



MEDICINA POPULAR E ACADÊMICA: DA COLÔNIA AO IMPÉRIO BRASILEIRO

Popular and Academic Medicine: From the Colony to the Brazilian Empire

Medicina Popular y Académica: De la Colonia al Imperio Brasileño

Bruno Antonio de Paiva Ferreira¹

Resumo: Este artigo é uma revisão bibliográfica que examina através do método braudeliano da longa duração, saberes, práticas, teorias e técnicas medicinais, que circularam no Brasil, no período Colonial e Imperial. Sabemos do desafio e da impossibilidade de abranger todas as distintas abordagens sobre a história da saúde, deste modo, sem a presunção de dar conta de todas as práticas e técnicas medicinais que circularam no Brasil, de maneira dialética e reflexiva, observamos várias práticas e abordagens medicinais, tanto popular, quanto acadêmica, executadas por indígenas, europeus, africanos e brasileiros, com o objetivo de expor as diferenças, semelhanças e confluências/fusões de saberes e interpretações sobre saúde, doença e cura, advindas de regiões distintas, mas que compuseram sobretudo, o saber medicinal brasileiro.

Palavras-chave: Medicina popular. Medicina acadêmica. Cura.

Abstract: This article is a bibliographic review that examines through the Braudelian method of long duration, knowledge, practices, theories and medicinal techniques that circulated in Brazil during the Colonial and Imperial periods. We are aware of the challenge and impossibility of covering all the different approaches to the history of health, In this way, without the presumption of dealing with all the medicinal practices and techniques that circulated in Brazil, in a dialectical and reflective way, we observe several medicinal practices and approaches, both popular and academic, performed by indigenous, Europeans, Africans and Brazilians, with the objective of exposing the differences, similarities and confluences/fusions of knowledge and interpretations about health, disease and healing, arising from different regions, but which mainly composed Brazilian medicinal knowledge.

Keywords: Folk medicine. Academic medicine. Healing.

Resumen: Este artículo examina los conocimientos, prácticas, teorías y técnicas medicinales que circularon en Brasil durante las épocas colonial e imperial. Conscientes del desafío y de la imposibilidad de abarcar todos los diferentes abordajes de la historia de la salud, sin la presunción de tratar todas las prácticas y técnicas medicinales que circularon en Brasil, de forma dialéctica y reflexiva, observamos diversas prácticas y abordajes medicinales,

¹ Mestre em História das Populações Amazônicas (PPGHispam). Professor do Instituto Federal do Tocantins, Porto Nacional, Tocantins, Brasil. E-mail: professorsapiens@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1396102314169792>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6840-718X>.

populares y académicos, realizados por indígenas, europeos, africanos y brasileños, con el objetivo de exponer las diferencias, semejanzas y confluencias/fusiones de saberes e interpretaciones sobre la salud, la enfermedad y la cura, surgidos de diferentes regiones, pero que compusieron principalmente el saber medicinal brasileño.

Palabras clave: Medicina popular. Medicina académica. Curación.

Introdução

O texto apresenta multiplicidades de artes medicinais numa perspectiva sinóptica, comprimindo-as e relacionando-as dentro de dois mundos: o domínio da “medicina popular”, entendida como aquela possuidora apenas do saber prático, sem conhecimento teórico e técnico-científico adequado, relacionada às práticas mágicas, sobrenaturais e religiosas, e o domínio da medicina acadêmica/oficial, compreendida como aquela que reivindicava o conhecimento técnico-científico, reafirmando sua aliança com a ciência, detentora de tecnologias, medicamentos e instrumentos, que ajudam no diagnóstico e tratamento de doenças e, por vezes, uma medicina patrocinada pelo aparato estatal e comercial.

Nessa perspectiva investigaremos práticas de curas utilizadas por populares e médicos no decorrer da administração colonial do Estado do Brasil (1530 – 1815/1822)² e do Império do Brasil (1822 – 1889). Optamos em denominar o período da administração colonial do Estado do Brasil, como Brasil colonial e o do Império do Brasil, como Brasil Imperial.

Definimos como grupos populares os sujeitos marginalizados da sociedade, sem conhecimento e acesso aos direitos civis e que no âmbito econômico-social são os pobres que compõe a sociedade. São brancos, pardos, pretos, caboclos, mamelucos, mestiços, cativos africanos e indígenas que entendiam e reagiam às doenças.

Em contrapartida analisaremos a reação e o entendimento por parte de médicos e estudiosos da história da medicina, construindo e demonstrando conflitos, fusões, semelhanças e diferenças entre a medicina popular e acadêmica, além de trazermos como contribuição a discussão sobre o papel das instituições e ciências médicas desenvolvidas na Europa e transportadas, adaptadas à realidade brasileira.

Dessa forma, a pesquisa procura compreender o pensamento das ciências numa Europa que, mais tarde, irá colonizar a América, e que, como consequência, influenciará decisivamente as instituições de saúde no Brasil, adaptando suas características, estrutura administrativa,

² 1815 ano em que o Estado do Brasil foi elevado a Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves e 1822, quando o Brasil conquista sua independência de Portugal.

econômica, sociais, religiosas e científicas. Como exemplo, citamos as chamadas Casas de Misericórdias, que serviram como modelo de inspiração às ações de caridade e saúde no Brasil

De acordo com Sanglard (2006), a presença da Irmandade da Misericórdia na organização da assistência hospitalar no país, é uma herança colonial brasileira, advinda de Portugal e só durante o século XIX, na Europa, que surgirá preocupações sociais voltadas para a suavização da pobreza ou da doença, neste caso compreendida a mendicância, a assistência, a saúde pública e a seguridade, preocupações que irão ser transplantadas para o Brasil. Além do mais, segundo Edler e Pires-Alves (2018), no decorrer de todo processo de colonização e início do Império brasileiro, até a criação das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia (1832), todos que praticavam medicina, tinham que ser examinados e aprovados por um médico: físico-Mor e/ou cirurgião-Mor, através de um Regimento português, sancionado em lei do Reino, que explicitava, dentre os encargos da função, a necessidade do licenciamento do exercício de medicina, cirurgia e farmácia.

Segundo Braudel (1987) as civilizações constituem excelentes guias, pois atravessam o tempo e o espaço e triunfam sobre eles. Pensando nesse sentido as práticas de curas trazidas pelos portugueses e africanos se enraizaram no Brasil Colonial e Imperial, assim como, gestos, maneiras, hábitos se repetem, são assimilados e reverberam, um costume, quando muda, mesmo tão profundamente não deixa de integrar valores culturais que sobrevivem através do tempo, permanecendo como sua substância. Isto é, a cada atualidade ocorre movimentos de origem, de ritmo diferente: o tempo de hoje data, às vezes, de ontem, de anteontem, de outrora (BRAUDEL, 1965).

Entre os tempos diferentes da história, a longa duração apresenta-se, assim, como uma personagem embaraçosa, complicada, muitas vezes inédita. Admiti-la no coração de nosso trabalho não será um simples jôgo, o habitual alargamento de estudos e curiosidades. Não se tratará mais de uma escolha da qual ele será o único beneficiário. Para o historiador, admiti-lo é prestar-se á uma mudança de estilo, de atitude, a uma mudança de pensamento, a uma nova concepção do social. E' familiarizar-se com um tempo mais lento, por vezes quase no limite do instável. Neste andar, não em outro qualquer, — voltaremos a isso, — é lícito desprender-se do tempo exigente da história, dêle sair, depois voltar, mas com outros olhos, cheios de outras inquietações, outras perguntas . Em todo caso, é com relação a estas grandes extensões de história lenta que a totalidade da história pode ser repensada, como a partir de uma infra-estrutura. Todos os andares, todos os milhares de andares, todos os milhares de fragmentos do tempo da história são compreendidos a partir desta profundidade, desta semi-imobilidade; tudo gira em tórno dela (BRAUDEL, 1965, p. 11).

Posto isto, o método aplicado nesta revisão bibliográfica é o braudeliano de “longa duração”. Reconhecemos que há uma complexidade e até uma certa ousadia em querer tratar de maneira ambivalente e simplificada as artes de curas que existiram e circularam nesses dois grandes períodos históricos (Colonial e Imperial) do Brasil, como medicina popular e medicina acadêmica, devido a pluralidade de focos de saberes e práticas medicinais que, por vezes, se aproximaram, distanciaram e metamorfosearam no decorrer da história da saúde brasileira.

Portanto, utilizando-se do próprio veneno para conseguir o antídoto para cura, ou seja, valendo-se da mesma metodologia tradicional linear, optamos por uma escrita progressista, pois acreditamos ser de fácil assimilação para o leitor entender o que consideramos ser medicina acadêmica e medicina popular, com o objetivo de expor as diferenças, semelhanças e confluências/fusões de saberes e interpretações sobre saúde, doença e cura, advindas de regiões distintas, mas que compuseram sobretudo, o saber medicinal brasileiro.

Influência da ciência e da Medicina Portuguesa

Segundo Gewehr et al. (2017), nos primórdios da humanidade os seres humanos viviam em maior integração com a natureza e os processos de cura eram essencialmente empíricos, tendo como pano de fundo uma estrutura mítica, que até hoje se faz presente em algumas populações tradicionais e até mesmo em meio considerado “civilizado”.

De acordo com Aguiar (2010) essas práticas permanecem atualmente, de um lado, em estreita relação com aprendizado das diversas forças da natureza transmitidas através da oralidade e, de outro, com a crença em forças sobrenaturais advindas de tradições religiosas. Porém, a partir do século XVIII, o discurso médico-científico paulatinamente vai se caracterizando pela busca da neutralidade e objetividade e pelo menosprezo aos aspectos culturais relacionados à religiosidade ou ao sobrenatural.

Para a historiografia progressista, a partir da ascensão do pensamento racional, humanista do iluminismo, no século XVIII, e o desenvolvimento da teoria da evolução no século XIX, a ciência assumiu uma postura de combate ao mito, magia, religiosidade e qualquer vínculo com o sobrenatural. A partir daí o conhecimento paulatinamente, para a maioria dos intelectuais modernos, não podia mais caminhar com o sobrenatural, prevalecendo o reinado do positivismo.

Entre os séculos XVI e XIX, a relação entre ciência e religião constantemente é retratada de forma conflitante. Mas, também, conheceram momentos de convivência amistosa.

De acordo com Edler e Pires-Alves (2018) durante a Idade Média, em Portugal, como em outras partes da Europa cristã, a ciência médica era estudada em estabelecimentos exclusivamente religiosos. Foi assim que o mosteiro de Santa Cruz, em Coimbra, pertencente aos Cônegos Regrantes de Santo Agostinho, veio a ser a primeira escola de medicina portuguesa em 1290.

De acordo com Abreu et al. (2018), a compreensão da doença e da cura na medicina luso-brasileira foi, em grande parte, influenciada pelas perspectivas de Hipócrates e Galeno, segundo os quais a doença era decorrência do desequilíbrio dos humores e a saúde deveria ser restabelecida por meio de remédios purgativos e sangrias. No Brasil, essa terapia foi difundida pelos médicos e cirurgiões e estão presentes nos manuais de medicina, vista como panaceia na arte médica brasileira até o século XIX.

A medicina de Hipócrates e Galeno, entendia o corpo como um microcosmo do universo e estava sujeito a influência das forças da natureza e dos astros. Além disso, havia uma estreita relação entre alimentação, dieta, hábitos e clima. A noção de clima para essa teoria médica era bastante ampla, incluindo a temperatura, diferentes aspectos topográficos das áreas em que atuavam os médicos, movimentos de estrelas, cometas e planetas, tipo de vegetação, entre outras variáveis.

O papel do cosmo e da natureza, durante muito tempo no Brasil foi determinante para diagnosticar e tratar enfermidades. Com base nesses preceitos e nas observações empíricas, cirurgiões e médicos estabeleciam relações entre especificidade climática de cada região e a ocorrência de determinadas doenças.

No início do século XVIII, ao retratar o quadro nosológico da sociedade mineira, o cirurgião português, Luís Gomes Ferreira, menciona as doenças mais recorrentes e os remédios mais adequados às condições geográficas e climáticas da região. Abordagem histórica e geográfica da doença, constituída por meio das topografias, a situação do lugar, do terreno, da água, do ar, da sociedade, os temperamentos dos habitantes, observações meteorológicas, análise das epidemias reinantes e descrição dos casos extraordinários, eram observações que faziam parte da literatura médica luso-brasileira (FERREIRA [1735], 2002, p. 516).

Nos estudos do professor Bastos (2020) houve uma peste, em 1569, em Lisboa, e estima-se que metade da população tenha sucumbido, aproximadamente cem mil pessoas. Partindo dessa informação e sabendo que o Brasil fora colônia de Portugal, o “Regimento Interno e os Tratados Médicos portugueses” deviam ser seguidos pela colônia. Prescreviam

medidas importantes para preservação da saúde, além de apontar três origens possíveis da causa da peste:

1° Raiz Superior: concebia que certos fenômenos celestes, sob certas condições atuavam sobre a terra, dando origem a vapores que alterava a qualidade húmida do ar e causava na extensão a podridão e a peste. *Conselho dos Físicos*: deveriam ser abandonados os lugares altos das moradias, mais propícios a ações diretas das influências celestes. – 2° Raiz Inferior: originava a Peste do mal cheiro oriundo de focos de podridão abundante, tendo em vista as precárias condições de higiene dos meios urbanos, fator promotor da corrupção do ar. – 3° Raiz: supostamente responsável pelos surtos mais violentos, derivava a Peste da corrupção das duas raízes anteriores, gerando uma extrema corrupção do ar e a partir disso o contágio (*Ibidem*, 2020).

Conclui-se que a “corrupção do ar” por influência dos cosmos, fenômenos celestiais, era o fator que proporcionava doenças e o contágio. Vinculava-se ao contato inter-humano, mas em distintas situações em que se convivia com o ar contaminado. Era importante evitar ao máximo situações de contato direto com o ar corrupto e manter a higiene: limpeza das ruas, praças e áreas coletivas que já eram ações efetuadas em Lisboa no século XVI. A sujeira coletada deveria ser levada para lugares distantes e, de preferência, à noite, evitando as horas de concentração de pessoas nas ruas (*Ibidem*, 2020).

Além dessas medidas, impunham-se múltiplas práticas para a preservação da qualidade do ar. Coletivamente, impunha-se a reclusão do doente em tempos de epidemia, construções de hospitais nos extremos das cidades para evitar a proximidade com o ar corrupto, que se concentrava nesses locais e nas casas onde se manifestassem doenças, deveriam ser isoladas e fechadas, não sem antes promoverem a desinfestação através de fogos, perfumes ou, até mesmo, a derrubada de casas enfeitadas pela peste (*Ibidem*, 2020).

Com relação a alimentação, determinava-se a moderação, visto que a gula encheria o corpo de maus humores e, para se prevenirem das doenças, as pessoas deveriam comer alimentos com gosto azedo, pois fechavam os poros evitando a entrada do ar envenenado.

Até o final do século XIX e início do séc. XX, o ar que respiramos será considerado o causador de diversas doenças. A preocupação com os miasmas estava relacionada com às condições de higiene das cidades. De acordo com os tratados de medicina do século XVIII, a purificação do ar deveria se estender a espaços como hospitais, prisões, igrejas, conventos e mosteiros. O “tratado de conservação da saúde dos povos (1757)”, de Antônio Ribeiro

Sanches, aponta medidas sanitárias através de defumadores, fogos para garantir a boa qualidade do ar e a saúde dos súditos do governo português (*Ibidem*, 2020).

A teoria hipocrática dos quatro humores de acordo com Rodrigues (2020), constitui o corpo humano a partir de quatro fluidos: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. Em conformidade com o tratado, a saúde seria mantida por um equilíbrio entre esses quatro humores. Alguns intérpretes afirmam que esses humores influenciam os temperamentos, concluindo assim, que determinadas representações mentais correspondem a elementos físicos. Hipócrates afirmava, ainda, que cada um desses quatro humores corresponde a cada uma das estações do ano, e agem conforme tais climas. Assim, estes humores aumentam e diminuem com o ritmo das estações: fleuma, fria e úmida, predomina no inverno; sangue, quente e úmido, na primavera; bile amarela, quente e seca, no verão; e bile negra, fria e seca, no outono.

Para retornar o equilíbrio dos “4 (quatro) Humores” a pessoa deveria procurar restabelecê-lo através de alimento, sangria e purgante, ou seja, o tratamento era associado a uma medicina excretora. “Assim, através de vômitos, sangrias, ervas com ações purgativas [...], as pessoas acometidas pelos mais diversos males reequilibravam seus humores e recobravam a saúde” (ABREU et al., 2018, p. 30)

Para que essa medicina excretora fosse eficiente, o médico deveria relacionar o tratamento com as características de cada paciente considerando: idade, sexo, atividade física (se a pessoa aplica enorme esforço físico ou não) trabalho, rotina, se a pessoa se alimentava muito ou pouco e quais eram os tipos de alimentos consumidos etc. Só daí por diante, conforme fosse o problema de saúde, o médico ou prático de saúde iria informar quais procedimentos o paciente deveria adotar (BRAGA, 2020).

No período colonial já era um hábito a utilização de alimentos pela população luso-brasileira como fármacos/remédios para tratar doenças. Havia um certo consenso entre letrados/acadêmicos e leigos/populares de que a alimentação interferia na condição de saúde do indivíduo, visto que, uma nutrição desequilibrada, por exemplo, o exagero de alimentos gordurosos por parte da classe abastada ou, por outro lado, a falta de alimento para a população carente, provocavam problemas alimentares e, como consequência, o adoecimento. Isso demonstra que o conhecimento de receitas culinárias, mezinhas e alimentação equilibrada geravam mais saúde.

Também era comum o cultivo de hortas medicinais aos arredores das residências abastadas e populares. Era comum pessoas terem em mãos receitas de cozinha e mezinha, junto com o receituário de farmacopeia, que abrangiam um leque vasto de soluções para vários problemas de saúde. A título de exemplo, muitas delas procuravam tratar problemas como, asma, azia, catarro, cólicas, dores de cabeça, dores de dentes, febres, flatos, obstruções, quebrasuras, quedas, sarna, tosses etc. O certo é que várias receitas de culinárias, farmacopeias, produtos de cosméticos (produtos de higiene e limpeza) e botica, foram produzidos através de conhecimentos antigos passados de geração a geração.

Segundo a professora Braga (2015), entre os médicos físicos e cirurgiões luso-brasileiros existiam os boticários, apesar de só os físicos legalmente receitarem remédios e alimentos como fármacos para o paciente. Eram os boticários que produziam e manipulavam os receituários. Uma botica que se destacou em Portugal e que, inclusive, vendia produtos manipulados pelos jesuítas da América portuguesa (Brasil), foi o caso da Botica de São Vicente de Fora, em Lisboa. Entre as especialidades produzidas e revendidas nesta instituição encontravam-se as Pedras Cardeais, a Triaga Brasílica (jesuítas) e a Panaceia Mercurial, esta última, acompanhada por um manual que explicava os casos em que deveria ser tomada e as doses recomendadas.

D. Caetano de Santo Antão, monge agostiniano, que se destacou como um grande boticário e professor na Universidade de Coimbra, publicou, em 1704, “Pharmacopéia Lusitana”. Essa foi a primeira farmacopeia redigida por um português na língua nacional e editada em Portugal. Em edições posteriores 1711, 1725 e 1754, apresentava em sua introdução a “farmácia química”, por influência do desenvolvimento da química analítica no século das luzes, de suma importância para a formulação e sintetização de várias farmacopeias no séc. XVIII.

As farmacopeias eram guias práticos de composição de fórmulas medicinais com as qualidades, especificações, fins curativos e quantidade dos chamados “elementos simples”, que são vegetais, animais e minerais e “elemento compostos”, que orientava boticários, médicos e praticantes de cura na preparação e uso de remédios. Os remédios encontrados nas boticas eram de origem vegetal, animal e mineral e só a partir do século XVIII que os químicos europeus tiveram a sua inserção nas boticas (CALAINHO, 2006).

Semelhanças, diferenças e fusões entre Medicina Popular e Acadêmica no Brasil Colonial e Imperial.

O Brasil do século XVI foi objeto de diversos relatos de letrados e leigos. Porém, foram os religiosos da Companhia de Jesus que produziram uma extensa e ampla literatura em forma de crônicas, tratados e correspondências sobre plantas, curas, doenças e saberes ameríndios (CALAINHO, 2005).

Assim, os missionários jesuítas foram os principais sistematizadores dos saberes indígenas e tomaram para si o papel de curadores se aproximando da medicina indígena, tornando as plantas medicinais brasileiras famosas em todo o mundo, como no caso da Triaga Brasílica. Desde a chegada dos primeiros padres da Companhia de Jesus no Brasil em 1549, a necessidade de remédios para a cura e preservação da saúde de colonos, escravos e índios era muito grande. Deste modo, os padres foram se inteirando da fauna, da flora e dos minerais do país, seja por observação direta ou por intermédio dos nativos, de modo a elaborar medicamentos que levassem menos ingredientes oriundos de regiões distantes, dessa forma surgiu a triaga Brasílica desenvolvida com substâncias tiradas da natureza brasileira. (LEITE, 2011)

Segundo Edler e Fonseca (2006), aos jesuítas deve-se imputar a iniciativa de intercâmbio entre a medicina indígena e a medicina acadêmica, já que eles absorviam tanto o saber indígena, quanto o saber dos físicos, cirurgiões e boticários, aplicando-os nos hospitais das Santas Casas de Misericórdia.

Os jesuítas também foram responsáveis em desacreditar a função dos pajés dentro das aldeias indígenas, pois muitas vezes, os jesuítas tomavam para si funções que antes eram exercidas com exclusividade pelo líder espiritual (pajé) dos indígenas. Dentro dos aldeamentos os missionários proibiram os pajés de exercerem seus rituais de curas. Embora isso tenha ocorrido durante os três primeiros séculos de colonização, a medicina indígena foi essencial para a sobrevivência dos colonos europeus. Nesse período ocorreram relações interétnicas, travessias de fronteiras, ou seja, relações de trocas e de “apropriação” de conhecimentos e informações entre colonos e indígenas. Da mesma maneira havia uma circulação de doenças e conhecimento sobre elas acarretando uma troca de experiência para a cura através de plantas.

Abreu et al. (2018), ao estudarem os textos de Sérgio Buarque de Holanda, observaram que se tratando de regiões distantes, interioranas, ou seja, os sertões do Brasil,

incorporar hábitos e o conhecimento medicinal das plantas nativas usadas pelos indígenas era fundamental para a sobrevivência nos lugares longínquos do litoral, onde era possível ao colonizador procurar socorro em caso de doenças, fraturas e outras lesões.

Sérgio Buarque, ao caracterizar a vida nos sertões, demonstra que a distância do litoral e das cidades, bem como a interação com a natureza por vezes inhóspita, fez com que os “paulistas” e “sertanistas” desenvolvessem formas peculiares de sobrevivência, que incorporavam hábitos indígenas, como o uso medicinal de plantas nativas. Segundo o historiador, os homens que se aventuravam pelos sertões estavam sujeitos ao contato com animais ferozes e peçonhentos, lutavam contra índios que resistiam à captura e contra negros quilombolas, além de viverem em um tipo de sociedade onde a violência se sobrepunha à lei na resolução dos conflitos. São essas condições históricas que deveriam, de acordo com os pressupostos do autor, guiar o historiador na concepção de doença nas áreas de expansão das fronteiras coloniais (ABREU et al., 2018, p. 28).

O avanço da colonização para Holanda (1994), foi responsável pela introdução de várias enfermidades ao passo que, no início da colonização brasileira, os relatos sobre a América Portuguesa consideravam este lugar saudável. Com uma natureza exuberante, sem males, após às entradas paulistas do século XVII, nos domínios do sertão, as febres malignas, a malária, varíola e outras doenças, se disseminaram com a chegada do homem branco.

O colonizador ao adentrar o sertão utilizava-se de conhecimentos medicinais comuns dos europeus e principalmente indígenas para tratar das doenças. Esses remédios são conhecidos pela historiografia como “remédios de paulistas” ou “drogas dos sertões”, chamados de mezinhas obtidas da flora e fauna brasileira.

A professora Apolinário (2020), afirma que, em Goiás do século XVIII, ocorreu uma epidemia de sarampo. Tratava-se de uma doença desconhecida pelo indígena que tivera que lidar com as suas consequências: inflamações, febres, manchas no corpo, dores etc. Assim, o nativo buscou, empiricamente, por plantas por ele conhecidas, para vencer a enfermidade. Isso demonstra que os indígenas tinham uma postura científica, peculiar, diferente e cosmológica, mas com grau de especialização e experimentação.

A cura dentro do universo indígena era quase sempre feita pelo pajé, um grande conhecedor das ervas curativas e o único que poderia descobrir a real causa do mal, para, assim, extingui-lo com suas fórmulas mágicas e suas práticas exorcistas. O pajé era e continua sendo um misto de profeta e médico que estabelece o contato entre o mundo dos homens e o dos espíritos (MIRANDA, 2017).

Conforme Miranda (2017) o indígena, frequentemente, se valia de práticas mágicas para combater espíritos malignos, responsáveis por seus males. Todavia, apesar de ser essencialmente mágica, a medicina indígena também era dotada de observações empírica. Foi através desse empirismo que o indígena brasileiro criou uma verdadeira farmacopeia de medicamentos com base em ervas consideradas dotadas de virtudes terapêuticas e encontradas nas florestas. Sendo assim, boticários, médicos, viajantes e, principalmente, missionários se apropriaram do conhecimento indígena. A ciência europeia silenciou o conhecimento, a tradição dos pajés que repassavam aos missionários e médicos seus conhecimentos.

Embora preconceituosos em relação as práticas mágicas e curativas realizadas pelo indígena, tratadas pela ciência europeia, como conhecimento vulgar e não científico, os físicos, cirurgiões, boticários e outros agentes de cura, apesar de inferiorizar as práticas medicinais indígenas se interessavam em recolher informações sobre como os indígenas e seus pajés faziam para combater as doenças que alastravam-se na colônia.

Observavam, imitavam, experimentavam e descreviam as propriedades terapêuticas das novas espécies e seus usos, e divulgavam-nas na metrópole, ampliando os saberes sobre matéria médica. Mais tarde, tal saber retornava à colônia em compêndios de farmacopeia, informando a atividade de boticários profissionais, religiosos ou leigos (EDLER; FONSECA, 2020, p.8).

Um fator interessante que o indígena, o africano e o europeu tinham em comum, era a prática de sangria no processo de cura. Essa técnica foi recorrente na medicina europeia do Antigo Regime em consonância com as teorias humorais hipocrático-galênicas. Essa prática era tida como garantia do equilíbrio dos humores e utilizada para prevenir e remediar doenças.

Na América, os indígenas usavam dentes de animais, bicos de aves e arraias como lancetas para realizarem a sangria, com o objetivo de aliviar dores e inchaços. Enquanto os africanos acreditavam que o sangue era o veículo condutor da alma e, por isso, a sangria era tido como tratamento eficaz para combater as chamadas doenças de feitiços (ABREU et al., 2018)

Gilberto Freyre (1992), em Casa-Grande e senzala, afirma que as negras apelidadas de comadres, além de partejarem, curavam suas doenças ginecológicas por meio de bruxedos, rezas e benzeduras

No Brasil, a maioria dos barbeiros e sangradores eram portugueses, espanhóis e cristãos-novos, só a partir do século XIX, que os africanos e afrodescendentes tornaram-se

predominantes nesse ofício. Os barbeiros, além dos cortes de cabelos e das barbas, realizavam sangrias, ventosas, sanguessugas e clisteres, faziam curativos, arrancavam dentes, manuseavam excretos corporais etc. Encontravam-se, no entanto, em último lugar no escalão da hierarquia médica por ser considerado um ofício mecânico.

Em 1816, o pintor francês Jean Baptiste Debret foi convidado pelo monarca português D. Joao VI para fundar, no Rio de Janeiro, uma escola especial de ciências, artes e ofícios. Após dois anos de estadia na capital do império brasileiro, o pintor retratou o cotidiano de uma loja de barbeiro. Pela raridade do tema retratado essa é uma fonte documental para a história da medicina brasileira. Além de sua arte, o artista deixou o seguinte comentário sobre os barbeiros africanos:

Em cada bairro da cidade há um cirurgião africano cujo gabinete de consulta, de nomeada, se acha instalado sem cerimônia à porta de uma venda. Consolador generoso humanitário de negra, ele dá suas consultas de graça, mas como os remédios receitados comportam sempre alguma droga, ele fornece os medicamentos mediante pagamento. Vende ainda Talismãs curativos sob forma de amuletos. Cítarei aqui apenas o pequeno cone misterioso feito de chifre de boi, preciosa joia de seis linhas de altura e que se pendura no pescoço para preservar das hemorroidas ou das afeções espasmódicas, etc. [...] São, entretanto, somente os mais pobres que recorrem a esses charlatões, pois as pessoas mais abastadas mandam tratar seus negros pelo cirurgião da casa. As doenças a que está a mais sujeita a raça negra do Rio de Janeiro são os furúnculos, congestões, enfartamento ganglionar, a erisipela, o vírus venéreo, muitas vezes unido a uma velha sarna mal curada ou intencionalmente desprezada [...] Quanto à colocação das ventosas, ciência positiva e de aplicação externa, ela é executada em plena rua, perto de uma casa, ou, mais comumente numa pequena praça por onde não passam carruagens (DEBRET, 1978. p. 211, 360-361).

Os barbeiros e boticários para agirem dentro da legalidade tinham que obter a Carta de Examinação, submetendo-se a um exame junto aos comissários do Físico-mor do Reino. Já os médicos chamados de físicos, ficavam no topo da hierarquia médica colonial e eram os responsáveis pelo exame, diagnóstico e o receituário aos pacientes. Enquanto isso, os cirurgiões, que ficavam no segundo lugar da hierarquia, exerciam ofícios manuais, que exigiam o uso do ferro de lancetas, de tesouras, de escalpelos, de cautérios, agulhas e outros instrumentos (EDLER; FONSECA, 2006).

Na colônia havia práticas medicinais excretoras que utilizavam partes do corpo para curar enfermidades. O seu uso pode ser verificado em vários tratados de medicina e de farmácia deste período. Os indígenas, por exemplo, utilizavam esse recurso como terapia,

fazendo uso da saliva, urina, esmegma, como remédios, enquanto o muco nasal e o sangue serviam para feitiços, por considerarem tais substâncias impuras. Além disso, empregavam corpos de animais, ossos, dentes, banha, como amuletos e medicamentos para afastar os males espirituais.

De todas as práticas terapêuticas a mais recorrente entre os populares era o uso das plantas medicinais

mezinheiros, curandeiros, africanos e pajés utilizavam folhas, frutos, sementes, raízes, essências, bálsamos e resinas, partes lenhosas e brancas que esmagavam entre as pedras, pulverizavam, carbonizavam, dissolviam, maceravam. Coziam, para ingerir, aspirar, friccionar, ou aplicar em cataplasma numa extensa série de doenças. Não se pode esquecer que o emprego dessas plantas tinham um sentido mágico ou místico (EDLER; FONSECA, 2006, p. 9).

Seja no âmbito da medicina acadêmica ou popular, a magia, a religião e o sobrenatural, no período colonial e imperial, estavam muito presentes, visto que

Na concepção da época, seja na medicina oficial, seja no imaginário popular, as doenças também eram explicadas pela ação do que, atualmente, nomearíamos sobrenatural. A própria definição do termo doença nesse período, presente no dicionário de Bluteau, indica associação entre fatores de “ordem natural” e de “ordem teológica. A enfermidade era concebida como “indisposição natural, alteração do temperamento, que ofende imediatamente alguma parte do corpo” e, ao mesmo tempo, “filha do pecado, e mães da morte” (ABREU et al., 2018, p. 31).

Para a igreja católica as enfermidades poderiam ser tratadas com o cumprimento das obrigações cristãs, já que o corpo dependia da saúde da alma. Esse tipo de interpretação não era exclusivo da igreja, pois médicos formados assim como clérigos prescreviam orações, exorcismos, rituais, apelando para recursos sobrenaturais. A igreja e a medicina uniram esforços para combater as ações de indivíduos que não eram investidos de autoridade para realizar procedimentos médicos, como os curandeiros, mezinheiros, pajés e, principalmente, feitiçeiros africanos ou afrodescendentes, devido ao preconceito, racismo e a escravidão (ABREU et al., 2018).

Uma variedade de aspectos da medicina oficial e popular eram indissociáveis na experiência dos distintos extratos sociais, porém, os representantes da medicina oficial, com o auxílio da igreja, lutavam contra os que praticavam as curas na ilegalidade. A medicina

reivindicava para si o controle do corpo desqualificando o conhecimento terapêutico popular e reinterpretando-os sob a perspectiva do saber científico europeu.

Essa atitude de detração e desconfiança também era comum entre jesuítas que demonizavam os conhecimentos terapêuticos dos pajés, constantemente referidos na documentação inaciana como “feiticeiros”. Havia ainda uma significativa quantidade de denúncias que recaíam contra curadores não licenciados em tribunais religiosos como a Inquisição e as devassas eclesiásticas que funcionavam ao nível dos bispados e a repressão exercida pelas autoridades régias (ABREU et al., 2018, p. 58-59).

É interessante notar que a crença de que indivíduos poderiam manipular forças sobrenaturais, para provocar doenças por meio de feitiços, era muito presente e comungada pelos distintos estratos sociais que viveram no Brasil. Para a medicina, as doenças de feitiços deveriam ser diagnosticadas, conhecidas em seus sintomas e tratadas. Os médicos lusos Luís Gomes Ferreira e Brás Luís de Abreu do séc. XVIII, consideravam a existência de feitiços no rol dos adoecimentos a serem remediados pelos representantes da medicina (ABREU et al., 2018).

Porém, tratar de pessoas acometidas pelas “doenças de feitiço” não era privilégio do médico. Por mais que este fosse simpático ou se dissesse entendedor dessas enfermidades, havia uma quantidade de curandeiros ilegais, muito deles, africanos e mestiços, cobrando preços acessíveis e eram reconhecidos por várias camadas sociais, principalmente pelos populares como entendedores legítimos destas doenças e que estes conseguiam remediar (ABREU et al., 2018).

Para Catai (2016), O feiticeiro cumpria um importante papel nas sociedades coloniais e metropolitana do Antigo Regime. Curandeiros, herbolários, benzedeiros e sacerdotes de outras religiões, diferente da cristã (católica), eram todos reduzidos ao estigma de feiticeiro. O limitado desenvolvimento da medicina portuguesa e depois brasileira, o alto custo e completa ausência de médicos em algumas regiões, somados à crença da eficácia do feitiço eram elementos mais do que suficientes para levar muitos a buscar ajuda entre os que detinham esse dom sobrenatural, seja no período colonial, imperial e nos primeiros anos da República Velha brasileira.

Precisamente ao longo do século XVIII, com a ascensão do movimento iluminista, a medicina passou a ser conduzida pela valorização da experimentação, associada a outras disciplinas como a química, física e a botânica. Além disso, por meio de novas técnicas, como

a dissecação, de suma importância para o desenvolvimento e avanço nos estudos anatômicos, fez com que parte da elite intelectual, a partir deste momento, começasse a rechaçar com veemência da medicina explicações mágicas para as causas das enfermidades.

Em Portugal, a reforma da Universidade de Coimbra e do ensino médico, de 1772, teve total relação com o movimento Iluminista. Em certa medida, reverberou, em vários aspectos, do conhecimento médico produzido no Brasil entre fins do século XVIII e início do XIX. Entretanto, essas novas explicações para as doenças e seus protocolos de diagnósticos, ligados à “medicina das luzes”, não substituíram outras tradições e práticas de cura na Colônia (ABREU et al., 2018).

A título de exemplo outra prática popular de muito sucesso no Brasil Colonial e Imperial, era a medicina de cabeceira, utilizada por leigos, senhores de escravos que não queriam ter muitos gastos com sua força de trabalho e médicos, estes com o objetivo de conseguirem pacientes/clientes que consumiam e conheciam essa literatura. Principalmente o manual de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, Médico, polonês que emigrou para o Brasil em 1840, onde viveu até 1855. Seu nome tornou-se inextricavelmente ligado à sua obra, nomeadamente ao – Formulário ou Guia Médico e ao Dicionário de Medicina Popular, publicados respectivamente em 1841 e 1842, e desde então reeditados várias vezes em tiragens de muitos exemplares (GUIMARÃES, 2006).

A organização profissional e regulamentação da educação médica no Brasil, como atividade distinta da praticada por barbeiros, sangradores, práticos e curandeiros começou em 1808, motivada pela fuga da família real para o Brasil.

No tocante à medicina, criou dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro (1808), pondo término à era dos físicos e cirurgiões formados exclusivamente na Europa. Iniciava-se, assim, uma forte tradição do médico-de-família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. Em 1832, as Academias Médico-Cirúrgicas foram transformadas em faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O mesmo decreto instituía os cursos de Medicina, Farmácia e de Partos. O figurino das novas faculdades seguia o modelo francês, conforme orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829-1835) – embrião da Academia Imperial de Medicina (EDLER, 2003, p. 148).

A partir da criação das faculdades de medicina no Brasil, como pré-condição à afirmação da nova postura profissional, ocorreu uma rejeição da herança colonial da

Fisicatura-mor e das informações descritas pelos viajantes naturalistas influenciados pelas viagens filosóficas, que acabou por trazer curiosos para conhecer a fauna e a flora de lugares desconhecidos. Daí em diante, a medicina empenhou-se na produção de um conhecimento original sobre a patologia brasileira (EDLER, 1996, 2003, 2006).

As Casas de Misericórdias – Hospitais

Refletindo a partir de agora sobre os hospitais, de acordo com Sanglard (2006), na Idade Média estes etimologicamente estavam ligados ao ato de hospedar. Eram abertos a todas as mazelas humanas, exceto aquelas como a lepra e a sífilis, cujas vítimas tinham prédios separados para abrigá-los. O hospital representava o lugar por excelência da caridade, até porque a pobreza e o cuidado aos pobres eram questões centrais do cristianismo.

No final da Idade Média as práticas caritativas no mundo católico passaram a ser pautadas em ações pias de leigos, organizados em irmandades e ordens terceiras, que espalhavam seus valores pela Europa, África, Ásia, chegando à América com o advento das expansões marítimas europeias.

A difusão das irmandades e ordens terceiras de religiosos católicos pelo mundo teve um traço marcante na colonização luso-brasileira. Estas foram responsáveis pela construção de hospitais, escolas, templos e manutenção dos cultos, propagação da fé católica no território e demarcação da fronteira do sertão brasileiro. Sendo assim, às instituições leigas se tornaram mediadoras e depositárias da filantropia católica, situando-se entre o filantropo e a obra de caridade. As doações passaram a ser destinadas a elas. Boa parte das caridades efetuadas pelas aristocracias do Antigo Regime tinha o objetivo de alcançar prestígio, influência e privilégios nos meios governamentais (*Ibidem*, 2006).

A partir do século XVII, os hospitais começaram a ser construídos fora do limite das cidades. É neste período que se faz sentir a preocupação com o isolamento dos doentes contagiosos e só, a partir do século XVIII, com as mudanças na concepção de assistência e desenvolvimento das discussões sobre higiene, ocorre o aparecimento de hospitais especializados.

Enquanto que as especialização dos hospitais medievais esteve pautada na exclusão, na segregação e na crença dos males que os loucos, os sífilíticos, e os leprosos podiam transmitir às populações, os novos hospitais estavam baseados nos cuidados específicos às doenças, Outra característica do século das luzes é a transformação do hospital em uma “máquina de curar”; no século seguinte ele se tornaria um “equipamento de saúde, lugar de prática, de ensino e de pesquisa (*Ibidem*, 2006, p. 15).

No início do século XVIII, a França, que servia de modelo hospitalar para a Europa, incluindo as Misericórdias do império português, criou-se uma organização sanitária pública, visando o controle de epidemias e pestes, com a mudança de percepção em torno do lixo, da sujeira e das águas paradas, que passaram a ser considerados ambientes potenciais de doenças, além das condições de vida: alimentação, moradia, trabalho etc. Essa abordagem motivou transformações culturais profundas, que possibilitaram alterar a imagem da profissão médica, bem como diversificar sua atuação e seus recursos.

O médico ocupava um pequeno espaço de atuação no hospital comparado as práticas caritativas exercidas por clérigos e freiras. Porém, o cenário passou a ser amplamente questionado com o avanço terapêutico realizado pelo médico no hospital. Por este motivo foi preciso transformar, modificar e adaptar o hospital, no plano físico e conceitual, retirando paulatinamente, suas feições assistenciais, religiosas e implementando no lugar das práticas caritativas, um espaço de técnica, de ensino, de pesquisa e especialização médica (*Ibidem*, 2006).

A partir do século XIX, os hospitais, em sua grande maioria, tornam-se cada vez mais espaços medicalizados. E, observa-se a diminuição do poder das freiras e clérigos em decidirem sobre internações e tratamentos. Assim, os médicos oitocentistas ganham espaço nos hospitais, modificando a arquitetura hospitalar, exigindo salas de cirurgia, serviços de isolamento e abertura de hospícios e maternidades, realizando a separação entre doente, infeccioso, pobre e incurável.

No caso das Misericórdias, principalmente na Santa Casa do Rio de Janeiro, as mudanças irão se efetuar

No âmbito das discussões da Assembleia Constituinte de 1823 que os espaços da Santa Casa do Rio de Janeiro começaram a ser questionados e considerados insalubres, e somente em 1835 a comissão formada na década de 1820, com o propósito de observar a instituição e informar as autoridades sobre suas condições de atendimento, apresentou um relatório concluindo sobre a necessidade de espaços distintos para o hospital, o Recolhimento das Órfãs (o prédio de 1743 fora considerado inadequado) e a Casa da Roda (ou dos Expostos). Em parte, como em decorrência desse relatório, entre 1838 e 1854 diversos melhoramentos foram introduzidos, entre eles a transferência do cemitério para a região do bairro do Caju; a construção de um novo hospital com 11 enfermarias; a criação de um prédio especial para os alienados a fim de separá-los dos outros doentes (o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852); e novas acomodações para expostos e órfãs (*Ibidem*, 2006, p. 23).

No começo do século XIX, o hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro contava com um médico, um cirurgião, um boticário, enfermeiros e serventes. Na década de 1850, atuavam em suas instalações cerca de oito médicos e seus substitutos, um boticário e dez ajudantes, 27 pensionistas, outros 27 enfermeiros(as), 28 serventes, além de 18 irmãs vicentinas (*Ibidem*, 2006)

Nesse período, percebemos com frequência o embate entre caridade religiosa e assistência médica, numa disputa pela atuação dentro das Santas Casas de Misericórdias.

Os problemas advindos da convivência entre Faculdade de Medicina e as sucessivas Mesas Diretoras da Irmandade da Misericórdia denotam o conflito maior entre duas práticas distintas: de um lado a caridade e de outro o ensino médico – este último representando a tentativa de medicalização do hospital. Tais práticas foram obrigadas a conviver no mesmo espaço em face da ausência de outro hospital na capital do Império que pudesse abrigar as aulas práticas da Faculdade de Medicina (*Ibidem*, 2006, p. 24).

Por anos, médicos e religiosos irão conviver, controlar, disputar e impor regras de funcionamento nas Santas Casas. As disputas podiam ocorrer entre médicos e freiras, no que se referia aos cuidados aos enfermos ou mesmo entre médicos e administradores a respeito da função e do papel do hospital. Mas Segundo Foucault (1982) a partir do momento em que o hospital passou a demonstrar resultados promissores e efetivos como espaço e instrumento de cura, o médico se transformou no principal responsável pela organização hospitalar.

Considerações finais

Foi possível perceber que várias medicinas coexistiram no decorrer do Brasil colonial e Imperial, não podendo ser circunscrita somente à influência da medicina europeia de

Hipócrates e Galeno, visto que a medicina brasileira reuniu várias práticas oriundas de culturas heterogêneas, advindas de distintos continentes: Europeu, Africano e Americano. Porém suas estruturas e/ou características medicinais preocupadas com o clima, topografia, a natureza geográfica do enfermo e o cosmo, permaneceram por muito tempo, tornando-se elementos estáveis de uma infinidade de gerações, embaraçando a história, mesmo depois de transformações profundas, tornando-se uma substância que se renova, mas não desaparece.

Constatamos que a prática de cura mais recorrente entre: o colonizador europeu, médico, africano, mestiço, missionário e indígena, era a sangria e a utilização das plantas medicinais brasileiras, pois este era o quadro geográfico e biológico que todos contavam para curar seus males.

Além do mais, conseguimos perceber que existia hierarquia dentro da medicina acadêmica luso-brasileira, que inclusive permanecerá até a criação das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia (1832), constando o físico no topo da pirâmide, como o médico que receitava e diagnosticava, logo abaixo estava o cirurgião que exercia funções mais mecânicas, detentor das tesouras, escalpelos (bisturis), bandejas, espátulas, dentre outras ferramentas e o barbeiro licenciado que além dos cortes de cabelos e das barbas, realizava sangrias, ventosas, sanguessugas, clisteres, curativos, arrancava dentes e manuseava excretos corporais, era o último da linha sucessória, tinha que ser aprovado por um exame realizado pelo físico-Mor ou cirurgião-Mor para poder atuar dentro da lei, bem como o boticário que manipulava os fármacos.

Outro fator importante foi verificar que os barbeiros africanos e afrodescendentes, a partir do séc. XIX, tornaram-se predominantes neste ofício e que existiram curandeiros e negras apelidadas de comadres que partejaram e curavam doenças ginecológicas por meio de bruxedos, rezas e benzeduras.

O Formulário ou Guia Médico, conhecido como Dicionário de Medicina Popular, foi um instrumento de cura, utilizado tanto por eruditos, como leigos, senhores de escravos e médicos, principalmente o manual de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, Médico, polonês que emigrou para o Brasil em 1840, onde viveu até 1855. Seu nome tornou-se inextrincavelmente ligado à sua obra.

Sobre os hospitais brasileiros, as famosas Santas Casas de Misericórdias dirigidas por longos anos por missionários e freiras, só se tornaram um espaço mais medicalizado a partir da metade do séc. XIX, depois da ascensão do movimento iluminista, da teoria evolucionista

e o aurorecer do positivismo, onde o médico e sua técnica ganham notoriedade, reivindicando mudanças no espaço hospitalar.

Por fim, seja no âmbito da medicina acadêmica ou popular, o cosmo, a magia, a religião e o sobrenatural, estavam muito presentes na realidade dos mais variados habitantes do Brasil colonial e imperial, demonstrando que a medicina acadêmica luso-brasileira não foi aquela mediciana puramente iluminista, evolucionista, idealizada pela perspectiva eurocêntrica da história, que conseguiu romper totalmente com às explicações mágicas/sobrenaturais, pois, acreditar que esta medicina conseguiu ser exclusivamente racional, é deixar com que a história da ciência europeia continue ditando as regras de como fazer ciência, excluindo todas as outras, em vez de perceber o todo e sua complexidade.

Referências

ABREU, Jean; NOGUEIRA, André; KURY, Lorelai. Na saúde e na doença: enfermidades, saberes e práticas de cura nas medicinas do Brasil Colonial (séculos XVI XVIII). *In*: TEIXEIRA, Luiz; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto. **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora, 2018. p. 27-66.

AGUIAR, E. **Medicina: uma viagem ao longo do tempo** (Domínio público). 2010.

APOLINÁRIO, Juciene. Doenças, plantas e práticas curativas indígenas na América Portuguesa do século XVIII. **II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Mesa 2 Fármacos, curas e epidemias**. Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande, 2020. (Comunicação oral).

BASTOS, Mário J. da M. Medicina e Poder nos tempos da Peste (Portugal séc. XIV – XVI). **II Seminário Virtual Internacional de História Moderna**. Rio de Janeiro, UFF, 2020. (Comunicação oral)

BRAGA, Isabel. Doença e cura nos receituários portugueses da Época Moderna. **II Seminário Virtual Internacional de História Moderna**. Lisboa, Universidade de Lisboa, 2020. (Comunicação oral).

BRAGA, I. M. R. M. D. **Sabores e Segredos. Receituários Conventuais Portugueses da Época Moderna**. São Paulo: Annablume Editora, Outubro 2015.

BRAUDEL, Fernand. História e Ciências Sociais. **Revista de História**. Nº 62, Vol. XXX, 1965.

BRAUDEL, Fernand; DUBY, Georges. **O Mediterrâneo - O espaço e a história**. Título original: *La Méditerranée, L'Espace et L'Histoire*. © Flammarion, 1985.

CALAINHO, Daniela, Buono. Jesuítas e medicina no Brasil Colonial. **Revista Tempo**, Rio de Janeiro, nº 19. pp. 61-75. 2005.

CALAINHO, Daniela, Buono. João Vigier: um droguista no Portugal setecentista. Usos do passado - **XII Encontro Regional de História**, ANPUH-RJ, 2006.

CATAI, D. Médicos, Barbeiros e feiticeiros: Africanos e práticas de cura no Brasil do século XVIII. **VIII Encontro Estadual de História**, ANPUH BA, Feira de Santana, 2016.

DEBRET, Jean Baptiste. **Viagem pitoresca e histórica ao Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1978.

EDLER, Flávio; ALVES, Fernando. A educação médica: do aprendiz ao especialista. In: TEIXEIRA, Luiz; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto. **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora, 2018. p. 101-144.

EDLER, Flávio; FONSECA, Maria Raquel Fróes. Saber erudito e saber popular na medicina colonial. **Cadernos ABEM**, v.2, 2006.

EDLER, F. C. A medicina no Brasil Imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. **Anuario de Estudios Americanos**, Sevilha, v. 60, n. 1, p. 139-156, 2003.

EDLER, F. C. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, III(2): 284-299, 1996.

FERREIRA, Luís Gomes. **Erário mineral [1735]**. Org. Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro-Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande e senzala: formação da sociedade brasileira sob o regime de economia patriarcal**. Rio de Janeiro: Record, 1992.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e introdução de Roberto Machado. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GEWEHR, R. B.; BAÊTA, J.; GOMES, E.; TAVARES, R. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Psicologia USP**, v. 28, n. 1, p. 33-43, 2017.

GUIMARÃES, Maria Regina. C. **Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular do Império**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Visão do paraíso: os motivos edênicos no descobrimento e colonização do Brasil**. 6º. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LEITE, Bruno. M. B. **Medicina de Padre: Estudo sobre os fundamentos culturais da medicina jesuítica no Brasil Colonial**. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, 2011.

MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 3. ed. rev. ampl. e atual, 2017.

RODRIGUES, Cleiton Lopes. Humores e temperamentos: considerações sobre a teoria hipocrática. **Revista Páginas de Filosofia**, v. 9, n. 2, p. 109-120, jul.-dez. 2020.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Revista Esboços, Santa Catarina**, v. 13, n. 16 (2006).

Recebido em: 27 de fevereiro de 2023

Aceito em: 31 de julho de 2023
