se dizia na época. Na corte ou nas províncias pululavam os vendedores ambulantes de remédios secretos. A população não associava competência terapêutica com os diplomas oficiais e as autoridades faziam vista grossa à multiplicidade de anúncios que ofereciam, para os mais diversos males, remédios que prometiam curas imediatas. Tânia Salgado Pimenta (2004) documentou a ampla oferta de anúncios em que terapeutas populares, em meados do século XIX, propalavam a cura de pernas inchadas, cancros, carbúnculos, moléstias dos olhos, surdez, escrófulas, embriaguez e morfeia (lepra). Num artigo publicado no periódico *Arquivo Médico Brasileiro*, em 1848, seu autor atestava que na corte a cura da bebedeira era monopólio dos curandeiros. Uma “velha do Castelo” administrava um remédio composto de mijo de gato e assafétida. Um morador da Prainha indicava à sua clientela negra uma infusão com “fedorenta” seguida de uma purga com aloés para curar o vício da cachaça. Na rua dos Ciganos, um “negro de Angola” também curava a embriaguez com uma certa raiz que trouxera de Minas Gerais. No *Diário de Pernambuco*, em 1837, a famosa coluna do *Carapuceiro* ridicularizava as ações terapêuticas de “negros boçais”, “caboclos estúpidos” e “velhas comadres” procurados pela população para “tomar sangue com

Os barbeiros negros se somaram aos portugueses e castelhanos, a partir do século XVIII. Além dos cortes de cabelos e barbas, praticavam sangrias, aplicavam ventosas, sanguessugas, clisteres e faziam curativos

BAUCH, Emil. *Cena de costumes, Rio de Janeiro*, 1859
Coleção Fadel

Criada em 1850, a Junta Central de Higiene Pública era criticada pelos médicos por não inspecionar as boticas nem a venda de remédios e drogas que acontecia em estabelecimentos diversos, até mesmo em casas de ferragens e louças

IBITURENA, Barão de. *Relatório dos trabalhos (...)*. Rio de Janeiro, 1887
Acervo Casa de Oswaldo Cruz



palavras”, “atalhar frouxos”, “curar nervo torto e carne quebrada”, “erisipelas e hidropisias” e que em geral desprezava “os medicamentos de homens que estudaram *ex professo* a medicina”.

As desigualdades sociais e culturais herdadas do período colonial e acentuadas até o limite com a escravidão se refletiam também no uso dos remédios. O acesso aos produtos das farmácias, boticas e drogarias, muitos deles importados, era quase sempre uma prerrogativa dos brancos ricos. Os setores subalternos, formados pela imensa população de pobres e escravos, contavam com remédios caseiros, fórmulas feitas com ervas nacionais e outros produtos recomendados ou administrados por curandeiros, mezinheiros, barbeiros e sangradores. Como observou Gilberto Freyre (1977), foram vários os remédios de negro, de caboclo, de matuto, de caipira, ou sertanejo que eram desprezados pelos “civilizados” como indignos de gente fina ou delicada. Nas áreas mais requintadas em cultura europeia, alimentos, bebidas e remédios caros, importados da Europa, constituíam indícios da ostentação senhorial. Para essa “gente superior de raça fina”, os remédios rústicos pareciam produzir maior dano que as próprias doenças. Nos anúncios de jornais eram frequentes os remédios recomendados para “pessoas delicadas”, “fidalgas” ou “nobres”.

A perseguição aos curandeiros, antes tolerados, recrudescer a partir de 1870, quando o poder público ampliou o cerco contra as práticas e concepções populares de cura nos principais centros urbanos. Esse

processo foi assinalado por Sidney Chalhoub, que o interpretou num contexto mais amplo de dismantelamento e crise das políticas de dominação senhorial. O novo despotismo sanitário combinava a crise da ideologia senhorial – baseada na escravidão, no paternalismo e na dependência pessoal – com a emergência de políticas de contenção das “classes perigosas” e de naturalização das diferenças sociais, agora sancionadas pelo racismo científico e pelo darwinismo social.

O Código Penal de 1890, associado à nova ordem jurídica da nascente República, embora garantisse a liberdade de consciência e culto, sancionava a perseguição aos terapeutas populares, criminalizando as práticas do espiritismo, da magia e seus sortilégios, do uso de talismãs e das cartomancias, desde que empregadas para inculcar cura de moléstias curáveis e incuráveis. O exercício do ofício de curandeiro também era formalmente proibido, cominando penas de prisão e multa. As associações médicas de grande prestígio, como a Academia Nacional de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, influíram na produção desses dispositivos legais, ao reivindicarem o monopólio da assistência médica aos doutores diplomados e associarem as práticas terapêuticas populares à ideia de fraude e charlatanismo.



Referências bibliográficas

- CHALHOUB, S. Cidade Febril. Cortiços e epidemias na corte imperial, São Paulo, Cia das Letras, 1996.
- DULIEU, L. Medicina. In: TATON, René. *História geral das ciências*. São Paulo: Difel, 1960, p. 190-206.
- EDLER, F. C. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Medicina Social (IMS)-UERJ, Rio de Janeiro, 1999.
- _____. Keeping an eye on Brazil: Medical Geography and Alphonse Rendu's Journey. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 8 (supplement), p. 925-943, 2001.
- _____. Boticas e boticários no Brasil colonial. In: EDLER, Flavio Coelho (Org.). *Boticas e farmácias: uma história ilustrada da farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.
- FERREIRA, Luís Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese (Doutorado em História) – FFLCH-USP, São Paulo, 1996.
- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999.
- FREYRE, Gilberto. *Sobrados e mocambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento urbano*. 5. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1977.
- HIPPOCRATE. *De l'art médical*. Paris: Librairie Générale Française, 1994.
- LENOBLE, R. A revolução científica do século XVII. In: TATON, René. *História geral das ciências*. São Paulo: Difel, 1960, p. 9-30.
- LIMA, Tânia A. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 2, n. 3, p. 44-96, nov. 1995-fev. 1996.
- MACHADO, Roberto et al. *A danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARQUES, Vera R. B. *Natureza em boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista*. Campinas: Ed. Unicamp, 1999.
- MILLEPIERRES, F. *La vie quotidienne des médecins au temps de Molière*. Paris: Hachette, 1964.
- PEARD, J. G. *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Dissertation Information Service. Michigan, Columbia University, 1990.
- PIMENTA, Tânia Salgado. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do oitocentos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 11 (suplemento 1), 2004.
- RIBEIRO, Lourival. *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro: Ed. Sul Americana, 1971.
- ROGER, J. *Pour une histoire des sciences à part entière*. Paris: Albin Michel, 1995. Jean Fernel et les problèmes de la médecine de la Renaissance, p. 77-94, e La conception mécaniste de la vie, p. 170-191.
- RUSSELL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775*. Brasília: Ed. UnB, 1981.
- SILVA, Maria Beatriz N. da. A cultura implícita. In: MAURO, Frédéric (Org.). *O império luso-brasileiro (1620-1750)*. Lisboa: Editorial Estampa, 1991.
- SOUZA, Laura de Mello e. *O Diabo na terra de Santa Cruz*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Gomes Ferreira e os simples da terra: experiências dos cirurgiões no Brasil-Colônia. In: FERREIRA, Luís Gomes. *Erário mineral* (Org. Júnia Ferreira Furtado). Belo Horizonte: Rio de Janeiro: Fundação João Pinheiro; Fundação Oswaldo Cruz, 2002.