

A REGULAMENTAÇÃO LEGAL E A PRÁTICA DA MEDICINA NO BRASIL COLONIAL

ROMERO, Frederico Ramalho.¹

BOEIRA, Adriana da Silva.²

OLIVEIRA, Lucas Paulo Orlando.³

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica crítica sobre o papel das regulamentações das profissões de saúde no desenvolvimento da prática médica durante o período colonial brasileiro. Neste período, diversas leis foram elaboradas pela Coroa de Portugal a fim de delinear as esferas de atividade de cada profissional de saúde. No entanto, devido a grandes diferenças ambientais, sociais e culturais entre a metrópole e a colônia brasileira, a prática da Medicina no Brasil desenvolveu-se como uma relação orgânica, colaborativa e necessária entre saberes diferentes dos índios, europeus e africanos, com pouca influência da legislação da Coroa Portuguesa.

PALAVRAS-CHAVE: História, início moderna 1451-1600; História da Medicina; História, 1601-moderna; Legislação, Medicina; Regulamento de saúde e inspeção.

LEGAL REGULATIONS AND MEDICAL PRACTICE IN COLONIAL BRAZIL

SUMMARY

This article presents a critical bibliographic review on the role of health profession regulations in the development of medical practice during the Brazilian colonial period. During this time, several laws were drafted by the Portuguese Crown in order to outline the spheres of activity of each health professional. However, due to great environmental, social and cultural differences between the metropolis and the Brazilian colony, the practice of Medicine in Brazil developed as an organic, collaborative and necessary relationship between different knowledges from the Indians, Europeans and Africans, with little influence from the Portuguese Crown legislation.

KEYWORDS: History, Early Modern 1451-1600; History of Medicine; History, Modern 1601-; Legislation, Medical; Health and Inspection Regulations.

1 INTRODUÇÃO

A regulamentação legal das profissões de saúde em Portugal iniciou-se no século XIV, mas foi após o descobrimento do Brasil, em 1500, que foram elaborados os regimentos mais importantes para a normatização da Medicina em nosso país. Os objetivos dessa regulamentação consistiam em criar um conjunto de normas para delimitar as esferas de atuação de cada profissional de saúde – físicos (designação dada aos médicos), cirurgiões-barbeiros (cirurgiões) e boticários (farmacêuticos); tipificar os desvios de conduta, estabelecendo as sanções cabíveis, pecuniárias ou restritivas; garantir às universidades portuguesas o monopólio da formação médica universitária no

¹ <http://lattes.cnpq.br/8464440735545894>. Email: frederico.romero@gmail.com

² <http://lattes.cnpq.br/6069988157145919>. Email: adrianasilva@fag.edu.br

³ <http://lattes.cnpq.br/6555859877740673> E-mail: lucasoliveira@fag.edu.br



Reino e nos domínios ultramarinos; e acompanhar o dinamismo científico reformador que se vivia além-fronteiras (BICHO, 1926; ABREU, 2010; SILVA, 2015).

Embora não se possa dissociar a Medicina da colônia da Medicina portuguesa nos primórdios do descobrimento do Brasil, as diferenças foram marcantes, já no princípio, pelas grandes diferenças ambientais, demográficas, institucionais, econômicas e sociais (HERSON, 2003).

Em vista dessa ampla diferença entre o Novo e o Velho Mundo, surgiu o interesse em avaliar qual a extensão que a regulamentação legal das profissões de saúde pela metrópole teve no desenvolvimento e na prática da Medicina durante o período colonial brasileiro, desde a chegada do primeiro colonizador, em 22 de abril de 1500, até a Independência do Brasil, em 07 de setembro de 1822. Especificamente, os objetivos deste artigo são avaliar a influência que essas regulamentações da metrópole tiveram na prática médica colonial; verificar o contexto histórico da legislação regulamentadora das profissões de saúde em Portugal entre o início do século XVI e o primeiro quarto do século XIX; confrontar as diferenças sociais, culturais e assistenciais entre a metrópole portuguesa e a colônia brasileira; e aferir a aplicabilidade da regulamentação legal da Medicina na conjuntura do Brasil colonial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1.1 As Primeiras Regulamentações

A primeira regulamentação régia na tentativa de controlar o exercício da Medicina foi de D. Afonso IV, em 1338, que instituiu uma avaliação para os físicos, cirurgiões e boticários, que deveriam comparecer à Corte e realizar um exame frente ao físico ou cirurgião do Reino. Quem fosse aprovado, recebia uma carta de licença. Quem praticasse a Medicina sem essa licença estava sujeito à prisão ou outra pena qualquer que o monarca lhe aplicasse (SILVA, 2015).

No reinado de D. João I, por decreto de oito de junho de 1430, foi criado em Portugal a posição de físico-mor, a quem competia “examinar todas as pessoas que quisessem usar de física [exercer a Medicina]” (BICHO, 1926).

Os físicos-mores eram nomeados entre os médicos régios, sendo o ofício vitalício. A sua proximidade ao rei e o prestígio que lhes advinha da responsabilidade com o bem-estar do monarca



foram determinantes para a sua designação como primeiros-médicos do país, de acordo com a visão paternalista das atribuições régias. D. Afonso V promulgou em 25 de outubro de 1448 Carta Régia que vedava o exercício das “artes da física e da cirurgia” sem o exame prévio realizado pelos físicos e cirurgiões-mores. O cirurgião régio Manuel Gil foi nomeado nesse mesmo documento como cirurgião-mor do Reino, com jurisdição para ordenar a prisão de todos aqueles que exercessem o ofício sem a referida licença (ABREU, 2010).

D. Afonso V, em 1461, separou os ofícios de físicos e boticários, desautorizando os boticários de exercer a Medicina e os físicos e cirurgiões de comercializar medicamentos (SILVA, 2015).

Em 1481, D. João II expede uma carta em nome de seu cirurgião-mor, mestre Antônio Cavaleiro, deliberando que ninguém poderia usar da dita arte da cirurgia sem primeiro ser examinado por ele. Quem fosse constrangido exercendo a cirurgia sem a licença do cirurgião-mor deveria ser preso e teria que pagar pena de dois marcos de prata; metade para o cirurgião e metade para o acusador. A legislação impulsionou a própria população a delatar os profissionais que trabalhavam sem regulamentação (SILVA, 2015).

Investindo em uma progressiva delimitação das esferas de atuação das três profissões de saúde mais importantes – físico, cirurgião e boticário – coube a D. Manuel I elaborar o primeiro Regimento do Físico-Mor, em 28 de junho de 1515, que regulamentou as disposições dos alvarás anteriores, precedido pela regulamentação das funções médicas hospitalares (Regimento do Hospital Real de Todos-os-Santos, 1501) e da aprovação do Regimento dos Boticários de Lisboa (1497) (ABREU, 2010; SILVA, 2015). Pelo seu caráter fundador, o Regimento do Físico-Mor constitui um marco incontornável da história das profissões de saúde em Portugal (ABREU, 2010).

Em 25 de fevereiro de 1521, um regimento de D. Manoel reformou o Regimento do Físico-Mor, aproveitando para ordenar que os médicos nacionais e estrangeiros que quisessem exercer a Medicina deveriam ser examinados pelo físico-mor (BICHO, 1926; ABREU, 2010). É importante observar que o estudo universitário era caracteristicamente teórico, caracterizado pela leitura e pelo comentário dos textos de Medicina greco-arábica de Galeno e Avicena. A prática do ofício, no entanto, era adquirida fora da universidade, acompanhando-se um médico em sua atividade rotineira (SILVA, 2015). O exame consistia em uma parte teórica e outra prática, podendo ser esta substituída por testemunho escrito que assegurasse que o requerente tinha dois anos de experiência no acompanhamento de físicos aprovados (ABREU, 2010). Além disso, o candidato deveria se



submeter a uma avaliação presencial que permitisse certificar a sua capacidade profissional, realizada durante certo número de visitas médicas organizadas pelo físico-mor (ABREU, 2010; SILVA, 2015). Caso o candidato fosse aprovado nessas três fases, ele receberia uma carta certificada pelo físico-mor, pela qual seria pago um marco de prata (SILVA, 2015). Essas regulamentações foram primariamente direcionadas para a prática médica na metrópole, pois, nas primeiras décadas após o descobrimento, não se pode nem falar da existência de Medicina no território brasileiro (HERSON, 2003).

O regimento de 1521 introduziu uma alteração da maior importância sobre seu antecessor de 1515 (ABREU, 2010). Fez desaparecer a indicação de que candidatos não graduados pudessem ser examinados, significando que o estatuto de físico ficava dependente da formação universitária (BICHO, 1926; ABREU, 2010). No entanto, em lugares onde não houvesse físicos com formação acadêmica, e reconhecendo o rei eventual necessidade de prover recursos de saúde às populações, o físico-mor estava “autorizado a examinar homens ou mulheres cujos méritos e experiência fossem certificados pelas autoridades” competentes (ABREU, 2010, p. 99). Esse senão legitimaria a atuação dos diversos empíricos não graduados no Brasil nos anos por vir.

Acrescentava também nova alínea proibindo aos físicos fazerem acordos com os doentes para aumentar a sua remuneração, garantindo também aos pacientes o direito de reclamações, perante o físico-mor, contra a “má cura” dos físicos (ABREU, 2010). Ao terminar, o mesmo regimento fazia incluir uma especificação de algum relevo. Mantendo o discurso de 1515, que determinava que nenhum cirurgião poderia exercer a Medicina sem exame e licença do físico-mor, vedando aos cirurgiões de tratarem de Medicina. O novo regimento proibia também aos físicos o exercício da cirurgia, “salvo sendo examinados e havendo carta do cirurgião-mor”, o que expressamente equiparava os poderes do cirurgião-mor e do físico-mor, legitimando sua autoridade profissional (BICHO, 1926; ABREU, 2010).

Desde tempos medievais, havia distinção entre o exercício da física – erudito e contemplativo – e as práticas cirúrgicas, que pressupunham a manipulação dos corpos e do sangue (ABREU, 2010). Aos físicos cabia o trabalho intelectual de definição das doenças, o exame da urina e a prescrição terapêutica e, ao cirurgião, a cura de feridas e chagas através da aplicação de curativos. O físico era um letrado, um profissional das “artes liberais”, que buscava o meio para a cura na ciência dos livros e na observação dos sintomas. Já o cirurgião era prático e seu ofício estava restrito às “artes mecânicas”, precisando orientação do físico para fazer incisões dos



abscessos, curativos nas feridas, redução das fraturas e sangrias (SILVA, 2015). Esta matriz de diferenciação entre físicos e cirurgiões, que penalizava socialmente os últimos, haveria de perdurar no tempo. Entre as razões para tal estigma estava a dificuldade de definir os limites do campo de ação dos cirurgiões, que dificilmente permitiam distinguir os barbeiros-cirurgiões dos cirurgiões-barbeiros ou sequer confirmar a formação profissional dos que se apresentavam como licenciados (ABREU, 2010).

O Regimento do Físico-Mor definia uma multa elevada para quem exercesse a Física sem a devida autorização, de trinta dobras da banda; metade para o físico-mor e metade para o acusador. O infrator era preso e o rei atribuía ao físico-mor a “jurisdição da execução das penas” (SILVA, 2015).

Foi, porém, em relação aos boticários que o Regimento de 1521 estatuiu maiores alterações regulamentares (ABREU, 2010). Pouco adiantava a presença de bons físicos se os remédios receitados eram mal feitos (SILVA, 2015). Por isso, enquanto no regimento de 1515 outorgou-se ao físico-mor jurisdição sobre as boticas e mezinhas, concedendo-lhe autoridade para atuar em caso de má qualidade dos produtos e não cumprimento dos preços usados pelo boticário da Corte, o regimento de 1521 ampliou suas competências sobre os boticários em um plano estritamente profissional já que o exercício da profissão ficou dependente de aprovação pelo físico-mor em exames realizados em moldes idênticos aos dos físicos (ABREU, 2010; SILVA, 2015). A prescrição médica também passou a ser imprescindível para a venda de medicamentos “solutivos, ou purgativos, opióides, [...] remédios fortes e perigosos” (ABREU, 2010). Penas de prisão, destruição de produtos e multas pecuniárias estavam entre as mais variadas penalizações previstas aos prevaricadores, físicos ou boticários (ABREU, 2010; SILVA, 2015). Ao contrário do que acontecia na França desde os séculos XIII e XIV, onde a atividade dos boticários era regulamentada pela Faculdade de Medicina de Paris, a Coroa de Portugal imputava essas atribuições ao físico-mor, um sinal evidente sobre o valor que se atribuía a ele (ABREU, 2010; SILVA, 2015).

É provável que a deterioração do ensino universitário em Lisboa e a sua consequente transferência para Coimbra, em 1537, foram determinantes na concretização da autoridade do físico-mor, mesmo contra a oposição dos representantes do povo, que solicitaram nas Cortes de 1535 que o físico-mor só pudesse examinar médicos e cirurgiões detentores de graduação universitária, fundamentados na acusação de que o físico-mor se movia apenas por interesses econômicos – um marco de prata por cada licença concedida – pondo em risco a saúde da



população. Não obstante, de pouco lhes valeu tal pedido, pois a proteção régia ao seu médico haveria de se sobrepor às queixas dos povos (ABREU, 2010).

Em quatro de novembro de 1545, o monarca aumentou a duração do curso de Medicina, de seis para oito anos, ampliando os negócios do físico-mor, que aumentou a venda de “cartas de médico a estudantes que mostravam atestado de dois anos de frequência por Salamanca”, um vasto mercado interno de empíricos que compunha o mundo eclético de barbeiros, cirurgiões, boticários, parteiras, sacamolas (dentistas), cristaleiras (osteopatas), entre vários outros, que trabalhavam tanto nos grandes centros urbanos como rurais da metrópole e que contribuíam para reduzir o universo de recrutamento da Faculdade de Medicina (ABREU, 2010).

Nem mesmo a autorização para se exercer a Medicina sem formação universitária pelo Regimento de 1521, visto que não havia físicos graduados em parte alguma da colônia, estimulou a vinda de profissionais da Medicina para o Brasil.

2.1.2 Os Primeiros Imigrantes

O primeiro físico a pisar em terras brasileiras foi o mestre João Menelau, bacharel em Artes e Medicina, cirurgião de D. Manuel I e físico e astrônomo da armada de Pedro Álvares Cabral (GUIMARÃES, 2007). No entanto, da mesma maneira que a maioria dos físicos que chegavam à “Terra de Santa Cruz”, após curta permanência, partiu para as Índias Orientais (HERSON, 2003; GUIMARÃES, 2007).

As concepções que os portugueses faziam do Brasil colônia não eram boas e surgiram logo após a desilusão de não terem descoberto riquezas naturais (PEREIRA, 2014). Assim, mandavam os delinquentes que por suas culpas houvessem de ser degradados, como forma de excluir e banir da sociedade os elementos ameaçadores da ordem moral e social (HERSON, 2003; PEREIRA, 2014). Com a Carta de Évora de 25 de setembro de 1534, D. João III garantiu que os foragidos da lei poderiam permanecer no Brasil sem serem molestados, “salvo”, dizia a Carta, “os culpados de heresia, traição, sodomia e moeda falsa”. O Brasil tornou-se atração e refúgio de expiação da escória repelida da metrópole, abrigo de criminosos anistiados, bandos de ladrões, moedeiros falsos, assassinos, condenados da justiça e mulheres de má vida (HERSON, 2003; PEREIRA, 2014).

Os primeiros profissionais da Medicina a se radicarem no Brasil foram poucos cirurgiões, barbeiros, boticários e aprendizes de barbeiros que chegaram nas expedições colonizadoras de



Martim Afonso de Souza (1530) e dos donatários das capitanias instituídas por D. João III a partir de 1532 (HERSON, 2003). O primeiro profissional diplomado a exercer a Medicina no Brasil viria somente em 1549 com os jesuítas da Companhia de Jesus, o primeiro governador-geral Tomé de Souza e diversos degredados provenientes das prisões do Reino (HERSON, 2003; UNICAMP).

Com a chegada de Jorge Valadares, foi fundada por Tomé de Souza a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, na cidade de Salvador (BARRETO, 2005). A primeira Santa Casa fora criada em Olinda (1539) e, até a Independência, um total de 17 foram implementadas (MARCHESOTTI, 2013), responsáveis por oferecer hospitalização de caráter humanitário e atendimento às tropas portuguesas encarregadas da defesa do território colonial (CUNHA, 2009; MARCHESOTTI, 2013). Em sua essência, as Santas Casas de Misericórdia tinham como princípio a prática das obras da Misericórdia compiladas por Tomás de Aquino no século XII, ou seja, dar de comer a quem tivesse fome, dar de beber a quem tivesse sede, vestir os nus, visitar os doentes e presos, dar abrigo a todos os viajantes, resgatar os cativos e enterrar os mortos (MARCHESOTTI, 2013).

O padre Manoel Nóbrega, responsável pelos jesuítas no Brasil, preocupado moralmente com o acasalamento entre as indígenas e colonos portugueses – que as usavam para satisfazer seus anseios sexuais e, ao mesmo tempo, aproximarem-se dos índios da terra, obtendo braços fortes para carregar o pau-brasil para suas naus – e com a miscigenação que ocorria, pediu ao Rei que mandasse ao Brasil mulheres brancas portuguesas para se casarem e se reproduzirem com os colonizadores, com o objetivo de tornar a raça branca prevalente. Foi assim que foram enviadas pelo rei meninas órfãs, ladras, assassinas e prostitutas, para se casarem com os colonos e povoarem o Brasil (CAVOUR, 2011).

Na comitiva do segundo governador D. Duarte da Costa, desembarcou o físico-mor Jorge Fernandes, licenciado em Medicina e sucessor de Jorge Valadares, tendo exercido suas funções oficiais entre 1553 e 1557, com ordenado mensal de 5.000 réis (HERSON, 2003).

Depois de Jorge Fernandes veio o mestre Afonso Mendes, cirurgião-mor de Lisboa, nomeado por alvará régio de 5 de fevereiro de 1557 para servir no período administrativo do governador-geral Mem de Sá, com ordenado de 1.500 réis mensais. Mestre Afonso exerceu a função de primeiro cirurgião da colônia por mais de 15 anos (HERSON, 2003).

Anos depois, em 1591, veio o mestre José Serrão como cirurgião-mor para servir na administração do governo de D. Francisco de Souza (HERSON, 2003). Mas se a Medicina erudita



tardou a chegar à colônia, as doenças não demoraram a afligir seus habitantes. Grande parte dos europeus que desembarcou na América trouxe consigo micro-organismos infecciosos e, sem tratamento devido, atravessavam o oceano em embarcações sem condições sanitárias adequadas e péssima alimentação (BAIDA e CHAMORRO, 2011; AGE, 2012). Eles acabaram por disseminar enfermidades que se tornaram epidêmicas, atingindo grande número de pessoas ao mesmo tempo, muitas das quais eram desconhecidas no Novo Mundo, tal como gripe, afecções catarrais, pneumonia, sífilis (também conhecida como lues, cancro duro, avariose, doença do mundo, mal de franga, mal de Nápoles, mal de Santa Eufêmia ou pudendagra), gonorreia, verminose (achaque do bicho, enfermidade do bicho, corrupção do bicho ou simplesmente bicha), disenterias (mal das câmaras, câibras de sangue, cursos de sangue, ventre solto ou fluxos de ventre), boubas (pian ou mian), bicho de pé (tunga ou pulga-de-areia) e outras doenças (SILVA, 2008; BAIDA e CHAMORRO, 2011). Na ausência de profissionais gabaritados, o tratamento era prestado por qualquer um que estivesse disponível: curiosos, curandeiros, raizeiros, pajés, mães de santo, parteiras e barbeiros (HERSON, 2003; SILVA, 2008; CUNHA, 2009).

2.1.3 As origens das doenças e os seus tratamentos

A teoria humoral hipocrático-galênica foi o principal corpo de explicação coerente do que eram saúde e enfermidade entre o século IV A.C. e o XVII D.C. (BAIDA e CHAMORRO, 2011; SILVA, 2015). Nessa perspectiva, entendia-se que o corpo era constituído por quatro humores fundamentais: o sangue, a pituita (ou fleuma, ou catarro), a bÍlis amarela e a bÍlis escura, de cuja coexistência em doses adequadas dependiam os fenômenos vitais. A teoria dos humores conduziu à prática da purificação do corpo pela sangria e pela purga. Os tratamentos da época se baseavam em três máximas: “primeiro sangrar, depois purgar e em terceiro fazer o clister” (SILVA, 2015, p. 1338). Assim, as sangrias eram usadas à exaustão. O sangue era considerado como sinal prognóstico de acordo com sua coloração, consistência e até o sabor.¹ Além disso e de alguns procedimentos caseiros, as possibilidades terapêuticas não eram muitas (SILVA, 2015).

Na sua obra *De Fabrica Corporis Humani* (1543), ao defender a realização de autópsias pelos médicos, Vesálio advogava uma aproximação entre o saber médico e o cirúrgico, uma ideia que teve imediata repercussão nas faculdades de Medicina europeias por meio da renovação dos estudos médicos e anatômicos. A Universidade de Coimbra acompanhou desde o primeiro



momento o dinamismo reformador que se vivia além-fronteiras, conforme demonstram os alvarás de D. João III, de 16 de outubro de 1546, ordenando ao Corregedor da Comarca de Coimbra e ao Provedor do Hospital Real que fornecessem os corpos necessários às suas práticas de anatomia. Era sugerida a utilização de cadáveres de “pessoas estrangeiras de que por isso senão siga escândalo algum” (ABREU, 2010).

No Brasil, a Medicina hipocrático-galênica dividiu espaço com a cultura indígena e africana (BAIDA e CHAMORRO, 2011). Enquanto a Medicina europeia ensaiava os primeiros passos da revolução científica que desencadearia o desenvolvimento da ciência moderna, a arte médica colonial brasileira foi marcada por uma relação conflituosa, mas de complementaridade entre os diferentes saberes – provenientes de indígenas, europeus e africanos – preocupados em preservar a saúde, diagnosticar e curar o corpo doente (SILVA, 2008; BAIDA e CHAMORRO, 2011; AGE, 2012). Das crenças misturadas e em muitos pontos semelhantes, as doenças também eram relacionadas de alguma maneira com o cosmo, sempre ligadas pela tradição supersticiosa e alimentadas pelos mitos e lendas (SILVA, 2008; PEREIRA, 2014). Astrologia e superstição caminhavam lado a lado da Medicina (SILVA, 2015). Acreditava-se que as doenças eram causadas por bruxaria ou feitiçaria e que, para se curar a moléstia, era preciso agir contra o mau espírito invocado (AGE, 2012; PEREIRA, 2014). Combinando ervas medicinais, amuletos, rezas e simpatias, muitas vezes tratava-se de moléstias leves ou sérias (AGE, 2012), sem nenhuma comprovação técnica ou científica de sua eficácia e sem o menor cuidado com a transmissão de doenças (SILVA, 2008). Como relatou Ginzburg (2010), a Medicina era praticada por “curandeiros, feiticeiros, encantadoras que, com a ajuda de unguentos e emplastros temperados com sortilégios e orações supersticiosas, curavam qualquer espécie de doença” (GINZBURG, 2010, p. 113). O clima também era visto como um dos maiores responsáveis pelas doenças (PEREIRA, 2014). Ainda distantes de uma ciência longe de concepções mágicas, o clima era entendido como o transmissor dos males e uma via alternativa, de onde vinham os castigos divinos (SILVA, 2008; PEREIRA, 2014; SILVA, 2015). Essa visão também era partilhada de maneira geral com a cultura indígena e africana (PEREIRA, 2014). Adicionado a isso, mesclavam-se as práticas jesuíticas de cura pela fé (SILVA, 2008).

Enquanto na Holanda, na França e na Itália, os médicos, não sem resistência, começaram a se adaptar aos novos tempos, em Portugal, a Inquisição e os ensinamentos dogmáticos dos jesuítas criaram sérios obstáculos para o desenvolvimento do conhecimento científico. O cristianismo



medieval ensinava que as patologias eram causadas pelo pecado da pessoa doente ou de seus parentes, sendo, portanto, um castigo divino. Então, a cura deveria vir pelo arrependimento e a conversão da pessoa doente, o que era realizado através do cumprimento ou pagamento de penitência (BAIDA e CHAMORRO, 2011). Antes de iniciar qualquer tratamento, um dos primeiros hábitos do físico era saber se o paciente já tinha se confessado (SILVA, 2015). Como a doença era considerada fonte de purificação e redenção, “o sofrimento era amigo da alma” (BAIDA e CHAMORRO, 2011, p. 20). Em todos os relatos, havia o senso comum sobre o caráter punitivo da doença e, por este motivo, atribuía-se a eclosão das epidemias à interferência divina, fosse entre os indígenas, que andavam nus, alimentavam-se de carne humana e, sobretudo, eram pagãos, ou entre os franceses que, apesar de cristãos, representavam perigo aos domínios lusitanos (BAIDA e CHAMORRO, 2011; GURGEL e ROSA, 2012).

2.1.4 O equilíbrio de poder e a regulação da Medicina na metrópole

Ao tempo que a Medicina no Brasil era praticada por quem quer que estivesse à disposição, em Portugal, acirrava-se a disputa de poder entre a Universidade de Coimbra e o físico-mor. Opondo-se a legitimidade do físico-mor em autorizar o exercício da Medicina a indivíduos não graduados, em 1549, o reitor da Universidade propôs ao monarca que indenizasse o físico-mor em contrapartida à suspensão de “sua intervenção nociva no estudo da Medicina”. Ainda que a questão tenha sido formulada pela primeira vez nesses termos, ela acabaria por reaparecer outras vezes ao longo do século XVII. O prestígio e o poder dos físicos-mores não era um fenômeno novo. O enobrecimento dos médicos reais era, aliás, bastante comum na Europa, mas iria alcançar outra dimensão em tempos de alargamento da nobreza, não sendo poucos os físicos e cirurgiões ligados à Casa Real a ascender ao título de nobre, ordenados cavaleiros das Ordens Militares, além de acumularem regalias pecuniárias e ofícios. Fortalecido pelo apoio da Coroa, o físico-mor foi-se “alargando” demasiadamente “nas licenças que dá para curarem idiotas⁴ e outras pessoas que estudaram Medicina fora do Reino”, criticava a universidade. E algumas razões lhe assistiam, considerando-se os casos que apresentavam em tribunal contra “cirurgiões romancistas” que, portando a licença do físico-mor, exerciam “cura de Medicina” mesmo em locais onde havia físicos

⁴ Do grego “*idiótes*” que significa “pessoa leiga, sem habilidade profissional”, por oposição àqueles que desenvolviam algum trabalho especializado.



com diploma da Universidade de Coimbra, o que era contra os regulamentos. Em sua defesa, o físico-mor apontava que a universidade não podia reivindicar sobre seus estatutos, “que é jurisdição real”, além de outras objeções de relevo, incluindo o reduzido número de médicos letrados, a contumácia das câmaras municipais para que o físico-mor examinasse determinados “profissionais”, atestando os seus bons serviços, e a ampla aceitação social dos empíricos, que se apresentavam muitas vezes em caridosos trajes, “curando os pobres de graça” (ABREU, 2010).

Abreu (2010) enfatizou que é importante não menosprezar um aspecto a que a historiografia tradicional não deu o devido relevo:

[...] os interesses econômicos da Universidade e dos seus professores, tantas vezes movidos, à semelhança do físico-mor que tanto criticavam, pelo desejo de protagonismo social e de posições de notoriedade. Aliás, o principal objetivo profissional dos professores da Faculdade de Medicina era a nomeação como físicos-mores ou cirurgiões-mores, como o afirma Tomás Serrão de Brito, numa queixa que apresenta ao monarca em 1634, quando se sentiu lesado pela escolha régia, que o preterira a favor de um outro médico” (ABREU, 2010, p. 107).

De fato, o que a documentação mostra é que, em vez de combater a concorrência do físico-mor por meio de um discurso exaltando a racionalidade científica, contra o empirismo e investindo no recrutamento de alunos, a faculdade de Medicina, de todas as faculdades da Universidade de Coimbra a socialmente menos apreciada, foi-se esgotando em atitudes que pouco a glorificavam e muito contribuíram para a fraca reputação que adquiriu, manifestada pelo limitado interesse que o curso despertava entre os alunos, que preferiam as lucrativas formaturas em Leis, Cânones e Teologia. Se havia alguma ideia agregadora entre os médicos formados em Coimbra era mais a de defender seus privilégios sociais e interesses econômicos do que a preocupação com a existência de uma estrutura médica dotada de identidade própria, com direitos e deveres, capaz de promover a sua autoridade científica sobre o exercício da Medicina, trazendo ao seu controle boticários e cirurgiões, entre outros profissionais de saúde, como era característica de numerosos colégios na Europa da época. Enquanto isso, o físico-mor crescia em poder e patrimônio, a despeito das queixas de abuso realizadas pela população, de que os físicos-mores “faziam prisões e impunham multas que arrecadavam para si” (ABREU, 2010).

Por alvará de 26 de julho de 1559, D. Sebastião encarregou o cirurgião-mor de examinar os cirurgiões que tivessem frequentado as Universidades de Coimbra, Salamanca e o Hospital de Guadalupe, assim como os empíricos que frequentassem os dois anos de anatomia e cirurgia no Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, onde, desde 1556, o físico Duarte Lopes ministrava aula



de anatomia como “obrigação de fazer as disseções necessárias dos falecidos no hospital e nos justicados” (BICHO, 1926; ABREU, 2010). O alvará de 7 de julho de 1561 ordenou aos corregedores das comarcas a realização de fiscalizações anuais para se informarem “das pessoas que curavam de física”, verificando se tinham sido examinadas pelo físico-mor ou se exerciam sem sua autorização. Neste caso, os processos deveriam ser-lhes remetidos para atuação judicial (ABREU, 2010). Esse mesmo alvará proibia aos médicos terem botica ou receitarem boticários a seus parentes (BICHO, 1926). Vendo sua legitimidade em risco, o físico-mor Leonardo Nunes queixou-se ao monarca, em 27 de junho de 1562, acusando a universidade de tentar impedir o exercício da Medicina para quem não fosse bacharel formado na dita universidade e, para os que o fossem, que pudessem trabalhar sem a licença outorgada pelo físico-mor. Além disso, queixava-se também de prisões decretadas a empíricos que exerciam a Medicina com a sua licença (ABREU, 2010). A resposta régia, por meio de alvará de D. Sebastião, em 20 de março de 1566, revogou o regimento de 25 de fevereiro de 1521, no que dizia respeito aos médicos portugueses, liberando-os da obrigatoriedade de serem submetidos a exame pelo físico-mor, declarando que certos cursos de teórica e prática eram suficientes para o exercício da Medicina, garantindo às universidades portuguesas o monopólio da formação médica universitária (BICHO, 1926; ABREU, 2010). Em 1589, a universidade propôs a reforma do regimento do físico-mor, propondo indenização de duzentos cruzados⁵ anuais ao físico-mor em troca da sua abstenção – que já estava ordenada em relação aos estudantes das universidades portuguesas – sobre os empíricos e os físicos formados em universidades estrangeiras (ABREU, 2010). Não acolheu a Coroa semelhante proposta, mantendo relativamente aos médicos estrangeiros a doutrina do regimento de 1521 tanto nos alvarás de 2 de setembro de 1599 quanto nos de 6 de julho de 1606 e de 12 de maio de 1608 (BICHO, 1926; ABREU, 2010). Segundo Abreu (2010), o que inequivocamente influenciou o quadro da prestação de cuidados de saúde ao longo do tempo foi, por um lado, uma situação na qual vingaram os privilégios adquiridos pelo físico-mor com o apoio da Coroa e, por outro, a muito peculiar noção do que deveria ser a formação dos profissionais de saúde, aberta ao empirismo, mais valorizada do que a graduação em universidades estrangeiras (ABREU, 2010).

2.1.5 A escassez crônica de médicos e a prática da Medicina na colônia

⁵ Um cruzado valia cerca de 400 réis no século XVI.



Durante a maior parte do século XVI, havia pouquíssimos médicos letrados na colônia (HERSON, 2003). Poucos eram os profissionais que queriam vir ao Brasil, exceto aqueles que buscavam aventuras ou estavam fugindo da Inquisição (UNICAMP). Não havia registro da existência de um único médico em São Paulo (capitania de São Vicente) ou no Rio de Janeiro. Na capitania de Espírito Santo, havia o físico e cirurgião Pero Anriques e, na da Bahia, o cirurgião João Vaz Serrão (LINS, 2014). Em Olinda (capitania de Pernambuco), havia cinco ou seis barbeiros licenciados e nenhum médico, enquanto na capitania de Itamaracá havia dois cirurgiões, Julião de Freitas e Gaspar Rodrigues Covas (HERSON, 2003; LINS, 2014). Em comparação, na cidade de Lisboa, só o Hospital Real de Todos-os-Santos contava, conforme regimento de 1501, com 23 oficiais destinados à cura do corpo, entre físicos, cirurgiões, ajudantes de cirurgia, boticários e enfermeiros (SILVA, 2015). Pela escassez de físicos, qualquer um poderia intitular-se profissional da Medicina e praticar a cura sem dar conta a ninguém. Não havia meios de se pôr em prática o regulamento sanitário do Reino (HERSON, 2003). Somente no fim do século XVI, em 1597, instalou-se o primeiro serviço médico sanitário com a nomeação do cirurgião-barbeiro Antonio Roiz [Rodrigues] para Juiz do Ofício dos Físicos, em São Paulo, com a obrigação de examinar e licenciar os candidatos ao exercício da profissão (HERSON, 2003; LINS, 2014). No entanto, como as distâncias entre vilas ou povoados eram muito grandes, as estradas escassas – viajava-se ao longo do litoral em canoas e embarcações improvisadas – e a comunicação quase nula, qualquer um tentava curar e de qualquer maneira (HERSON, 2003). Assim, a despeito dos diversos regulamentos para a fiscalização daqueles que exercessem a prática da Medicina irregularmente, a impossibilidade de uma fiscalização mais acurada fazia com que as restrições impostas à atuação dessas pessoas não passassem de letra morta (SOARES, 2001).

Em contraposição aos métodos empregados na metrópole que, por ordem de 14 de julho de 1606 e repetida no Regimento das Enfermarias de 1620, proibia de sangrar os doentes sem licença assinada pelo provedor ou pelo enfermeiro-mor (ABREU, 2010), a deficiência de profissionais diplomados e competentes na colônia chegou ao ponto de levar as autoridades a conceder licença de “sangrador examinado”, mesmo a negros e escravos, prática que servia como aumento de renda para seus senhores (CUNHA, 2009). Até mesmo os religiosos que, *a priori*, eram vedados à prática da sangria, foram permitidos a realizá-la por meio de legislação canônica especial, editada pelo Papa Gregório XIII, em 1576, a fim de cumprirem plenamente o papel tomado para si de doutores,



também, dos corpos. Alguns irmãos já vinham do Velho Mundo com formação médica. Outros, em maior número, aprendiam pela observação a experiência de sangrar, purgar e operar os infelizes (VIOTTI, 2014). O mestre cirurgião ensinava a arte a alguns jovens e dava-lhes o título de aprendizes, bem como casa e comida em troca de ajuda nas operações durante a aprendizagem. O trabalho do cirurgião consistia, de modo geral, em amputar, ressecar, desarticular, reduzir luxações, ligar artérias e veias, puncionar e lancetar abscessos e tumorações. Deve-se lembrar de que a anestesia ainda era desconhecida e só viria a ser efetivamente utilizada no século XIX (HERSON, 2003).

O Regimento do Barbeiro, de 1620, ajudou a configurar um pouco melhor o que seriam as práticas diretamente ligadas ao mundo dos cirurgiões-barbeiros-sangradores e a perceber por que é que a universidade se mostrava tão relutante com esse universo profissional. Entre outros assuntos, o Regimento do Barbeiro informava que, diariamente, realizavam-se no hospital entre quarenta e cinquenta sangrias, reconhecendo o excesso de trabalho do único barbeiro oficialmente autorizado para fazê-las e admitindo ainda que a proibição da existência de aprendizes de sangrador, no hospital, tinha facilitado a entrada de indivíduos sem prática suficiente nem instrumentos apropriados – “que nisto se tinha resultado em grande perda e dano dos pobres doentes [...] de que resultou perderem a vida muitos” (ABREU, 2010). A Carta Régia de 12 de dezembro de 1631 elaborou o primeiro Regimento do Cirurgião-Mor e ordenou que ele deveria possuir um livro no qual inscrevesse os nomes de todos os cirurgiões que exerciam com e sem licença régia, bem como os demais profissionais que estavam na sua alçada: “sangradores, parteiras, pessoas que consertam braços e pernas, dão suadouros, tiram dentes e curam doidos”, atuando criminalmente contra os prevaricadores (BICHO, 1926; ABREU, 2010). O documento mantinha o exercício da cirurgia sujeito a exame do cirurgião-mor, tal como ficara estabelecido em 1448, acrescido da exigência de conhecimento de latim e de dois anos de prática hospitalar ou, alternativamente, quatro anos de experiência com cirurgião aprovado. Procedimentos idênticos eram previstos para os sangradores que se apresentassem para exame (também mediante prova de prática de dois anos em hospital), parteiras e demais ofícios referenciados (ABREU, 2010).

No cotidiano da colônia, as doenças se faziam presentes e eram combatidas por meio de práticas híbridas e novas adaptações, negociação e aprendizagem das práticas indígenas no combate às doenças. Por exemplo, para as sangrias serviam, no lugar de lancetas, bicos de aves, ferrões de arraias, dentes de quatis ou cutias (PEREIRA, 2014). Além de reclamarem do reduzido número de



médicos, as autoridades coloniais aludiam constantemente às grandes dificuldades de aquisição de remédios procedentes de Lisboa. Com efeito, segundo testemunho das autoridades coloniais, a importação de medicamentos era precária e morosa. A situação era agravada ainda mais, diziam os queixosos, pelo fato de que, durante as viagens marítimas, muitos desses fármacos deterioravam-se com grande facilidade. Repetidas vezes, as prateleiras das poucas boticas existentes na colônia apresentavam-se desfalcadas, ressentindo-se da ausência de diversos medicamentos prescritos pelas farmacopeias adotadas em Portugal e, como se isso não bastasse, denunciavam as autoridades, as drogas importadas eram comercializadas a preços exorbitantes (SOARES, 2001). Por provisão régia de 29 de outubro de 1609, o físico-mor foi encarregado de visitar as comarcas do Reino e providenciar sobre assuntos da sua competência e, por alvará de 15 de novembro de 1623, de inspecionar todas as drogas que viessem de países estrangeiros. O Decreto de 03 de setembro de 1627 determinou que o físico-mor fizesse um regimento para o preço dos remédios, que deveria ser declarado pelos médicos nas receitas (BICHO, 1926). Em 13 de março de 1656, D. João IV publicou o Alvará n.º 76, em que determinava que os médicos e cirurgiões receitassem os remédios em português e que os farmacêuticos não aceitassem as receitas de outra forma, sob a pena de cinquenta cruzados cada um, a metade para o acusador e a outra para o desembargo do Paço (SOARES, 2001).

A escassez de médicos na colônia prolongou-se por muito tempo (HERSON, 2003). Os poucos que se arriscavam – ou eram obrigados – a vir exercer seus serviços no Brasil não conseguiam oferecer assistência médica de boa qualidade devido às precárias condições encontradas, ao tempo insuficiente de aprendizado no Reino para o desempenho da profissão, às enfermidades muitas vezes distintas daquelas encontradas no Velho Mundo e às grandes dificuldades na disponibilização de medicamentos (FURTADO, 2005; CUNHA, 2009; AGE, 2012; UNICAMP). Isso, talvez, tenha sido uma das razões do descrédito na arte médica, e explica o fato de tantas pessoas terem preferência pelos feitiços e as rezas. Tenazes no esforço e compartilhando conhecimentos sobre a arte de curar, os práticos ou empíricos, sempre bem vistos e aceitos por homens e mulheres leigos, gozavam de prestígio social. Até os que detinham privilegiada situação econômica recorriam, muitas vezes, aos práticos de sua confiança para sanar seus males (AGE, 2012). A recompensa pela cura consistia geralmente em espécies pelo preço ajustado: algumas mãos de milho, “um quintal de algodão”, panos, açúcar, galinhas, etc. Na época seiscentista havia constante falta de dinheiro e as mercadorias valiam moeda (HERSON, 2003).



Simão Pinheiro Morão (1618-1695), um dos primeiros médicos a legar um tratado sobre as doenças e curas particulares dessas terras, alertava que a população se entregava

de todo coração mais aos experimentados empíricos do que aos cientes experimentados, entendendo falsamente consistir a experiência para curar só no conhecimento de algumas ervas, ou nos sucessos de algumas curas [...] até mesmo os párocos, que por preceito de Deus e da Igreja deveriam atalhar estes abusos [as mentiras e falsos prognósticos dos práticos], caem neles (VIOTTI, 2014, p. 01).

Apesar dos constantes conflitos entre a Medicina popular e a ciência médica, vários estudos apontam o uso do conhecimento informal pelos médicos diplomados. A Medicina oficial reconhecia as virtudes terapêuticas em produtos de origem animal e vegetal que faziam parte da Medicina popular. Muitos médicos receitavam os medicamentos oriundos da Medicina popular. Se a Medicina popular estava presente no receituário médico erudito, complementando-o, em casos de epidemias era comum encontrar práticos receitando e administrando remédios aos doentes (AGE, 2012). Não é somente a ausência de médicos que explica a ampla aceitação dos curandeiros, mas, antes, a concepção de que a origem das doenças tinha uma natureza sobre-humana, sobre a qual essas pessoas possuíam a legitimidade de intervir (SOARES, 2001). A impopularidade da ciência médica fazia parte do imaginário social da época. Além dos fatores já citados, a ciência erudita encontrava resistência pela dificuldade dos médicos em lidar com as práticas ou valores populares relativos à saúde. Não infreqüentemente, o médico erudito era chamado somente em último caso, já que não eram conferidos a ele a mesma confiança e o mesmo prestígio dos curandeiros e, ainda, devido à influência que a religião tinha sobre a doença e o ato de curar (AGE, 2012). Isso criou um sentimento de “desconfiança” de alguns setores da sociedade para com os médicos e de confiança para com as pessoas que gerenciavam ritos considerados “mágicos” (BAIDA e CHAMORRO, 2011).

2.1.6 A ameaça de epidemias

No final do século XVI, como resultado do desenvolvimento agrícola, novas terras foram colonizadas, exigindo a expansão da força de trabalho. Estima-se que entre os séculos XVI e XIX cerca de quatro milhões de escravos foram traficados para o Brasil, mais de quatro vezes o estimado para qualquer outro destino americano. A desorganização social e a fome devido às grandes secas



africanas facilitaram tanto a captura de escravos quanto o aparecimento de epidemias. Como consequência, vários doentes imigraram para diferentes regiões do Brasil, seguindo a marcha da colonização. O tráfico de escravos de regiões endêmicas foi a principal rota de disseminação da varíola nas Américas (ARSENAULT e ROSE, 2014). Em 1562, uma epidemia de varíola iniciada em Portugal teve repercussões inesperadas e trágicas em seus domínios do outro lado do Atlântico, espalhando-se por toda a costa brasileira, em especial nos aldeamentos e missões fundados pelos jesuítas. Entre os anos de 1563 e 1564, calcula-se que nada menos que 30.000 brasilíndios tenham morrido nos primeiros 90 dias após a eclosão, mas como o surto se estendeu por vários meses, é possível que a mortalidade tenha sido ainda maior (GURGEL e ROSA, 2012). Na língua tupi, a varíola era conhecida como *Mereba-ayba*, que significa “doença maligna”. Seus organismos não possuíam os anticorpos específicos para se defenderem das enfermidades. Nas palavras de Ribeiro & Moreira Neto, com a introdução dos patógenos houve uma “verdadeira guerra biológica” (BAIDA e CHAMORRO, 2011). Durante a invasão holandesa – entre 1624 e 1654 – os batavos assistiram impotentes a uma das epidemias de varíola que chegou à Bahia no ano de 1641 e, logo após, alcançou o Rio de Janeiro. O surto se iniciou entre escravos trazidos do Quilombo dos Corvos, na África Central, assim conhecido devido ao grande número de aves desse gênero, encontradas ali, após uma grande epidemia. A eficácia das ações governamentais era pequena quanto ao combate, ao amparo das vítimas e à implantação de medidas eficazes de profilaxia (GURGEL e ROSA, 2012). As tentativas de conter as epidemias incluíam a instituição de cercos e cordões sanitários, além de quarentenas para embarcações com doentes a bordo, em especial para navios negreiros. Contudo, essas medidas eram constantemente burladas, facilitando o aparecimento de novos surtos (GURGEL, ROSA e CAMERCINI, 2011). Sem controle sobre a varíola, sem resguardo e crédula de sua culpa, a população se valia da proteção divina. Afinal, desde os seus primórdios, o Brasil não tinha médicos suficientes para atender sua população esparsa. Essa falta de assistência conduzia a um inevitável apelo ao divino. Assim, a população lotava os cultos em busca de perdão pelos seus pecados, aumentando ainda mais os riscos de contágio (GURGEL e ROSA, 2012).

Menos fatal, mas igualmente virulenta, a tuberculose tornou os índios, virgens de contato, presas indefesas, morrendo aos milhares de “febre hética” ou “lenta”, consumptiva. Chamada também de fraqueza do peito, chagas nos bofes, sangue pela boca ou tísica, a tuberculose atingiu a todos, porém mais acentuadamente aos pretos e mulatos, tidos estes como particularmente



suscetíveis (BAIDA e CHAMORRO, 2011). Os primeiros focos dessa doença ocorreram na cidade do Rio de Janeiro no ano de 1600, onde, alguns anos após, foi criado o primeiro lazareto do país⁶.

Após a notificação dos primeiros casos no Rio de Janeiro, outros focos da doença surgiram na Bahia, no Pará e em diversos pontos da costa brasileira. Tal fato obrigou as autoridades da época a requererem providências da Coroa, sem, no entanto, serem atendidas. As primeiras ações do governo colonial foram tomadas apenas dois séculos após, por ordem de D. João VI, com a regulamentação do combate à tuberculose (EIDT, 2004).

O sarampo fez sua aparição no Brasil desde o início da colonização. O sarampão, como era chamado, foi trazido pela população negra africana e europeia, recebendo várias descrições e alusões por parte dos cronistas da época. O padre Manuel Gomes, em carta de 1615, narrou sobre a epidemia de sarampo que irrompera a bordo entre os índios que combatiam contra os franceses (BAIDA e CHAMORRO, 2011). Outros cronistas relataram que “no Brasil morria muita gente dessa enfermidade eruptiva”:

[O sarampo matou] índios aos milhares e a situação piorou de 1750 a 1758, quando ao sarampo somou-se a varíola; pouco depois, em 1762, ainda no Pará, foi tal o contágio que não bastavam quatro hospitais para receber o número de índios doentes. A mortandade foi tanta que raras vezes se abria sepultura para um só cadáver (BAIDA e CHAMORRO, 2011, p. 16).

Enquanto o desenvolvimento da ciência moderna pôs fim às epidemias na Europa – a grande praga de 1665-1666 havia sido o último grande surto a ocorrer no Reino da Inglaterra –, a imagem de grandes epidemias com centenas de milhares de vítimas estava enraizada na memória de gerações que conquistaram a América, marcando profundamente a história da sociedade europeia (ARSENAULT e ROSE, 2014). Na colônia, onde a população não tinha para onde fugir, lutava-se contra as doenças, utilizando-se todas as armas consideradas apropriadas, cujo valor simbólico do tratamento tinha ainda maior relevância. Nas receitas coloniais de médicos ou leigos, não faltavam doses grandes de excremento de cavalo, usado em decorrência da constituição física do animal, que transmitia a ideia de força e vigor. O uso de substâncias repugnantes e estranhas foi comum até o advento da Medicina científica, na Europa. A origem dessa terapêutica peculiar remonta à Antiguidade e era muito usada por assírios, egípcios, gregos, romanos e sumerianos. Era a chamada *Dreckapotheke* (farmácia de excrementos, em alemão) que foi trazida ao Brasil por colonizadores e se associou à tradicional Medicina indígena, particularmente no uso de plantas medicinais

⁶ Local destinado a abrigar os doentes de Lázaro, lazarentos ou leprosos.



(GURGEL e ROSA, 2012). Os compostos eram feitos muitas vezes utilizando-se dejetos humanos e de animais (SILVA, 2008). Havia uma peculiaridade na aceitação desse tipo de tratamento, além de seu valor simbólico: a crença na cura punitiva. Como a culpa pela doença era atribuída ao próprio doente, a utilização de substâncias abjetas se justificava como meio de causar sofrimento e livrar o pecador de seus males. Assim, quanto mais doloroso e amargo o remédio, melhor efeito ele teria. Acredita-se que as crenças atuais sobre os resultados mais eficazes dos medicamentos amargos sejam reflexo daqueles tempos (GURGEL e ROSA, 2012).

No Regimento do Provedor-Mor (1688), a Coroa ordenou ampliação das competências do provedor-mor, além dos cuidados com as “epidemias de peste”, que passaram a regular os meios de “conservação da saúde e prevenções de más doenças”. Com amplos poderes fiscalizadores e punitivos sobre médicos e cirurgiões, o provedor-mor da saúde passava a ser autoridade suprema, “porque não é matéria que possa haver nela privilegiados” (ABREU, 2010).

2.1.7 O século de ouro da colonização brasileira

O século XVIII é considerado o século de ouro na história da colonização brasileira, pois a descoberta do ouro no Brasil fez mudar os espaços físicos, políticos e administrativos do país, fixando populações em torno dos lugares onde existia o metal dourado, impulsionando a debandada das populações litorâneas e sertanejas para esses locais, e provocando também mudanças sociais e culturais. Esse contexto de efervescência econômica do ouro brasileiro coincidiu com o Iluminismo no continente europeu, que via na ciência um poder infinito para muitos males. O século XVIII ficou marcado na história da educação e da prática médica como um século de superação e inovações embora, na Corte portuguesa, ainda permanecesse a prática médica popular e pouco científica (SILVA, 2008).

Ao contrário do que ocorrera nos séculos anteriores, os tratados médicos redigidos no Brasil sobre a experiência adquirida na capitania do ouro não foram redigidos por médicos graduados, mas sim por cirurgiões e cirurgiões-barbeiros. Eles aliavam a observação dos casos que assistiam à Medicina erudita dos livros, produzindo uma nova forma de conhecimento que oscilava entre o popular e o erudito. Em contradição à especialização das funções definidas na legislação sobre a prática da Medicina no mundo português, esses médicos teciam teorias sobre as doenças, faziam



prognósticos e curas, e receitavam medicamentos – todas atribuições privativas dos físicos – e até produziam seus próprios remédios – atividade restrita aos boticários. Eles se serviam não só dos medicamentos tradicionais oriundos da metrópole, que com muito custo chegavam à colônia após uma longa jornada marítima, mas também das ervas que a natureza local oferecia, cujos usos muitas vezes eram aprendidos com índios e escravos. Foi a crônica falta de médicos na colônia que os levou a redigirem seus livros, voltados a princípio não aos eruditos, mas ao próprio povo que vivia na região, pois “há lugares tão limitados e pobres que neles não há médicos, nem ainda cirurgiões, só sim um simples barbeiro, que intrépida e atrevidamente se mete a curar [...]” (FURTADO, 2005).

Em 17 de agosto de 1740, D. João V revalidou o regimento de 12 de dezembro de 1631, introduzindo elemento adicional ao texto original: à semelhança do físico-mor, também o cirurgião-mor estava autorizado a nomear cirurgiões, sangradores e parteiras por meio da avaliação dos respectivos candidatos nas localidades em que exerciam esses ofícios, evitando-se assim o trabalho e os gastos de um deslocamento à Corte (ABREU, 2010). Na mesma data, uma provisão do desembargo do Paço, reiterada em alvará de 29 de abril de 1763, ordenou que o físico-mor e o cirurgião-mor tivessem comissários em todas as comarcas do Reino, com fim de “fiscalizarem os que incompetentemente usavam do seu ofício”. A portaria de 1º de junho de 1742, emanada pelo Conselho Ultramarino, fez a nomeação de seu delegado no Brasil (BICHO, 1926).

Na Europa da revolução científica, os cirurgiões lutavam pelo reconhecimento de suas funções como arte liberal, em permanente pressão dos físicos graduados. Em 1772, a Universidade de Coimbra reformou os seus estatutos buscando soluções há muito tempo conhecidas por outros países. Mas não seria fácil transformar práticas centenárias em apenas poucas décadas (ABREU, 2010). Diante das constantes denúncias que partiam da colônia para a metrópole, uma ordem régia de 27 de maio de 1742 determinou que o físico-mor fizesse visitas periódicas às boticas e drogarias, fiscalizasse aqueles que exerciam a profissão legalmente e examinasse os boticários (BICHO, 1926). Caso encontrassem medicamentos com “incapacidade ou defeito”, dever-se-ia mandá-los “queimar ou lançar aonde não se possam tornar a recolher, e condenar-se-á o boticário [...] em quatro mil réis na primeira vez e em oito mil réis na segunda vez [...] e se tornar a delinquir no mesmo, será na terceira vez suspenso” (PORTUGAL, 1742). Não obstante, o que era considerado condenável, como a prescrição de medicamentos à população, os equívocos no aviamento das receitas, a venda de “produtos estragados”, a substituição de determinadas substâncias por outras, ou ainda, no mais das vezes, que os conhecimentos dos boticários estavam assentados somente em



sua experiência prática cotidiana – o que, do ponto de vista de médicos e autoridades públicas era suficiente para recriminá-los –, não raramente, esses farmacopolas, assim como os demais curandeiros, conseguiam curar diversos males daqueles que se lhes apresentavam aos balcões (SOARES, 2001). As boticas administradas pelos religiosos da Companhia de Jesus, segundo palavras de um traficante de escravos francês no início do século XVIII, eram “excelente: bem decorada, asseada e provida de todos os tipos de drogas [...] não havia na França nenhuma que se lhe compare. Essa botica dos padres abastece todas as outras da cidade”. Era o caso da botica do Pará que, de acordo com registros de 1760, continha recipientes, estantes com mais de 400 tipos de remédios, diversos exemplares de obras de referência médica, tachos, balanças, prensas e um aparato completo para feitura de poções e pílulas. E essa seria uma estrutura modesta em comparação às instalações dos colégios do Rio de Janeiro e da Bahia (VIOTTI, 2014). No Rio, por exemplo, além de atender à população, a botica fornecia medicamentos aos demais estabelecimentos da cidade e regiões circunvizinhas, chegando inclusive a exportá-los para Lisboa (SOARES, 2001). Embora as ações na área de saúde tenham acompanhado a trajetória da ordem de Inácio de Loyola em seus colégios na Europa e naqueles estabelecidos nas colônias, tanto nas curas quanto na fundação e manutenção de hospitais, boticas e enfermarias, os missionários foram por quase dois séculos, mais que um suporte ao trabalho dos médicos, os grandes responsáveis pelo suporte da população em todo tipo de peste (SOARES, 2001; VIOTTI, 2014). Até a expulsão dos membros da Companhia em 1759, os jesuítas conseguiram, a partir do aprendizado com os nativos, elaborar diversos medicamentos à base da flora local que se tornaram famosos em todo o império colonial português, difundindo-se pela Europa (SOARES, 2001).

2.1.8 O monopólio da educação médica pelas universidades portuguesas

Até meados do século XIX, ainda eram poucos os médicos graduados atuando no Brasil. Em se tratando do período colonial, é certo que a política metropolitana que impedia a criação de universidades na América Portuguesa foi determinante para a existência de um pequeno número de médicos com formação acadêmica nas terras brasileiras. Em decorrência da proibição imposta pela metrópole ao estabelecimento do ensino universitário em seus domínios ultramarinos, somente os segmentos letrados das elites coloniais tinha recursos suficientes para custear a formação de seus



filhos nas universidades europeias. Além das condições financeiras necessárias, quem se candidatasse à formação médica em Coimbra ou Montpellier deveria apresentar, além do conhecimento obrigatório do latim, o satisfatório em grego e, de preferência, também algo do francês e do inglês, embora essas duas últimas línguas não fossem obrigatórias.¹⁸ Essas exigências não eram obstáculo para o limitado número de letrados na colônia, considerando-se que a maior parte deles era egressa das escolas jesuíticas, nas quais apenas se falava, lia e estudava em latim. Contudo, em números relativos, eram pouquíssimos aqueles que reuniam os recursos necessários – entendidos aqui como instrução e riqueza – para cruzar o Atlântico em direção às universidades do Velho Mundo. Nos séculos XVII e XVIII, cerca de 2100 estudantes nascidos no Brasil cursaram Medicina na Universidade de Coimbra e, em um intervalo de 26 anos (1767-1793), somente 14 estudantes nascidos na colônia cursaram Medicina em Montpellier. A porcentagem de estudantes nascidos no Brasil que frequentaram o curso de Medicina oferecido pela Universidade de Coimbra é de apenas 6,1% do total de alunos para o século XVIII, e 5,1% em relação ao século XIX. Nesse período, a maioria esmagadora dos universitários buscou formação acadêmica em Direito ou Matemática (SOARES, 2001).

Assim, em proporção à vasta extensão colonial e a elevada demanda, o número de médicos diplomados era reduzido, seja pelos baixos salários destinados aos que se dispunham a atravessar o Atlântico, pela ausência de fármacos conhecidos na Europa, medo das pestes e seus contágios, entre outros motivos (SOARES, 2001; AGE, 2012; VIOTTI, 2014). Mesmo nos lugares mais urbanizados e desenvolvidos, a falta de profissionais da Medicina erudita foi regra durante todo o período colonial, especialmente nas regiões mais afastadas das áreas portuárias. Os poucos médicos existentes na imensidão do território colonial geralmente fixavam domicílio nos núcleos mais povoados, isto é, nas principais vilas e sedes das capitanias. Isso não quer dizer que a situação dos moradores das cidades portuárias era muito melhor do que a daqueles que habitavam os sertões (SOARES, 2001). Mesmo nas cidades e vilas mais populosas, os profissionais habilitados para exercer a ciência médica mal davam conta de prestar assistência às tropas marinhas, aos presídios e aos hospitais, mediante modesta remuneração oferecida pelas câmaras municipais, e dando atendimento àqueles que tinham maiores recursos para pagá-los (PORTUGAL, 1782; AGE, 2012). Além disso, nem sempre os médicos graduados regressavam ao Brasil logo após concluírem seus estudos. Alguns deles prosseguiram sua formação acadêmica na Europa, outros permaneciam em Portugal ou na França exercendo funções médicas e ocupando cargos importantes na Corte. Aqueles



que voltavam ao Brasil, portando seus recém-adquiridos diplomas de doutor, geralmente atuavam junto às elites das quais faziam parte, seja no exercício da Medicina, na formação de academias literário-científicas ou no campo da política (SOARES, 2001). A escassez de médicos no Brasil colonial era tão grande que, em 1800, um édito real estabeleceu que, anualmente, quatro estudantes brasileiros deveriam ser enviados a Coimbra, sendo que um deles faria Medicina, outro faria cirurgia e os outros dois dedicar-se-iam às ciências matemáticas (CUNHA, 2009).

As autoridades do físico-mor e do cirurgião-mor foram revogadas em 1782 pela rainha D. Maria I, e os seus poderes foram transmitidos para a Junta do Protomedicato, criada pela Lei n.º 80, de 17 de junho do mesmo ano, em virtude do “pernicioso abuso e estranha facilidade com que muitas pessoas sem princípios e conhecimentos necessários se animavam a exercitar a faculdade da Medicina e arte de Cirurgia; e as frequentes e lastimosas desordens praticadas nas boticas destes Reinos e dos meus Domínios Ultramarinos, em razão de que muitos boticários ignorantes se empregam neste exercício sem terem precedido os exames e licenças necessárias para poderem usar da sua arte” (PORTUGAL, 1782; ABREU, 2010). Compunha-se essa Junta de cinco físicos e dois cirurgiões nomeados por três anos, sendo a sua presidência entregue ao médico mais antigo. A Junta do Protomedicato, a quem foram confiados os poderes do físico e do cirurgião-mor, teve pouca duração (1782 a 1808) (BICHO, 1926).

Em 22 de janeiro de 1808, a Corte portuguesa chegou à Bahia e, menos de um mês depois de sua chegada, foi fundada a primeira escola de Medicina do Brasil, a Escola de Cirurgia da Bahia, em Salvador (CUNHA, 2009; WIKIPEDIA). A metrópole, ocupada pelas tropas francesas de Napoleão, proibiu o envio de médicos para as colônias. Em sete de janeiro de 1809, menos de um ano após a chegada da família real ao Brasil, foi novamente reintegrada a jurisdição do físico-mor e do cirurgião-mor e, em 22 de janeiro de 1810, foi decretado um regimento que unificava todas as atribuições que até então lhes tinham sido dadas (BICHO, 1926; ABREU, 2010). Pondo termo ao monopólio do ensino médico exercido pela metrópole, em 1809, o príncipe regente sancionou a lei que criava o Hospital Militar do Morro do Castelo e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, que posteriormente foi transferida para a Santa Casa de Misericórdia com o nome de Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro (SOARES, 2001; CUNHA, 2009).



3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As regulamentações tiveram influência limitada na prática da Medicina no Brasil colonial, embora as regulamentações das profissões de saúde pela Coroa Portuguesa se aplicassem, a princípio, a todo o Reino português e territórios ultramarinos. Devido à ausência de ouro, prata e outros recursos valiosos, e o subsequente desinteresse pela metrópole, a colônia desvalorizada tornou-se porto e refúgio de vários exilados, incluindo assassinos, ladrões, falsificadores, bruxas, sodomitas, hereges, ciganos, prostitutas e criminosos condenados de todos os tipos, que receberam anistia por determinação real. Ao oferecer perdão a crimes mais graves como esses, pouco poderia ser feito contra aqueles que ousaram praticar a arte da cura, especialmente com o apoio e a aceitação da população carente de ajuda.

Enquanto Portugal tinha uma estrutura social bem estabelecida, hospitais modernos e educação universitária, o escasso número de médicos letrados foi a regra no Brasil colonial, seja pelos baixos salários oferecidos aos dispostos a atravessar o Atlântico, pela ausência de medicamentos disponíveis na Europa, ou pelo medo das "pragas e do seu contágio", entre outros. A proibição para o estabelecimento da educação universitária no Brasil contribuiu para o reduzido número de médicos ao longo do período colonial. Na ausência de profissionais graduados, as regulamentações do Reino foram adaptadas à realidade da colônia, permitindo a certificação de empíricos para fornecer à população recursos de saúde. Embora a expressão "interesses do povo" apareça várias vezes em documentações reais, interesses econômicos e privilégios sociais de indivíduos – nobres, médico-mor, cirurgião-mor, provedor-mor, Universidade de Coimbra, jesuítas, boticários, médicos, cirurgiões e empíricos – influenciaram o quadro de prestação de cuidados de saúde ao longo do tempo e tornaram-se importantes obstáculos ao desenvolvimento da racionalidade científica. Além disso, Portugal não foi capaz de acompanhar os avanços médicos ocorridos em outros países europeus. A ortodoxia dogmática do império português católico e da Inquisição criaram sérios problemas para a evolução do conhecimento científico visto além-fronteiras, especialmente durante a Reforma e a Iluminismo. Todos esses fatores culminaram no desenvolvimento de uma Medicina popular característica e bem estabelecida no Brasil colonial, na qual as causas das doenças e as buscas pela cura se estabeleceram a partir da improvável combinação de tradições científicas da Medicina greco-arábica, juntamente com costumes indígenas e africanos; tudo isso aliado à prática jesuítica de cura pela fé.



Assim, a Medicina colonial foi fortemente influenciada pela religião, tradições supersticiosas, bruxaria e astrologia, sobre as quais os curandeiros tinham legitimidade sobre-humana para intervir. Isso contribuiu para a impopularidade da ciência médica como parte do imaginário social da época, e criou um sentimento de resistência de alguns segmentos da sociedade contra os defensores da Medicina científica clássica, sentimento que permanece agindo subconscientemente até os dias de hoje. Soma-se a isso o terreno politicamente instável e a desordem social, sob ameaça permanente de epidemias.

O desinteresse da Coroa Portuguesa com a colônia brasileira só se modificou após a chegada da família real ao Brasil, quando D. João VI percebeu rapidamente que, sem um mínimo de assistência médica, seria impossível manter a Corte no Brasil. Para os novos moradores nobres da cidade, foram necessárias transformações para tornar o Brasil digno de ser elevado ao posto de sede da Coroa. A partir disso, vários marcos foram alcançados no processo de institucionalização da Medicina brasileira, redefinindo quais práticas terapêuticas seriam legítimas.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. A organização e regulação das profissões médicas no Portugal Moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados. In: CARDOSO, A.; BRAZ DE OLIVEIRA, A.; MARQUES, M. S. (Org.). **Arte médica e imagem do corpo**: de Hipócrates ao final do século XVIII. Lisboa: Biblioteca Nacional, 2010, p. 97-122.

AGE, M. P. As artes de curar: saberes e poderes. In: Anais do VI Simpósio Nacional de História Cultural **Escritas da História: Ver - Sentir - Narrar**, 2012, Uberlândia. Uberlândia: GT Nacional de História Cultural, 2012. 1.ed. Disponível em: <<http://gthistoriacultural.com.br/VIsimposio/anais/Monica%20de%20Paula%20Age.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

ARSENAULT, N.; ROSE, C. Africa enslaved: a curriculum unit on comparative slave systems for grades 9-12, 2014, p. 15. Disponível em: <https://liberalarts.utexas.edu/hemispheres/_files/pdf/slavery/Africa_Enslaved.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BAIDA, R.; CHAMORRO, C. G. Doenças entre indígenas do Brasil nos séculos XVI e XVII. **Revista História em Reflexão**, Dourados, v. 5, n. 9, p. 1-24, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/view/1160/692>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BARRETO, M. R. **A Medicina luso-brasileira:** Instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851). 2005. Dissertação (Doutorado em História das Ciências de Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0277.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BICHO, F. L. C. Organização dos serviços sanitários em Portugal. 1926. Dissertação (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Porto, Portugal. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10216/17675>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRITO, J. J. R. **Memorias políticas sobre as verdadeiras bases da grandeza das nações, e principalmente de Portugal:** oferecidas ao sereníssimo Príncipe do Brazil Nosso Senhor. Lisboa: Impressão Régia, p. 55, 1803.

CAVOUR, R. C. Breve histórico da prostituição no Brasil. In: CAVOUR, R. C. **Mulheres de família:** Papeis e identidades da prostituta no contexto familiar. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica, PUC-Rio, Rio de Janeiro. p. 15-25. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0912457_2011_cap_2.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CUNHA, C. S., et al. A importância da chegada da família real portuguesa para o ensino médico e a Medicina brasileira. **Revista Praxis**, Volta Redonda, n. 1, p. 11-4, jan. 2009. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/01/11.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

DOMINGUES, A. The Portuguese Discoveries and Their Influence on European Medicine. In: **Workshop Plantas Medicinais e Fitoterapêuticas nos Trópicos**, 2008, Portugal. Portugal: IICT/CCCM, p. 1-14, out. 2008. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/9096/f447cc531ecec186267dae465695f868d3aa.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

EIDT, L. M. Breve História da Hanseníase: sua Expansão do Mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua Trajetória na Saúde Pública Brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 13, p. 76-88, mai./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) ‘+ **História: Médicos do Brasil Colonial**’, p. 16-17. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/medicos_do_brasil_colonial.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

FURTADO, J. F. Barbeiros, Cirurgiões e Médicos na Minas Colonial. **Revista do Arquivo Público Mineiro**, Belo Horizonte, n. 41, p. 88-105, jul./dez. 2005. Disponível em:

<http://www.siaapm.cultura.mg.gov.br/acervo/rapm_pdf/Barbeiros_cirurgioes_e_medicos_nas_Min_as_colonial.PDF>. Acesso em: 13 abr. 2020.

GINZBURG, C. **Os andarilhos do bem: feitiçaria e cultos agrários nos séculos XVI e XVII**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 113.

GUIMARÃES, K. B. **Saúde mental do médico e do estudante de Medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 20.

GURGEL, C. B. F.; ROSA, C. A. P. Smallpox in Brazilian Colonial Ages (16th and 17th Centuries). **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, n. 41, p. 387-400, out./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/view/21701/12772>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

HERSON, B. Os primeiros médicos em solo brasileiro. In: HERSON, B. (Org.). **Cristãos-novos e seus descendentes na Medicina brasileira: 1500-1850**. 2.ed. São Paulo: EDUSP - Editora da Universidade de São Paulo, 2003, p. 17-27.

LINS, G. S. A. Médicos e Medicina no Brasil dos Primeiros Séculos, 2014. Disponível em: <<http://druzz.blogspot.com.br/2014/05/a-medicina-nos-primordios-do-brasil.html>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

MARCHESOTTI, A. P. Santa Casa de Misericórdia: História e desafios. **Revista Bem de Vida**. Lagoa Santa, n. 38, p. 10, fev./mar. 2013. Disponível em: <<http://tremdahistoria.blogspot.com/2013/05/santa-casa-de-misericordia-historia-e.html>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

MARQUES, M. S. (Org.). **Medical Art and Body Image: from Hippocrates to the End of the 18th century**. Lisboa: National Library, 2010, p. 101-112.

MIRANDA, C. A. **A Arte de Curar nos Tempos da Colônia: Limites e Espaços de Cura**. 2.ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011, p. 1-528.

PEREIRA, M. As doenças coloniais na construção da capitania de Mato Grosso: Século XVIII. **Revista Historien**, Petrolina, n. 10, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B_JwAHvOtVcZdG53ZnYyMXhQZWm/view>. Acesso em: 13 abr. 2020.

PORTUGAL. Regimento que Devem Observar os Comissários Delegados do Físico-Mor do Reino no Estado do Brasil, 1742. Disponível em: <<http://historialuso.an.gov.br/images/media/F%C3%ADsico%20mor.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

PORTUGAL. Lei pela qual Manda Criar a Junta do Protomedicato, Extinguindo os Empregos de Físico-Mor e Cirurgião-Mor do Reino, 1782.

SILVA, L. L. As “misturas do humano com o divino” na Medicina popular do Brasil colonial. In: Anais do II Encontro Internacional de História Colonial, set./out. 2008, Caicó. Caicó: Mneme - Revista de Humanidades, 2008.

SILVA, P. A. O Hospital Real de Todos-os-Santos e seus agentes da cura. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 22, n. 4, p. 407-438, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1335.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

SOARES, M. S. Physicians and Potion Makers at the Imperial Court: a Colonial Legacy. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 8, n. 2, p. 407-438, jul./ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n2/a06v08n2.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VIOTTI, A. C. C. Entre Homens de Saber, de Letras e de Ciência: Médicos e Outros Agentes da Cura no Brasil Colonial. **CLIO: Revista de Pesquisa Histórica**, n. 32, p. 5-27, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaclio/article/view/24465/19775>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VITERBO, J. S. R. **Elucidário das palavras, termos, e frases, que em Portugal antigamente se usarão, e que hoje regularmente se ignorão: obra indispensável para entender sem erro os documentos mais raros, e preciosos, que entre nós se conservão**. Lisboa: Officina de Simão Thaddeo Ferreira, 1798, p. 382.

WALKER, T. D. The Medicines Trade in the Portuguese Atlantic World: Acquisition and Dissemination of Healing Knowledge from Brazil (c. 1580-1800). **Social History of Medicine**, Oxford, n. 26, p. 403-431, ago. 2013.