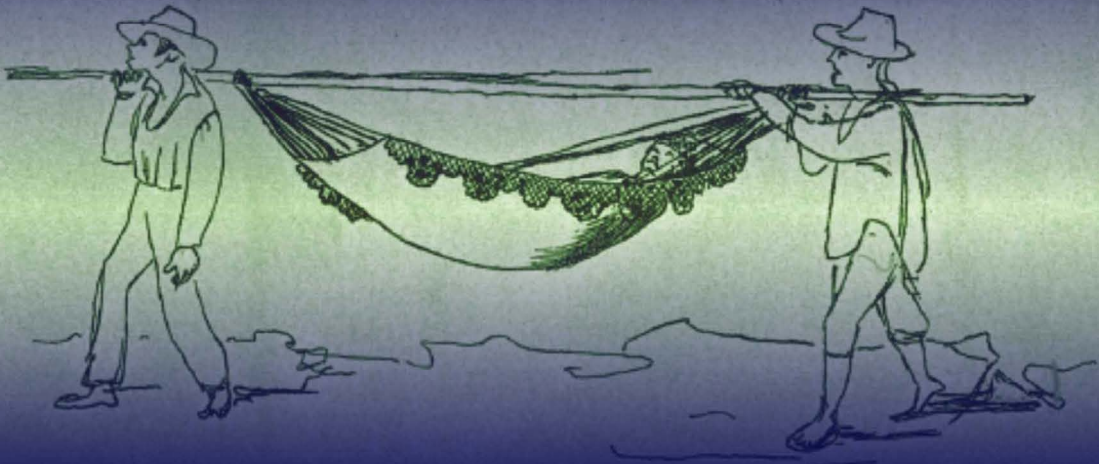


NAUK MARIA DE JESUS

**As Doenças e as Artes de Curar na
Capitania de Mato Grosso
(1727-1816)**



Universidade Federal
da Grande Dourados

Nauk Maria de Jesus

**As Doenças e as Artes de Curar na Capitania de
Mato Grosso (1727–1816)**

São Leopoldo – RS



2022

© Editora Karywa – 2022
© Nauk Maria de Jesus
São Leopoldo – RS
editorakarywa@gmail.com
<http://editorakarywa.wordpress.com>

Conselho Editorial

Dra. Adriana Schmidt Dias (UFRGS – Brasil)
Dra. Claudete Beise Ulrich (Faculdade Unida – Brasil)
Dr. Cristóbal Gnecco (Universidad del Cauca – Colômbia)
Dra. Delia Dutra da Silveira (UDELAR, CENUR, L.N. – Uruguai)
Dr. Eduardo Santos Neumann (UFRGS – Brasil)
Dra. Eli Bartra (UAM-Xochimilco – México)
Dr. Ezequiel de Souza (IFAM – Brasil)
Dr. Moisés Villamil Balestro (UNB – Brasil)
Dr. Raúl Fornet-Betancourt (Aachen – Alemanha)
Dr. Rodrigo Piquet Saboia de Mello (Museu do Índio – Brasil)
Dra. Tanya Angulo Alemán (Universidad de Valencia – Espanha)
Dra. Yisel Rivero Báxter (Universidad de la Habana – Cuba)

Publicação com recurso do Edital PROPP Nº 10, de 29 de março de 2021 - Programa de Apoio à Pesquisa (PAP-FCH).

Imagem da Capa: “Transporte de um maleitoso em rede” de Hércules Florence (1804-1879). In: FLORECE, Hércules. *Viagem fluvial do Tietê ao Amazonas de 1825 a 1829*. v. 93. Tradução de Visconde de Taunay. Brasília: Edições do Senado Federal, 2007. p. 217.

JESUS, Nauk Maria de

As Doenças e as Artes de Curar na Capitania de Mato Grosso (1727–1816). [e-book] / São Leopoldo: Karywa, 2022.

144p.

ISBN: 978-65-86795-18-9

1. Enfermidades; 2. Saúde; 3. Cura; 4. Período Colonial; 5. Mato Grosso; I. Nauk Maria de Jesus.

CDD 617.008; 900

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas fizeram parte da escrita deste trabalho em forma de dissertação de mestrado defendida no ano de 2001. Meus avós João Menelau e Zoita e meu adorável tio Gordinho já foram passear entre as estrelas. Jamais esquecerei o carinho, a preocupação e todas as condições que me deram para que eu estudasse. As saudades são imensas. Agradeço à minha mãe Anita Leocadia e ao meu pai Antonio João. Aos meus irmãos João Matias, Etane e Naine. À tia Maria, Anders e Claudio.

A Carlos Alberto Rosa, meu orientador que me incentivou a estudar Mato Grosso no período colonial e me apresentou um horizonte de pesquisa a ser desenvolvido. À Leilla, Cristiane, Marlene, Donizete, Clementino, Acir e Nancy, colegas da primeira turma de mestrado em História da Universidade Federal de Mato Grosso. À Luzinéia.

Aos que foram meus professores do departamento de História e incentivadores: Thereza Martha Pressotti, Osvaldo Machado Filho, Leny Anzai, Maria de Fátima Costa, Maria Adenir Peraro e Regina Beatriz Guimarães Neto. Aos que estiveram em minha qualificação e defesa de mestrado, Fernando Antonio Novais e Luiza Rios Ricci Volpato.

Aos funcionários do Arquivo Público de Mato Grosso que pacientemente me atenderam durante as pesquisas: Luís, Dulcinéia, Elair e Luzinete. Do Núcleo de Documentação e Informação Histórico Regional/UFMT: Dona Vera, Seu Lauro, Luís e Edvaldo de Assis. À Tetê, que era secretária no Departamento de História, e Matilde da Pós-Graduação.

À Arali, Hanna e Márcia Bretas. Às colegas Tânia Salgado Pimenta e Sônia Magalhães, que conheci durante os eventos sobre saúde e doença, e me auxiliaram, ora no acesso à bibliografia, ora nas sugestões para reflexões

Agradeço à Capes, que por meio da bolsa de mestrado, permitiu o desenvolvimento e conclusão desta pesquisa e de outras realizadas ao longo de minha formação como professora-pesquisadora em História. No ano de 2020, conciliei a revisão da dissertação com as

demandas da vida acadêmica e pessoal, que tiveram as suas rotinas e organizações adaptadas por causa da pandemia do COVID- 19. Revisada, a submeti no Edital Programa de Apoio à Pesquisa (PAP-FCH) /2021, da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), a quem externo meus agradecimentos pelo apoio para a publicação.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
PREFÁCIO	7
LISTA DE ABREVIATURAS	11
LISTA DE MAPA E QUADROS	13
NOTAS DA AUTORA	15
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1. PARA UMA HISTÓRIA DAS DOENÇAS	27
<i>“As doenças têm história”</i>	27
<i>Entre dores e fadigas: as doenças na capitania de Mato Grosso</i>	29
<i>As más influências dos lugares e os fenômenos externos</i>	43
CAPÍTULO 2. SABERES E PRÁTICAS DE CURA	51
<i>Feiticeiros, curadores e benzedores</i>	51
<i>Orações, amuletos e mezinhas</i>	62
CAPÍTULO 3. AS ARTES MÉDICAS NA FRONTEIRA OESTE DA AMÉRICA PORTUGUESA	71
<i>Diferenciando os ofícios e especialidades da arte médica</i>	71
<i>Médicos, cirurgiões e boticários</i>	74
<i>Barbeiros/sangradores, enfermeiros e parteiras</i>	91
CAPÍTULO 4. VACINAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E AULAS DE ANATOMIA E CIRURGIA	101
<i>Organização da saúde pública no Brasil do século XVIII</i>	101
<i>Inoculação das bexigas e fiscalização da arte médica</i>	104
<i>“Instrução de alguns filhos do país...”</i>	107
<i>Aula Régia de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela</i>	116
<i>Aula de cirurgia na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá</i>	120
<i>Cirurgião Lente e alunos da aula de cirurgia do Cuiabá</i>	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	129
<i>Instrumentos de Pesquisa</i>	138
<i>Fontes impressas</i>	139
GLOSSÁRIO	141

PREFÁCIO

Doenças atravessam a existência das pessoas ao longo do tempo e nossos dias pandêmicos têm mostrado o quanto as sociedades podem ser afetadas e adaptadas às “moléstias reinantes” e àquelas que não reinam, mas estão no cotidiano. Certamente, as diversas sociedades e grupos sociais lidam de forma diferente com as enfermidades e o historiador atenta para especificidades, mudanças e permanências. Como as autoridades as enfrentam, quais os grupos mais vulneráveis e quais os significados dados por diversos grupos sociais, como os praticantes das artes de curar e representantes da medicina acadêmica tratam determinadas moléstias são algumas das questões consideradas e analisadas em *As doenças e as artes de curar na Capitania de Mato Grosso (1727-1816)*.

Para os especialistas em história da saúde no Brasil, a dissertação, que deu origem ao livro, já constituía um estudo pioneiro sobre as doenças e os saberes e práticas de cura, oficializados ou não, na capitania de Mato Grosso. Em formato de livro, a obra conta com a incorporação da historiografia mais recente sobre o tema e permite que um público mais amplo acesse informações e análises que ajudam a compreender as experiências dos habitantes do centro da América do Sul.

Baseado em ampla gama de documentos, o estudo de Nauk Maria de Jesus reconstituiu o quadro nosológico da capitania: feridas na garganta, problemas no fígado, dores de cabeça e ouvido, pontadas no corpo, feridas no nariz, rosto e corpo, hipocôndrio direito agravado, febres, curso de tosse e de sangue, fastio, inflamações no corpo, catarções, supressão de urina, doenças dos membros, dores ginecológicas e na virilha, hidropisias, obstrução, volvo, além de bexigas, sarampo, estupor, mal gálico e lepra, entre outras doenças.

As febres, em especial, eram objeto de grande atenção, pois os detalhes que acompanhavam suas manifestações indicavam se se tratava de pestilenta, ardente, podre, maligna, sintomática, contínua, remitente, depuratória, militar, petequial, maligna nervosa, castrense, hospitalícia, carcerária, náutica, cotidiana, terça, quartã, doble, benigna, pernicioso, histórica, lenta, epidêmica, hética, depuratória, errática ardentes, contínuas e intermitentes.

Essas moléstias não eram exclusivas de Mato Grosso. A autora atenta para a circulação de doenças, assim como de mantimentos, ideias e pessoas, entre a capitania em tela, São Paulo, Goiás, Pará e, provavelmente, as missões castelhanas. O isolamento e as quarentenas eram previstos para tentar conter a disseminação de algumas doenças, como sarampo e bexigas. Outro modo de tentar afastar as enfermidades era afogues, fumegar enxofre, borrifar vinagre em casas e cadeias, além de limpar e promover a circulação do ar sempre.

Contudo, forças cósmicas, divinas ou diabólicas poderiam também causar doenças, segundo algumas crenças similares de origem portuguesa, indígena e africana. Assim, curadores, benzedores e feiticeiros foram procurados pela população para aliviar seus sofrimentos causados por enfermidades ou maus-tratos. A partir dos registros de acusações contra a prática da benzedura, por ocasião da Visita Eclesiástica, em Cuiabá, de 1785, Nauk de Jesus consegue mostrar a relação com o difícil cotidiano entre animais peçonhentos, vermes e feridas mal curadas.

A investigação indica também que os saberes e práticas curativas circulavam entre tradições indígenas, africanas e europeias, sobretudo no que se refere ao uso da flora e da fauna. Também era corrente a ideia de que a doença poderia ser transferida para outra pessoa ou para um animal, além da crença de que expelir cabelos, unhas e suores do corpo ou outros objetos indicava que a doença estava sendo extraída do doente. Comumente, orações, amuletos e mezinhas faziam parte do arsenal da população para afastar ou se livrar de enfermidades. Os inventários também foram explorados pela autora, evidenciando a encantadora cultura material relacionada às artes de curar: bacias de sangrias, tesouras com estojo, ventosas de vidro, vidros com água de rainha da Hungria e com tártaro emético.

O livro como um todo apresenta ao leitor um panorama das doenças e das artes de curar no centro da América do Sul, destacando-se a análise sobre os oficiais de cura, a partir de uma documentação dispersa e fragmentada das câmaras, secretaria de governo, provedoria de fazenda e edificações militares. A análise competente de Nauk de Jesus permitiu a identificação de 65 oficiais de cura entre médicos, cirurgiões, boticários, enfermeiros, barbeiros-sangradores, generosamente listados em quadro que pode contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas.

Cirurgiões constituíam a maior parte dos oficiais de cura e importa que, provavelmente, muitos não fossem brancos. Esse ofício poderia representar a possibilidade de ascensão social na América portuguesa e não era raro que conseguissem algum cargo na administração local. Estudos sobre o tema em outras regiões também apontam para esses aspectos, assim como para a constatação de que não eram observadas delimitações rígidas entre os diversos ofícios de curar. Assim, as autoridades solicitavam a presença de médicos e cirurgiões, mas também de sangradores barbeiros, enfermeiros, enfermeiras e parteiras.

A especificidade da capitania de Mato Grosso, no entanto, é apresentada por Nauk de Jesus, que destaca se tratar de uma região de fronteira, onde havia muitos soldados. Desse modo, por um lado, era importante que houvesse um número considerável de oficiais de cura na região que pertenceriam a algum regimento e atuariam em hospitais e fortes militares, onde civis também poderiam ser atendidos. Por outro lado, situações de ameaça de guerra faziam com que médicos e cirurgiões fossem convocados, abrindo espaço para que as próprias autoridades requisitassem nas vilas e povoados curadores, curiosos e benzedores.

Outra contribuição importante para a historiografia da saúde diz respeito ao aprendizado de sangradores e cirurgiões nos hospitais militares de fortes da região. O que estava relacionado com as mudanças ocorridas na segunda metade do século XVIII, quando se discutiam a demarcação de limites e se intensificou a preocupação com a defesa da fronteira oeste da América portuguesa. O plano das aulas de anatomia e cirurgia na Vila Bela, de 1808, e sobre as aulas de cirurgia no hospital militar de Cuiabá, de 1816, apontam para o perfil esperado daqueles que poderiam ser os alunos, ao mesmo tempo em que indicam a adaptação do meio em que a população livre era constituída, em sua maior parte, por negros e mestiços. Como afirma Nauk de Jesus, a criação dessas aulas, a vacinação e a fiscalização das artes de curar mostram que a atuação do governo português alcançou o interior da América portuguesa, porém, só foram possíveis com a contribuição dos moradores por intermédio das câmaras municipais.

As questões aqui destacadas são uma amostra das questões desenvolvidas no livro *As doenças e as artes de curar na Capitania de Mato Grosso (1727-1816)*, que suscitam interesse nos historiadores do

período colonial e da saúde. Com uma escrita muito agradável, o estudo de Nauk, que ainda nos oferece um glossário, enriquece a historiografia, analisando, em especial, as especificidades das artes de curar numa região de fronteira com interesses geopolíticos.

Em 2001, sem dúvida, a dissertação já constituía uma contribuição importante para o campo por sua originalidade e competente levantamento e análise de fontes. Em 2021, em meio à pandemia que grassa solta no Brasil devido, em grande parte, às escolhas e ações dos governantes, o livro, cuidadosamente atualizado em sua bibliografia, passa a ser importante também para as reflexões sobre os enfrentamentos às doenças, as ações de saúde pública e a formação e atuação dos oficiais de cura.

Tânia Salgado Pimenta

Pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da mesma instituição

LISTA DE ABREVIATURAS

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados

FCH – Faculdade de Ciências Humanas

APMT – Arquivo Público de Mato Grosso

NDIHR – Núcleo de Documentação e Informação Histórico Regional

AHU – Arquivo Histórico Ultramarino

BNRJ – Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro

Mss. – Manuscrito

LISTA DE MAPA E QUADROS

MAPA 1. A CAPITANIA DE MATO GROSSO	19
QUADRO 1. BENZEDORES ACUSADOS NA VISITA ECLESIASTICA DE 1785	58
QUADRO 2. RELAÇÃO NOMINAL DOS OFICIAIS DAS ARTES DE CURAR QUE ATUARAM NA FRONTEIRA OESTE DA AMÉRICA PORTUGUESA (1719-1822).....	96
QUADRO 3. RELAÇÃO DE LIVROS ENVIADOS PARA A CAPITANIA DE MATO GROSSO (1799).....	102
QUADRO 4. AULAS DE CIRURGIAS NA AMÉRICA PORTUGUESA	115
QUADRO 5. VALORES EM RÉIS DOS PRÊMIOS PAGOS NA AULA DE CIRURGIA DA VILA DO CUIABÁ	123

NOTAS DA AUTORA

Esta obra é resultado de dissertação de mestrado defendida no ano 2001 na primeira turma do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)¹. Após o ingresso como docente na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), em 2008, os projetos de pesquisa desenvolvidos permitiram amadurecer as discussões sobre a conquista e colonização de Mato Grosso no período colonial, sobre a criação de vilas, arraiais e edificações militares, sobre a administração e o lugar da capitania de Mato Grosso no império português. Parte delas incorporamos na presente obra, que teve a bibliografia sobre as artes médicas e enfermidades no período colonial atualizada e a estrutura de capítulos alterada². Algumas das perspectivas historiográficas adotadas e argumentos defendidos na versão da dissertação foram mantidas.

1. Disponível em: <http://ppghis.com>.

2. Não apresentamos nesta versão as discussões sobre os hospitais militares, os seus regulamentos, aspectos de suas organizações e dietas indicadas aos enfermos.

INTRODUÇÃO

Na manhã de primeiro de março de 1763, o cirurgião Francisco Xavier Corrêa dos Reis estava em sua casa na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá preparando remédio num almofariz, no para-peito de uma janela que se abria para a rua. No interior da casa, dois enfermos. Entre a porta e a janela, do lado de fora, estava Mauricéia do Rosário, parda forra, esperando por outra mulher. De repente apareceu o pardo Simão, oficial de alfaiate. Ele perguntou a Mauricéia se ela ia tomar purga na casa do cirurgião. Depois, impaciente, ele começou a agredir verbalmente o oficial de cura, gritando-lhe que saísse de dentro da casa. Sem resposta, pegou uma pedra e gritou que lhe ia quebrar os dentes. Francisco Xavier dos Reis era cirurgião do hospital militar e da cadeia da Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá e denunciou o alfaiate pardo à justiça. Naquela manhã, além de preparar medicamentos, cuidava de alguns enfermos, entre eles “um pedestre a quem tinha obrigação de assistir por termos”. A narrativa desse documento nos traz elementos que permitem problematizar aspectos do cotidiano na vila, dentre eles, a presença de cirurgiões e as suas atribuições em uma sociedade escravista colonial. Sabemos, contudo, que a busca por assistência curativa não se limitou a eles, pois inúmeros foram os curadores, benzedores e, também, feiticeiros procurados para cuidar dos males físicos dos corpos e das almas.

Assim sendo, neste livro, analisamos a presença dos oficiais de cura (médicos, cirurgiões, boticários, sangradores, enfermeiros e parteiras) reconhecida pelas autoridades das vilas e suas práticas, bem como a dos curadores (benzedores e feiticeiros), que foram chamados para socorrer os moradores da capitania de Mato Grosso em suas enfermidades entre os anos de 1727 e 1816. Dessa forma, as autoridades régias e locais agiram perante a “saúde dos povos” de acordo com os princípios da época, e os homens e as mulheres recorreram a uma multiplicidade de práticas para debelarem as suas doenças. Além disso, destacamos como o fato de ser uma capitania de fronteira geopolítica contribuiu para a predominância de militares nas artes de curar.

A conquista e colonização dessa região tiveram início nas primeiras décadas do século XVIII, com o movimento de homens de São

Paulo em busca de índios para escravização e com as descobertas das minas de ouro no Cuiabá em 1722, que resultou na criação do arraial do Senhor Bom Jesus do Cuiabá. Este, pertencente à jurisdição da capitania de São Paulo, foi elevado à condição de Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá¹ no ano de 1727. A partir da década de 1730, os seus moradores passaram a explorar o vale do Guaporé, onde descobriram novas lavras e fundaram arraiais. Essas minas estavam localizadas em território dos índios Pareci e ficaram conhecidas pelos moradores como o “Mato Grosso, Mato Grosso dos Pareci ou sertão do Mato Grosso, no reino dos Pareci” (ROSA, 2003, p. 22). Até 1748, ano em que foi criada a capitania de Mato Grosso, a Vila Real do Cuiabá foi o principal núcleo urbano da região.

Com a fundação de Vila Bela da Santíssima Trindade em 1752, para ser a capital, a capitania de Mato Grosso passou a contar com dois distritos, o do Cuiabá e o do Mato Grosso, e suas respectivas vilas, Real do Cuiabá e Vila Bela². Portanto, quando nos referimos “ao” ou “no Mato Grosso” estamos nos remetendo ao distrito do Mato Grosso³. Embora possuísse um extenso território (que hoje abrange os atuais estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia), a capitania teve uma população pequena, que até o fim do século XVIII não atingiu trinta mil habitantes.

Localizada nas fronteiras com os governos de Chiquitos, Mojos e Província do Paraguai (pertencentes aos domínios de Espanha), com o Estado do Grão-Pará e Maranhão e com as capitanias de Goiás e de São Paulo, era a parte mais central do continente sul americano, localizada entre os Estados do Brasil e do Grão-Pará e Maranhão. Ressaltamos que compreendemos a(s) fronteira(s) a partir da definição de Tamar Herzog, que a considerou enquanto “resultado de procedimentos multifacetados que permitiram actores definir-se e, ao mesmo tempo, reclamar o território” (HARZOG, 2018, p. 26).

Ao longo do século XVIII foram erguidos arraiais, como os de São Francisco Xavier e Nossa Senhora do Pilar surgidos na década de 1730 em decorrência da expansão para a região do Guaporé. Outros, surgiram na segunda metade do século XVIII, seja por causa da mi-

1. A partir daqui usaremos Vila Real do Cuiabá.

2. A partir daqui usaremos Vila Bela.

3. Nova vila somente foi criada em 1820, a Vila de Diamantino, cuja principal atividade foi a extração de diamante nas cabeceiras do rio Paraguai

Apesar da mineração de ouro ser a principal atividade voltada à exportação e a exploração de diamantes ser praticada clandestinamente até o início do século XIX, as unidades agro criatórias, o comércio de secos e molhados, ambulante ou em lojas e vendas, e aqueles que conectavam a capitania a outras partes da América portuguesa, assim como o contrabando com os domínios hispânicos também foram realizados na capitania de Mato Grosso (JESUS, 2017, p. 70-86). Essas atividades foram mantidas e consolidadas por trabalho escravizado e livre.

Os escravizados levados para o território de Mato Grosso eram provenientes de quatro macrorregiões da África: Guiné-Bissau e Cacheu, na porção norte da África Ocidental; Golfo de Benin, na África Ocidental; e África Central, compreendendo Angola e Congo. A partir de 1830, os provenientes de Moçambique passaram a ser introduzidos em números significativos e entre 1790 e 1870, os grupos de procedência africana Benguela, Mina, Congo e Moçambique foram majoritários na região (SYMANSKI, 2020, p. 171-172).

Quanto aos indígenas, eram oriundos de diversas etnias, que segundo Carlos Alberto Rosa (s/d), tinham as suas estruturas percebidas “de modo estilizado pelos conquistadores/colonizadores, impunham-se como agentes de contracena, com coreografias e falas próprias...”. Na primeira metade do setecentos, o sertanista Antonio Pires de Campos (1981) descreveu os “gentios” que haviam no percurso até o Cuiabá e frisou que “seria processo infinito se quisesse narrar as várias nações (...) e menos numerá-las, por se perder o algarismo (...)”. Entre eles estavam os Payaguá, Guaicuru, Bororos, Caiapós, que realizaram diversas correrias em diferentes momentos e resistiram às guerras justas⁴. Aqueles que sobreviveram foram incorporados como força de trabalho nas vilas e seus termos ou se refugiaram cada vez mais no interior das matas.

Além dos escravizados e indígenas, estavam os livres pobres e os senhores nascidos no reino e na América portuguesa. Diante desse cenário, perguntamos: Quais as ações das autoridades e dos moradores destinadas à cura dos enfermos? Quais doenças acometiam os moradores? De que modo, o ser fronteira geopolítica pode ter impactado as artes de curar? As mudanças em relação à medicina e à ciência na

4. Carlos Alberto Rosa (s/d, p. 7) apontou que esses grupos e suas (re)ações são os mais estudados e chamou a atenção para o pouco avanço nas pesquisas sobre outros povos indígenas, como os que estavam no Guaporé.

transição do século XVIII para o XIX alcançaram a fronteira oeste da América portuguesa? Essas foram algumas das perguntas que nortearam o desenvolvimento da pesquisa e que procuramos responder no decorrer deste livro.

O primeiro marco temporal adotado neste trabalho, 1727, refere-se ao ano em que o arraial do Cuiabá foi elevado à condição de vila, com a implantação da câmara da Vila Real do Cuiabá, cadeia, igreja e pelourinho na praça central. Essas edificações simbolizavam as implantações do poder metropolitano e do poder local no interior da América portuguesa. Já o ano de 1816 corresponde à proposta de criação de uma aula de anatomia e cirurgia em Vila Real do Cuiabá, que parece ter sido influenciada pela vinda da família real em 1808 para o Brasil e pela criação de aulas de cirurgia no Rio de Janeiro.

Utilizamos os termos agentes ou oficiais de cura (médicos, cirurgiões, boticários, barbeiros/sangradores, parteiras e enfermeiros) quando nos referimos aos indivíduos assim identificados na variada documentação consultada⁵, apesar de não sabermos se eles tiveram formações nas funções para os quais foram contratados e se tinham licenças para exercerem as artes de curar. O mesmo procedimento adotamos na identificação de curadores e benzedores. Procuramos nos afastar das análises da história da medicina assentada na ideia de que a prática médica existente naquele período era cheia de superstições e crendices, pois ela reduz o universo cultural das práticas de cura e das concepções de doenças existentes em uma sociedade escravista colonial⁶.

Acatamos parte das interpretações surgidas na década de 1990, quando os estudos sobre as práticas de cura avançaram e provocaram novas análises sobre o tema no Brasil. Dentre os trabalhos sobre o período colonial, estão os de Marcia Moisés Ribeiro (1997), Vera Regina Beltrão Marques (1999) e Tânia Salgado Pimenta (1997), que

5. Para tanto, nos valem das reflexões de Simona Cerutti (1998) que alertou sobre o problema das classificações socioprofissionais, pois, em algumas circunstâncias, as categorias não se adaptam à diversidade de situações. Esse parece ser o caso de muitos cirurgiões estabelecidos na região estudada.

6. Embora não enfoquem a América portuguesa, George Rosen (1994, p. 20) e Jacques Le Goff (1985, p. 8) contrapuseram-se às análises evolucionistas e lineares. Eles optaram pela noção de que os problemas de saúde e os modos de enfrentá-los em cada sociedade são decorrentes de condições políticas, econômicas, sociais e mentais.

analisaram as práticas e os indivíduos que lidaram com as curas. Márcia Moisés Ribeiro (1997, p. 16), com base na “circularidade cultural” proposta por Carlo Ginzburg, defendeu a tese de que no Brasil surgiu uma medicina peculiar, devido a precariedade da vida material, escassez de médicos, cirurgiões e medicamentos e o “sincretismo dos povos responsável pela formação de uma medicina multifacetada e afeita ao universo da magia”.

Vera Regina Beltrão Marques, ao analisar a atuação dos boticários e os medicamentos por eles utilizados, considerou outro ponto de partida para compreensão das artes de curar. Segundo ela, o seu desenvolvimento estava ligado às raízes culturais dos povos residentes na América portuguesa e não ao número reduzido de médicos do reino que teria levado ao desenvolvimento das práticas de curadores e terapêuticas considerados ilegítimos. Para ela,

Considerar a medicina lusitana oficial como saber legítimo e todo-poderoso seria desautorizar outros conhecimentos, à revelia da legitimidade popular que os assinalava, caindo nas malhas da medicina erudita como a única capaz de curar as doenças, vulgarizando as demais práticas. (MARQUES, 1999, p. 28)

Por sua vez, Tânia Salgado Pimenta (1997, p. 23-34) analisou os processos da Fisicatura-Mor⁷, no período de 1808 a 1828. Para melhor entender as ações dessa instituição responsável pela fiscalização das artes médicas no reino e no ultramar, dividiu os indivíduos em dois grupos, não desconsiderando a heterogeneidade existente entre eles: no primeiro, inseriu os médicos, cirurgiões e boticários, considerados pessoas abastadas, com acesso à formação nessas especialidades e socialmente bem posicionadas; no segundo, incluiu as parteiras, sangradores e curandeiros, pessoas pobres, dentre eles escravizados e forros, homens e mulheres.

Nikelen Acosta (2005, p. 13-25) considerou que essas produções do fim do século XX fomentaram os interesses pelos estudos da história da medicina, das práticas e saberes de cura, mesmo que o curan-

7. Essa instituição foi examinada na década de 1970 por um grupo de pesquisadores que adotou a perspectiva de análise de Michel Foucault. Eles consideraram que no século XVIII a medicina era mera coadjuvante do Estado, que visava combater o mal, sem fazer dela um objetivo fundamental da especialidade médica, reflexão que somente ocorrerá nos oitocentos (MACHADO, 1978).

deirismo não tenha sido o tema principal. A autora notou que apesar do uso de fontes distintas, elas chegaram a conclusões semelhantes: primeiro, demonstraram que nos três primeiros séculos da conquista e colonização da América portuguesa existiu uma tênue fronteira que distanciava o saber médico dos saberes ditos populares; segundo, evidenciaram a existência de diversos conflitos entre a medicina oficial e os curadores, mas também no interior da própria medicina e entre os defensores de teorias explicativas das doenças; terceiro, destacaram a predominância da associação entre medicina e magia até meados do século XIX. Além disso, ela destacou que, nos trabalhos desse período, o termo medicina popular caiu em desuso, pois gerava a ideia de que existia outra superior a ela. Foram adotadas as expressões, no plural, *medicinas*, artes de curar e práticas de cura, por incorporarem diferentes indivíduos e saberes. Termos que utilizamos neste livro.

Nas primeiras décadas do século XXI, com a expansão e internacionalização das pós-graduações e a democratização do acesso aos acervos públicos disponíveis *on line* no Brasil, trabalhos sobre as artes de curar na América portuguesa ou em outras conquistas ultramarinas portuguesas foram desenvolvidos em forma de dissertações, teses e obras autorais e coletivas⁸. Esse movimento foi importante porque permitiu conhecer melhor as diferentes realidades e as fontes históricas acessadas, como demonstraram Carla Berenice S. de Almeida (2008) e Ana Carolina de Carvalho Viotti (2012). Esta, em sua dissertação, discutiu as impressões dos doutores acerca dos doentes, dos tratamentos e das curas. Por sua vez, Almeida (2008, p. 18), com base principalmente nas fontes cartorárias, investigou o perfil dos oficiais de cura e daqueles que foram assistidos por eles na Comarca do Rio das Velhas, entre a segunda década do século XVIII e início do XIX. Em sua análise demonstrou a existência de uma medicina mestiça, forjada pelos conhecimentos de uma população multifacetada nas terras luso-americanas.

Para a capitania de Mato Grosso, quatro trabalhos foram desenvolvidos sobre esse tema, além deste. O primeiro a tratar da presença dos cirurgiões e médicos na capitania de Mato Grosso foi Carlos Francisco Moura (s./d), que levantou alguns dos documentos e nomes de oficiais de cura. Marina Azen (2009) analisou as doenças que

8. Dentre eles: Magalhães et al (2017); Pimenta e Gomes (2016); Abreu (2006a, 2006b) e Miranda (2017).

grassaram em Mato Grosso setecentista a partir da visão do viajante naturalista Alexandre Rodrigues Ferreira, que percorreu as capitanias do Grão-Pará, Rio Negro e Mato Grosso, entre os anos de 1783 e 1792, em missão especial ordenada pela Coroa portuguesa. Também com base em monografia escrita por Alexandre Rodrigues Ferreira sobre as enfermidades endêmicas, Leny Caselli Anzai (2017) analisou aquelas doenças que acometeram os moradores da região⁹. Miksileide Pereira (2015), por sua vez, se dedicou ao estudo dos hospitais militares e atendimentos realizados nas vilas, fortes, presídios e destacamentos militares da capitania de Mato Grosso.

Embora privilegiem pressupostos teóricos-metodológicos distintos, as pesquisas citadas concordam que na América portuguesa surgiu uma medicina marcada por saberes indígenas, europeus e africanos. Do mesmo modo, consideram a existência de uma preocupação com a saúde dos colonos por parte das autoridades. Pontos com os quais concordamos, sem perder de vista o contexto em que estavam inseridas, pois, desse modo, evitamos compreender as medicinas e as curas praticadas a partir de parâmetros contemporâneos.

Apresentamos a pesquisa sobre as doenças e artes de curar em Mato Grosso colonial em quatro capítulos. No primeiro capítulo, “As doenças têm História”, apresentamos as concepções de doenças existentes no período e um panorama geral das enfermidades que vitimaram os moradores. Com base nos manuscritos e nas análises de Sérgio Buarque de Holanda (1995) e de Márcia Moisés Ribeiro (1997), observamos as aproximações entre as terapêuticas utilizadas por agentes oficiais (médicos, cirurgiões, boticários, sangrador/barbeiro) e não oficiais de cura (curadores e benzedores), e, a partir desse ponto, construímos o segundo capítulo, “Saberes e práticas de cura”. Nele analisamos as ações dos curadores e benzedores, as crenças nas orações, nos santos e nas mezinhas.

Além dos curadores e benzedores, existiram os médicos, cirurgiões, boticários, barbeiros, enfermeiros e parteiras. Muitos poderiam nem ter frequentado cursos de medicina, serem examinados/licenciados ou serem pessoas com posses, mas exerciam uma prática pública e eram reconhecidos pelas autoridades, como abordamos no terceiro

9. A partir da obra de Leny Caselli Anzai (2009) consultamos a monografia de Alexandre Rodrigues Ferreira. Esclarecemos que, quando referenciarmos esse documento, o indicaremos.

capítulo, “As artes médicas na fronteira oeste da América portuguesa”. Nele analisamos especificamente esses oficiais, aspectos de suas formações, origens e práticas.

No quarto capítulo, “Vacinação, fiscalização e aulas de anatomia e cirurgia”, estabelecemos algumas relações com o pensamento ilustrado propagado em Portugal e a influência dele na América portuguesa e, conseqüentemente, na capitania de Mato Grosso. Privilegiamos as discussões sobre a vacinação, a fiscalização das práticas de curar e as criações de aulas de cirurgias e anatomia na fronteira oeste.

Para a pesquisa, utilizamos diversas tipologias documentais que estão guardadas no Arquivo Público de Mato Grosso (APMT) e no Núcleo de Documentação e Informação Histórico Regional (NDIHR/UFMT), ambos na cidade de Cuiabá. Ofícios, requerimentos, correspondências, processos crimes, inventários, atestados foram consultados, porque as informações sobre as artes de curar estão dispersas na documentação¹⁰.

Embora a abordagem apresentada trate de três séculos atrás, ela tem sua atualidade, sobretudo, quando nos deparamos no século XXI com o ressurgimento de doenças, como o sarampo; com a eclosão de pandemias, como a COVID-19; com práticas, como a do isolamento e do distanciamento social; com resistências às vacinas; com a precariedade dos hospitais e a necessidade de mais profissionais de medicina e com os poderes públicos que pouca atenção deram e dão ao saneamento básico e à saúde da população. Em tempos de epidemias e pandemias, as relações cotidianas são alteradas. Temores e resistências, às vezes manifestados nos ambientes privados e nas intimidades, ganharam o espaço público e nos revelaram saberes, práticas e fragilidades do ser humano perante as enfermidades. O estudo da história das doenças e práticas de cura nos lembram, como afirmou Jacques Le Goff (1985, p. 8) que “as doenças são mortais”.

10. Mantivemos as referências dos documentos consultados no APMT entre 1998 e 2001.

CAPÍTULO 1. PARA UMA HISTÓRIA DAS DOENÇAS

“As doenças têm história”

Este é o título da coletânea organizada por Jacques Le Goff, que considerou o corpo sofredor um objeto privilegiado dos historiadores e as doenças como pertencentes à história. Elas pertencem “não só a história superficial dos progressos científicos e tecnológicos, como também à história profunda dos saberes e das práticas relacionadas às estruturas sociais, as instituições, às representações e às mentalidades (LE GOFF, 1985, p. 8). É essa relação difícil dos homens e das mulheres com as enfermidades que percorremos neste capítulo, identificando-as e apresentando as concepções de doenças existentes no século XVIII.

Nesse período, em Portugal, era ensinada na Universidade de Coimbra, até a reforma ocorrida em 1772, a medicina hipocrática, cuja teoria humoral foi aprofundada por Galeno. Considerava-se que o corpo humano era formado pelos quatro elementos: ar, terra, água e fogo. Cada um deles possuía uma qualidade: seca, fria, úmida ou calor que correspondiam ao organismo humano. A partir do calor formavam-se os órgãos e os humores, sendo estes últimos o sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra. No entanto, essas características sofreriam alterações de acordo com idade e o sexo de cada pessoa, pois, como quatro eram as estações da natureza e da vida e quatro as qualidades elementares, o humor predominante dependeria das estações do ano. Ainda, nos jovens, a tendência era que fossem mais quentes e úmidos que os velhos; os homens, quentes e secos; e as mulheres frias e úmidas. O estar quente e seco era interpretado como sinal de harmonia e de saúde (ANZAI, 2017, p. 95-97; BARRADAS, 1999, p. 33-46).

Nessa compreensão, humor e temperamento tinham uma estreita ligação, e a predominância de cada um deles daria diferentes tipos fisiológicos: o sanguíneo, o fleumático, o bilioso ou colérico e o melancólico. A fleuma, associada ao humor branco e límpido, conferia ao indivíduo que a tivesse em excesso um temperamento monótono e fleumático. O excesso de bílis amarela resultaria numa pessoa de natureza biliosa e conflituosa. A bílis negra levaria à melancolia. Já o sangue, o principal e o mais nobre humor, resultaria nos temperamen-

tos sanguíneos. Quando esses elementos entravam em desequilíbrio, surgiam as doenças (BARRADAS, 1999, p. 34).

Elas poderiam ser tratadas por meio da aplicação de sudoríferos, purgantes, eméticos, clisteres e sangrias, pois prevalecia a tese de que era necessário evacuar os excretos corporais e eliminar os excessos humorais por meio do sangue, da urina, das fezes, dos suores e dos vômitos. As purgas tiveram a sua aplicação generalizada quando os médicos propagaram a ideia de que a emanção de vapores dos intestinos poderia ter um efeito negativo sobre o organismo e gerar graves doenças. Recomendava-se a evacuação, amplamente utilizada por causa da crença nas suas virtudes e efeitos durante a Idade Média e ainda muitos séculos depois, e os vomitivos e sudoríferos como auxiliares. Tinha-se a tríade “*vomere, cacare, sudare*” (BARRADAS, 1999, p. 51-52).

Os clisteres, por sua vez, ganharam espaço a partir do século XVI, com a divulgação das seringas para a sua aplicação na realização de lavagens intestinais. Elas eram fabricadas de madrepérola, de porcelana, de prata, decoradas ou não e, de acordo com Joaquim Barradas, surgiu quase um culto ao clister. Mas foi a sangria o recurso mais utilizado na história da medicina, cuja prática diminuiu no século XIX (BARRADAS, 1999, p. 52).

Ela consistia na retirada do sangue de uma veia periférica e superficial, visível debaixo da pele. O corte na veia também recebeu o nome de *flebotomia* ou de *venecação*. Quando o sangue era extraído de uma pequena artéria dizia-se que se fazia por arteriotomia, não sendo adequado o uso de outros termos. Dentre os materiais usados pelos sangradores estavam as lancetas, a tesoura, a pinça, o porta pedra, a lâmina e as bacias de sangria usadas para recolher o sangue retirado. Estas eram feitas de cerâmica, de cobre e prata, possuindo uma forma côncava (BARRADAS, 1999, p. 10-12).

A quantidade de sangue retirada variava com a idade e a doença. No caso das mulheres, o cuidado era que elas não deveriam ser sangradas durante o período menstrual, pois a hemorragia periódica era vista como sangria salutar que não devia ser suplementada por outra artificial. Sem dúvida, surgiam complicações, como hemorragias e infecções da pele e dos tecidos subjacentes onde tinha sido aplicada a sangria (BARRADAS, 1999, p. 17-21). Ela era praticada com duas finalidades: manter a saúde (enquanto profilaxia) e curar (AGE, p. 2017).

Essas compreensões acerca das curas e das doenças cruzaram o Atlântico e no encontro com os saberes indígenas e depois com os dos africanos resultaram em uma medicina multifacetada, conforme Marcia Moisés Ribeiro (1997), ou mestiça, como defendeu Carla Berenice S. de Almeida (2008). Por sua vez, para Ana Carolina de Carvalho Viotti (2012, p. 11), surgiu uma forma específica de ver e de curar os males, embora para os padrões contemporâneos sejam ineficientes.

Mas quais doenças acometeram os moradores da fronteira oeste da América portuguesa e para além das explicações científicas da época, a quais outros motivos atribuíram o surgimento das enfermidades?

Entre dores e fadigas: as doenças na capitania de Mato Grosso

Um estudo sobre as doenças e índice de mortalidade decorrente de epidemias que acometeram os moradores livres e escravizados na capitania de Mato Grosso apresenta alguns problemas, tais como o fato de que muitas enfermidades poderiam não corresponder às citadas nos registros e outras não foram documentadas. Para além disso, as enfermidades no período colonial eram identificadas a partir de três critérios que nem sempre possuíam correspondência com as doenças atuais: conforme os órgãos atingidos, os sintomas e as doenças propriamente ditos (CRESPO, 1990, p. 120). Essa forma de identificação demonstra a predominância do saber indiciário (GINZBURG, 1990, p. 155), em que as doenças eram reconhecidas pela observação dos sintomas, tanto pelos leigos quanto pelos oficiais de cura que escreviam tratados médicos, os quais evidenciam aspectos da medicina em vigor no período analisado.

Com base em documentos diversos e fragmentados deixados por cirurgiões, por autoridades régias e locais (juiz de fora, ouvidores, capitães gerais, militares, padres etc.), por proprietários de escravos e por pessoas da camada inferior (brancos pobres, ameríndios, negros forros, escravos etc.) estabelecidas na fronteira oeste, no período de 1724 a 1817, constatamos algumas das enfermidades, de acordo com os critérios adotados no período em análise. Elas foram identificadas enquanto doenças que atingiam aos órgãos, como feridas na garganta, problemas no fígado, dores de cabeça e ouvido, pontadas no corpo, feridas no nariz, corpo e rosto, hipocôndrio direito agravado; como febres, cursos de tosse e de sangue, fastio, inflamações no corpo, catarrões, supressão de urina, quanto aos sin-

tomas; e, por último, como bexiga, sarampo, estupor, mal gálico e lepra, doenças propriamente ditas¹.

As febres, maleitas ou sezões, por exemplo, foram consideradas a própria doença, possuindo uma descrição imprecisa, sendo nominadas como perniciosas, malignas, pútridas ou intermitentes e podiam estar relacionadas a uma série de enfermidades, uma delas a malária, encontrada na América portuguesa e em Angola. Ela foi descrita na literatura médica por volta de 1829 e pode ser encontrada em relatos de viagens (KARASCH, 1999, p. 21).

Os soldados do Forte Príncipe da Beira (atualmente no Estado de Rondônia), por exemplo, foram vitimados pelas febres. Os moradores do lugar sofreram com a insalubridade e, por essa razão, algumas vezes pediam permissão para deixá-lo, como o fez o oficial Victoriano de Macedo, que, junto com sua mulher, padecia de muitas sezões e de outras moléstias decorrentes do péssimo clima do local. Segundo ele, sua esposa, por duas vezes, correu risco de vida e, por isso, por “insistência do cirurgião” se mudaram para fora da fortaleza². O Forte Príncipe da Beira, assim como as demais fortalezas localizadas nos distritos do Cuiabá e do Mato Grosso, sofreu com as febres, cuja propagação, segundo registros de época, era facilitada pelos ares que circulavam internamente nessas construções.

O viajante Alexandre Rodrigues Ferreira, autor do trabalho denominado “Enfermidades endêmicas da capitania de Mato Grosso”, apresentou diferentes nomes de febres: pestilenta, ardente, podre, maligna, sintomática, contínua, remitente, depuratória, militar, petequial, maligna nervosa, castrense, hospitalícia, carcerária, náutica, cotidiana,

1. José Barbosa de Sá. *Relação das povoações de Cuiabá e Mato Grosso de seus princípios até os presentes tempos*; Anais do Senado da Câmara de Cuiabá e seus primeiros tempos-NDIHR; Manoel Caetano da Silva a Luiz Pinto de Souza Coutinho. Fortaleza de Nossa Senhora da Conceição, 28/2/1869, lata 1769. Atestado de Pedro Rodrigues Duro. Vila do Cuiabá, 29/10/1770, lata 1770. Atestado de José Antonio Fernandes. Fortaleza de Nossa Senhora da Conceição, 24/.../1773, lata 1773. Manoel Caetano da Silva a Luiz Pinto de Souza Coutinho. Fortaleza de Nossa Senhora da Conceição, 25/2/1775, lata 1775. José Pinheiro de Lacerda a Luiz de Albuquerque. Forte Príncipe da Beira, 27/10/1778, lata 1778. Atestado de Francisco Xavier Corrêa dos Reis. Vila do Cuiabá, 3/12/1780, lata 1780. José Nogueira a Luiz de Albuquerque. Forte Príncipe da Beira, 5/10/1781, lata 1781. Alvará de perdão. Vila Bela, 18/4/1783, lata 1783-APMT.

2. Vitoriano Lopes de Macedo a Manoel Carlos de Abreu, Forte Príncipe da Beira, 30 de julho de 1805 (Mss., lata 1805 A-APMT).

terça, quartã, doble, benigna, pernicioso, histérica, lenta, pestilenta, epidêmica, hética, depuratória, errática ardentes, contínuas e intermitentes. Para ele, era fundamental que se distinguisse uma febre da outra, o que requeria atenção do local, do tempo e da natureza da doença, no sentido de saber se ela era endêmica ou epidêmica (ANZAI, 2017, p. 119-120).

Dentre as causas para a sua propagação estavam o clima local, o abatimento moral do corpo e do espírito e a vida irregular (FONTES, 1966, p. 51). Para cada tipo de febre, o viajante prescreveu dois métodos curativos: o americano e o europeu. Ao apresentá-los demonstrou o conhecimento que tinha desses saberes, que nos séculos XVII e XVIII foram motivos de longas discussões na América portuguesa. A ênfase nas práticas americanas pode ser explicada a partir da pretensão do viajante de escrever algo que fosse compreendido por todos aqueles que não tinham acesso aos conhecimentos da época. Alguns deles, indicados pelo viajante, inclusive já haviam sido testados por pessoas tidas como competentes nas artes de curar. A particularidade do texto de Ferreira está no fato dele colocar as práticas americanas e europeias lado a lado, em um relacionamento circular feito de influências recíprocas (ANZAI, 2017, p. 30-31).

A sua monografia é constituída de prescrições curativas compostas por elementos da flora local e tem como base, já que não detinha conhecimentos médicos específicos, a observação das práticas curativas adotadas no cotidiano e os manuais médicos da época que circulavam no reino e na conquista ultramarina (ANZAI, 2017, p. 86).

Além das febres ou sezões, como registrado nos manuscritos avulsos, a temida bexiga (em geral associada à varíola) chegou até o centro da América do Sul e existem registros de surtos epidêmicos dela na América portuguesa desde o século XVI. Vale lembrar que a epidemia de bexiga foi considerada subproduto do tráfico de africanos, até mesmo em São Paulo, que esteve indiretamente envolvido nesses negócios. O temor em relação a ela era geral. No ano de 1729, uma Ordem Régia determinava que nenhuma pessoa entrasse naquela cidade sem que primeiro fizesse a declaração dos escravos que trazia, deixando-os primeiro no Moinho Velho, para “se lhes dar e mandar a visita da Saúde” (RODRIGUES, 2005, p. 260).

Novos contágios irromperam em 1741-1744, 1761 e 1798, alastrando-se por toda aquela capitania. Em 1741 o pânico foi geral e

alguns moradores abandonaram a cidade e fugiram para o interior (SANTOS FILHO, 1991, p. 161). Lembramos que, de São Paulo, partiram os indivíduos em busca de índios para escravização e de ouro das Minas do Cuiabá em 1718 e as comunicações entre as duas localidades foram intensas no setecentos, sobretudo por meio das monções. Assim, com a capitania de São Paulo, além das mercadorias e do ouro, a Vila Real do Cuiabá pode ter também trocado doenças.

Um dos primeiros registros da bexiga na Vila Real do Cuiabá que temos conhecimento é de 1751, entre os dois grandes surtos ocorridos em São Paulo nas décadas de 1740 e de 1790. Naquele ano, o primeiro governador da capitania, Antonio Rolim de Moura, desembarcou na vila, depois de passar por São Paulo. Cinquenta soldados dragões pertencentes à sua comitiva adoeceram, sendo socorridos pelos cofres reais (SÁ, 1975, p. 46). Não sabemos se eles contraíram a doença no decorrer da viagem ou nas minas cuiabanas, mas arriscamos a hipótese que as epidemias de bexigas que grassaram em São Paulo, na primeira metade dos setecentos, estão relacionadas com as que surgiram na Vila Real do Cuiabá.

Pela parte norte, em função dos contatos do Pará com Vila Bela, intensificados a partir de 1755 com a criação da Companhia de Comércio do Grão-Pará e Maranhão (1755), o mesmo pode ter ocorrido, como se supõe a partir do registro dos “Anais de Vila Bela” do ano de 1776. O soldado dragão Antonio dos Santos dirigiu-se para a vila-capital da capitania de Mato Grosso e com ele foram alguns pedestres, pedreiros e outros artífices para trabalharem nas obras do Real Forte Príncipe da Beira e alguns escravizados enviados pela Companhia do Grão-Pará e Maranhão para a Fazenda Real de Vila Bela. Vinte daqueles e seis pedestres morreram sobre o rio Amazonas, pois o “mal das bexigas” grassava na capitania do Pará (ANAIS de Vila Bela, 2006, p. 205).

Benedito Carlos Costa Barbosa identificou uma epidemia de varíola em 1720 e outra em 1743 em Belém. Esta última começou nessa cidade e durou duas décadas, tendo se espalhado para outras regiões da capitania, para o sul do Maranhão e para o oeste do Amazonas até os seus afluentes, o Rio Negro, o Solimões e o Madeira. Parte da população morreu, sendo muitos deles indígenas, principal força de trabalho na região (BARBOSA, 2016, p. 49-50).

Para o século XVII, Rafael Chambouleyron apontou que as epidemias de bexigas ocorridas no Maranhão ocorreram com as irrup-

ções no Estado do Brasil e com situações de seca e fome em partes do continente africano. Segundo ele, isso reforça a “importância do tráfico negreiro na transmissão de algumas doenças que grassaram entre os indígenas da América portuguesa, dando margem ao estudo do que Philip Curtin chamou de “epidemiologia da migração”. Para o autor, havia uma relação entre dois surtos epidêmicos de bexigas no século XVII no Estado de Maranhão com o desenvolvimento de comércio de escravizados africanos (CHAMBOULEYRON, 2006, p. 79-114).

Em Goiás, fronteira à capitania de Mato Grosso, as epidemias de varíola parecem ter ocorrido em 1771, entre os anos de 1809-1820 e 1873-1874. A epidemia de 1771 abalou a capitania causando muitas mortes entre os índios Caiapó. Já em 1816, na tentativa de conter a propagação da varíola, as autoridades postaram guardas nos rios das Almas, Ouro Fino e Mato Grosso (KARASCH, 1999, p. 25).

Em 1814, a bexiga atingiu o distrito do Mato Grosso, tendo sido decretado estado de quarentena com o fim de evitar a sua propagação. No registro do Cubatão, no rio Jauru, foi controlada a entrada e a saída de pessoas e de mercadorias. Conforme alguns documentos, a bexiga não se alastrou pela capitania nesse ano, mas não significou que ela tivesse se livrado da enfermidade, pois na década de 1820, um certo Felizardo, saindo de Goiás a caminho de Cuiabá com seus escravos, teve alguns deles doentes com bexiga (KARASCH, 1999, p. 25) e na segunda metade do século XIX, já Província de Mato Grosso, foi acometida por uma epidemia de varíola que vitimou muitas pessoas.

A condição de fronteira, com a função de proteger o território português, fez com que a capitania de Mato Grosso estabelecesse um intenso intercâmbio comercial, de pessoas, de mantimentos, de ideias e também de enfermidades com São Paulo, Goiás e Pará. Não descartamos a possibilidade de que a migração das doenças possa ter ocorrido entre as missões castelhanas e a capitania; no entanto, não dispomos de dados no momento. Fato é que as doenças se movimentavam junto com as pessoas pelos caminhos fluviais (por meio dos barcos e canoas) e terrestres (nos lombos dos burros, a pé, nas carroças e carretos) que conectavam as localidades.

As autoridades da época tinham conhecimento disso e, desde 1753, ao menos em Vila Bela, os Estatutos ou Posturas Municipais regulamentavam o estado de quarentena. De acordo com eles, caso fosse notificada alguma peste na Vila Real do Cuiabá, Pará ou rio Guaporé

abaixo, as canoas e tropas seriam impedidas de entrar em Vila Bela. As canoas que viessem do Grão-Pará, não poderiam ultrapassar a Casa Redonda, enquanto que as tropas que viessem do Cuiabá não poderiam passar do rio Jauru:

Cujos lugares se assinalam para os lazaretos, e fazerem neles quarentenas, e acabada ela, um dia antes de chegarem nesta vila, farão aviso a Câmara para os mandar verificar pela saúde, sob pena de que obtendo o contrário, e constando a Câmara, logo os fará despejar da vila, e seus circuitos e deixá-los para outros lazaretos.³

Esse isolamento revela três aspectos. Primeiro, uma espécie de barreira ou cordão de isolamento da vila-capital; segundo, a preocupação com a saúde da coletividade, por meio de medida comum aplicada em tempos de pestes, mesmo que isso resultasse na exclusão do enfermo da sociedade⁴; e, terceiro, as punições aos infratores. Neste caso, aqueles que não cumprissem a quarentena e não esperassem a “visita da saúde” seriam retirados da capitania. Os que fossem donos de tropas ou canoas ainda seriam penalizados com pagamentos de multas que seriam revertidas para os cofres da câmara municipal. Essa era uma das maneiras de assegurar as rendas dos cofres municipais e pressionar as pessoas para que obedecessem a legislação.

Quanto à quarentena, foi uma das medidas adotadas visando a preservação da saúde, mas não podemos esquecer que aliada às ações no plano terreno, era fundamental pedir graças aos céus para prevenir os males. Os vereadores de Vila Bela, antes de referirem-se ao estado de quarentena nos Estatutos, apontavam: “Como pode suceder que nas minas do Cuiabá, ou no seu circuito ou na cidade do Grão Pará, ou por este Rio Guaporé abaixo, se levante alguma peste de que Deus a todos nos livre”⁵.

Além da bexiga, havia o sarampo, considerado até o século XVI uma variedade da varíola, estando as crianças entre as suas principais vítimas (SANTOS FILHO, 1991, p. 164). Entre os anos de 1748 e 1749, a cidade de Belém foi assolada por uma epidemia de sarampo, cujos

3. Estatutos ou Posturas Municipais de Vila Bela. Capítulo 4, parágrafo 2º (Mss., lata 1, 1750-1758, APMT)

4. Ver as discussões sobre a quarentena e seu sentido político em Foucault (1992, p. 88).

5. Estatutos ou Posturas Municipais de Vila Bela. Capítulo 4, parágrafo 2º (Mss., lata 1, 1750-1758, APMT).

mortos parecem ter chegado a cinco mil, sendo as maiores vítimas índios e escravos. Não havia medicamentos, profissionais da arte e religiosos para os vivos, nem sepultura para os mortos⁶.

Na época dessa epidemia, Vila Bela ainda não tinha sido fundada. Temos notícias sobre a ocorrência do sarampo no distrito do Mato Grosso entre agosto de 1789 e princípios de janeiro de 1790, que teria feito muitas vítimas, homens e mulheres. O viajante Alexandre Rodrigues Ferreira, em sua monografia, não se dedicou ao estudo do sarampo, apenas mencionou os danos que causavam aos moradores, e não indicou medicamentos para amenizar os seus efeitos. O seu interesse era a peste do estio, cuja identificação era dificultada por causa dos sintomas semelhantes a outras doenças (ANZAI, 2017, p. 129).

Em relação às doenças da pele, a identificação é imprecisa, pois poderiam estar relacionadas aos sinais de sífilis, às sarnas, coceiras, mal de São Lázaro, entre outras morbidades. No caso da lepra ou Mal de São Lázaro, desde a primeira metade do século XVIII, existiam referências a ela na fronteira oeste, porém, chamava-se lepra a muitas erupções pustulentas. O Mal de São Lázaro e a superlotação foram citados em representação feita pelos presos da cadeia da Vila Real do Cuiabá no ano de 1761 aos vereadores. De acordo com eles, o espaço da enxovia não excedia mais de sessenta palmos de comprimento e dezoito de largura, que possuía naquele momento sessenta presos, entre homens e mulheres, doentes e sãs. Um deles, Euzébio Nunes, inclusive, tinha falecido do Mal de São Lázaro e outros já estavam em tempo de obterem livramento. Por tais motivos, os presos solicitavam a soltura, pois já poderiam requerer o livramento, e possuíam dificuldades de prosseguirem com os seus pedidos devido à distância de Vila Real do Cuiabá da capital Vila Bela⁷.

Os vereadores recorreram ao governador e capitão-general para saberem como proceder diante dessa situação. O governador, em sua resposta, destacou a opressão e o aperto em que viviam os presos por falta de livramento e também por causa das doenças contagiosas. Ele

6. Manuel Ferreira Leonardo. *Notícia verdadeira do terrível contágio que desde outubro de 1748 até maio de 1749 reduziu à consternação todos os sertões, terras e cidades de Belém e Grão Pará extraída da mais fidedigna memória* (Seção de Obras Raras, BNRJ).

7. Livro de Registro de Termos e Fianças e Registro de Cartas expedidas (1751-1775, C7, APMT).

convocou uma Junta Consultiva para solucionar a superlotação na enxovia, pois “de sorte diminuindo em grande parte o número dos ditos presos da enxovia possam curar-se comodamente os enfermos, ficando ainda lugar para viverem os outros sem demasiado aperto, que é o que tem sido a causa de origem ou do contágio”.

Antonio Rolim de Moura foi além em suas observações e considerou que “este remédio de diminuir o número dos presos não basta para atalhar os efeitos do contágio; porque o ar infecto e corrupto, se não dissipar e purificar sempre há de prosseguir as suas malignas operações...”. Ele recomendou que os presos fossem retirados por um dia da cadeia e levados para outras, para que o lugar fosse varrido e limpo de toda a imundície. Em seguida, deveriam acender nela duas ou três grandes fogueiras de lenha seca, com cautela, para que depois de “afogueada” a casa e consumidas as umidades e putrefações se jogassem fora as cinzas, voltando a varrer. Depois, o local deveria ser perfumado com enxofre em pó, lançado em uma bacia ou tacho, com brasas em quantidade suficiente para que o fumo circulasse em toda a casa, que deveria estar com janelas e portas fechadas para dissipar o “ar corrupto” nele existente. Exalado o dito perfume e abertas as janelas, as paredes e pavimentos deveriam ser borrifados com vinagre forte. Essas recomendações seriam tomadas, caso a Junta e o Doutor José Martins Machado, formado na Faculdade de Medicina e perito nela, assim reconhecessem⁸.

Contágio, ar corrupto e infecto. Purificar, varrer, limpar, queimar, perfumar e borrifar. Lenha seca, enxofre em pó e vinagre forte. Tais palavras revelam a concepção de transmissão da doença e cura na época, ou seja, o Mal de São Lazaro era provocado pelo amontoado de corpos entre os presos, que deixavam a atmosfera corrompida pelos ares. Mas não apenas essa enfermidade era causada por esses fatores, como vimos nas causas das doenças no Real Forte Príncipe da Beira.

A qualidade do ar era considerada importante para avaliação da salubridade de um local e assim como a da temperatura e da umidade influiria sobre os corpos, sendo que a tendência do calor seria rarefazer o ar, relaxar e alongar as fibras, levando ao inchaço das extremidades do corpo e à sensação de fraqueza. Já a umidade, quando excessi-

8. Livro de Registro de Termos e Fianças e Registro de Cartas expedidas (1751-1775, C7, APMT).

va, relaxaria os sólidos e alongaria as fibras. O ar quente e a umidade alta comprometeriam o equilíbrio vital. Por isso, limpar e promover a circulação do ar foram práticas adotadas no século XVIII, pois partia-se do princípio que era preciso conservar os corpos e afastar o mau cheiro que poderia contaminar o ar e torná-lo corrupto provocando as doenças (CORBAIN, 1987, p. 119-145, ANZAI, 2017).

Isso explica também a difusão de práticas, como acender fogueiras sugeridas pelo governador, pois o fogo era tido como importante desinfetante e foi utilizado em diversas ocasiões na Europa. Por sua vez, à água não era atribuída o mesmo poder desinfetante, já que era mais difícil impedir a sua estagnação, além dela provocar a umidade, o que se revelava mais perigosa que o ressecamento (CORBAIN, 1987, p. 136-137).

Quanto às paredes, deveriam receber atenção porque conservavam odores e para combater os vícios e aumentar a resistência do organismo era recomendado o uso de aromatas e de perfumes, que tinham valor terapêutico e eram indicados nas farmacopeias. Dentre os produtos utilizados estava o vinagre (RIBEIRO, 1997, p. 37; ANZAI, 2017, p. 112).

No que diz respeito a adoção da prática de isolamento, não recomendada pelo governador Antonio Rolim de Moura, por se tratar de presos e devido à falta de lugares para comportá-los, foi adotada no ano de 1773, quando o mal de São Lázaro infeccionou a Dona Ana Ferreira, mulher de José Francisco Sena, moradores em Vila Bela. A câmara chamou dois cirurgiões da vila para examiná-la e eles atestaram que ela estava “inteiramente infestada” pela doença e informaram que na vila havia outras pessoas com a mesma enfermidade. Diante desse quadro, por ordem do governador e capitão-general Luís de Albuquerque, ela foi levada para seu sítio distante da vila-capital. Essa medida deveria ser adotada em “casos semelhantes e frequentes nesta capitania, para preservar os povos de contágio tão pernicioso” (JESUS, 2017a, p. 193). Sete anos mais tarde chegou um padre portador da mesma doença e, para que ela não se tornasse epidêmica, foi proibido de permanecer em Vila Bela, devendo ser enviado para o lugar de origem⁹.

9. Antonio José de Figueiredo a (ilegível), Vila do Cuiabá, 29/12/1780 (Mss., lata 1780 A, APMT).

Essas medidas revelam a concepção que se tinha da transmissão das doenças, as formas encontradas para impedirem o seu avanço e para a cura dos enfermos. Mas no que diz respeito aos leprosos, não se pode esquecer que desde a Idade Média, eles, assim como estrangeiros e todos aqueles não integrados à sociedade, como os judeus, foram efetivamente acusados de espalharem o mal. O leproso, por sua aparência, era um pecador, que desagradava a Deus, sendo seus pecados purgados através dos poros. Acreditavam que eles eram devorados pelo ardor sexual, o que exigia seu isolamento (DUBY, 1998, p. 91).

Na solicitação de uma Santa Casa de Misericórdia por parte dos homens bons da Vila Real do Cuiabá, na década de 1740, entre as doenças citadas estava a lepra como uma das que atingiam os pobres, que não tinham como expulsá-la do corpo. Essa afirmação demonstra que as enfermidades ou algumas delas não atingiam a todos igualmente, sendo os pobres os mais vulneráveis:

eram bastantes morrendo muitos ao desamparo de queixas adquiridas naqueles sertões que tem sulcado com dispêndio de suas fazendas, e perdas de muitas vidas; que as doenças mais comuns são lepras, obstruções, hidropsias e sezões, algumas malinas e pleurizes e que de todos morrem muitos pobres, por não terem com que se curar (...).¹⁰

Os enfermos pobres achariam descanso para a alma e sepultura para o corpo com a Misericórdia e sua respectiva irmandade. Mesmo alegando a falta de medicamentos, de médicos e de cirurgiões, a deficiente alimentação e as estranhas doenças contraídas no sertão, a solicitação não foi aprovada. A Santa Casa de Misericórdia foi edificada na cidade de Cuiabá no ano de 1817.

As demais doenças mencionadas na solicitação aparecem recorrentemente nos documentos. No que diz respeito às obstruções, foi descrita pelo viajante Alexandre Rodrigues Ferreira, em 1783, como manifestações que provocavam desânimo e dificuldade de locomoção, apesar da pouca importância dada pela população. Para o viajante, elas ocorriam quando os fluídos corporais encontravam algum obstáculo e se estagnavam. Sua origem estaria relacionada ao sedentarismo, às inquietações do espírito e a ingestão de alimentos

10. Requerimento do Ouvidor geral da Capitação e Provedor da Real Fazenda da Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá ao Conselho Ultramarino, março de 1742 (Microficha 37, doc. nº. 306, AHU, NDIHR).

considerados como grosseiros, como farinha, biscoito de milho feito com farinha azeda, canjica, feijão cozido com toucinho, carne de porco, entre outros. As águas impuras, o excesso de umidade e o dormir descoberto no sereno também poderiam contribuir para a obstrução. Sua existência poderia provocar morte súbita, apoplexia, hidropsia e asma (ANZAI, 2017, p. 130).

Já a hidropsia, de acordo com o viajante, se manifestava a partir da estagnação que se “faz a serosidade do sangue em alguma parte ou cavidade do corpo”. Se essa estagnação ocupasse a “membrana adiposa” e se espalhasse por todo o corpo recebia o nome de anasarca, do ventre, ascites ou barriga d’água. O seu tratamento tinha como base medicamentos diafóricos e sudoríferos. Por sua vez, as pleurizes ou inflamações na pleura era sentida por meio de pontadas e febres (ANZAI, 2017, p. 130-131).

Entre as doenças, não citada no documento de 1740, estava o mal gálico, ferida gálica ou humor gálico (que poderiam corresponder à sífilis). No hospital militar do Real Príncipe da Beira, em 1785, ocorreram várias queixas sobre o número de soldados dragões e pedestres que apresentaram os sintomas das “queixas gálicas”. Por terem seu tratamento considerado oneroso aos cofres públicos, por não ocorrer a queda no número de casos, como forma de sanar o problema, foi determinado o desconto do valor do procedimento curativo no soldo e fardamento de cada soldado. Penalizava-se o soldado no bolso¹¹.

De acordo com Mônica de Paula Age, diante das indefinições em relação ao domínio da nosologia, muitas vezes o morbo gálico foi confundido com outros quadros patológicos, principalmente com aqueles que apresentavam dermatose pruriginosa. Além disso, ela foi frequente entre os militares e fazia parte da concepção da época associá-la a uma doença maligna, contagiosa e repugnante. Para o Conde de Lippe, por exemplo, a saúde do corpo militar era fator importante na organização do Exército português, mas para tanto era necessário reduzir as despesas do erário, punir e controlar os soldados em relação às suas condutas morais, pois desde o século XV era corrente a informação de que a transmissão da doença se dava também pelo contato sexual (AGE, 2017, p. 170-171).

11. Provedoria da Real Fazenda, documentos avulsos (Ref. N° 1998/1410, NDIR/UFMT).

Quanto às doenças que atingiam os órgãos, destacam-se dores no ouvido, problemas na fala e nos olhos. Nas regiões mineradoras da América portuguesa, a exposição ao sol e à poeira podem ter provocado doenças oculares, sobretudo, entre aqueles que trabalhavam nas lavras. Sobre elas, sabe-se que em 1765, o então governador e capitão general de Mato Grosso, mencionou que muitos soldados tinham perdido a vista e em 1800, um de seus sucessores alegou que: “(...) pela intemperança daquele clima tem perdido a saúde e se vê repetidas vezes à morte, chegando ao excesso de ter perdido uma vista e da outra quase que pouca diferencia”¹².

Entre os escravizados, problemas nos olhos, na fala ou nos ouvidos foram comuns, sendo também decorrentes de castigos. Essas deficiências, no entanto, também podiam ser congênicas, como era o caso de Joaquim, pardo de 10 anos, surdo-mudo de nascença, “que andava babando”, sem valor algum¹³.

Nos “Anais de Vila Bela”, foi registrado que os meses finais do ano de 1778 tinham sido muito doentio, marcado por muitas febres intermitentes e catarrais, de que morreram muitas pessoas, principalmente “escravos e gente de trabalho” (ANAI, 2006, p. 276). Infelizmente, a documentação que acessamos não nos permitiu avançar no estudo das doenças que acometeram os escravizados estabelecidos na capitania de Mato Grosso, mas a partir de inventários feitos na Vila Real do Cuiabá, realizamos uma sondagem inicial da incidência de moléstias entre eles. Adotamos a terminologia presente na documentação e a partir dessa consulta preliminar identificamos algumas das doenças e acidentes que atingiram os escravizados entre 1789 e 1815. Foram elas: doenças do aparelho respiratório (defluxo asmático, pleuriz, inflamação do bofe); doenças do aparelho digestivo (hidropsias, obstrução, volvo, constipação, dores de barriga); doenças nos olhos (cegueira, ferimentos, dores); doenças dos membros (quebradura da perna, braço, dores nas mãos, pernas, rendido do peito); dores ginecológicas e na virilha (na madre e na virilha); doenças do ferimentos na pele (morféia, gangrena, póstema, sarnas); doenças venéreas (mal

12. Caetano Pinto de Miranda a Rodrigo de Sousa Coutinho. Ano 1800 (Microficha 572, doc. s/nº, AHU, NDIHR).

13. Inventário de Antonio Gouveia Serra, 1789 (Maço 54, processo 722, cartório 5º ofício, APMT).

gálico); acidentes e envenenamentos (picadas de cobra, mordida de animais)¹⁴.

A maior parte delas afetava os membros (braços, pernas, pés e joelhos), seguidas de lesões das virilhas ou das madres. Essas lesões poderiam ser resultantes do trabalho pesado, como carregamento de pesos, e de castigos corporais. Quanto aos problemas nos olhos, provavelmente também decorrentes de castigos, podiam ser causados pela exposição ao sol nos trabalhos nas lavras e na lavoura, carência de vitaminas ou outras doenças graves que resultavam em cegueira.

O viajante Alexandre Rodrigues Ferreira, ao tratar das doenças que acometiam aos escravizados, deu atenção ao escorbuto, que circulava na América portuguesa e na costa africana. Ele o considerou a mais grave das doenças, possivelmente transmitida pelo contágio e mais difícil de debelar que o adquirido no mar. Isso, porque ele era tido como doença de marinheiros, soldados e escravizados que vinham da costa de África, que atacava também os que ingeriam alimentos grosseiros, salgados ou podres, bebiam águas corruptas e respiravam ar impuro. Contudo, para ele, no Mato Grosso, a causa principal do escorbuto entre os escravizados era má qualidade da alimentação. O viajante não se manifestou com veemência em relação ao tratamento dado aos cativos, embora tenha demonstrado piedade pelo sofrimento deles (ANZAI, 2017, p. 142-146).

Com base nos registros de óbitos, Iraci Del Nero constatou que em Vila Rica a taxa de mortalidade entre 1799 e 1801 entre os cativos foi 76% mais elevada que entre os livres. Predominavam entre eles as doenças do aparelho respiratório (asma, pleuriz etc.) e digestivo (hi-

14. Inventário de Francisco da Fonseca (Maço 68, processo 924), Inventário de José Dias Paes (Maço 62, processo 828), Inventário de José de Vasconcelos Castelo Branco (Maço 62, processo 824), Inventário de Antonio Gouveia Serra (Maço 54, processo 722), Inventário de Félix de Miranda (Maço 9AB, processo 130), Inventário de Bento Toledo Pizza (Maço 9AB, processo 135), Inventário de Francisco Fernandes Castro (Maço 71, processo 964), Inventário de Escolástica Josefa de Moraes (Maço 16 A, processo 244), Inventário de Antonio Francisco Neves (Maço 71 A, processo 1048), Inventário de Manoel Nunes de Brito (Maço 42, processo 597), Inventário de Manoel Nunes de Brito (Maço 42, processo 597), Inventário de Pedro Gonçalves Neto (Maço 19 A, processo 281597), Inventário de José Gomes da Costa (Maço 19 A, processo 282), Inventário de Joaquim Lopes Poupino (Maço 25. Processo 379), Inventário de Pascoal Delgado Lobo (Maço 39M, processo 558) e Inventário de Manoel Francisco Leite dos Santos (Maço 39 M, processo 553), (Cartório 5º Ofício, APMT).

dropsia, obstrução etc.). Já as doenças infectocontagiosas (coqueluche, difteria, febres, tuberculose) eram menos expressivas. O ambiente cultural, hábitos de higiene e de alimentação, aliado à decadência econômica, devem ser considerados na compreensão da incidência de doenças do aparelho digestivo e respiratório em Vila Rica (COSTA, 1976, p. 255-256)¹⁵.

Antes de concluirmos a discussão sobre as doenças, ressaltamos que não identificamos no decorrer da pesquisa muitas informações sobre àquelas que atingiram os indígenas. Sabemos que Alexandre Rodrigues Ferreira demonstrou a sua indignação com o tratamento que recebiam dos brancos e elaborou uma longa explanação a respeito. Ele considerava que as doenças entre eles surgiam por causa das más condições de vida e da penúria.

No caso dos índios remeiros que participavam de sua expedição, além dos ferimentos na pele provocados por insetos, eles foram acometidos pela obstrução, apoplexia, hidropsia, asma, febre terça, quartã e a corrupção, muito temida por todos, e sobre a qual falaremos posteriormente. Alexandre Rodrigues Ferreira listou alguns itens para explicar as causas das doenças que os acometiam, tais como as viagens fora das monções; a inquietação e constrangimento do espírito; a assiduidade, a violência do trabalho corporal, a nudez dos corpos expostos ao tempo; a deterioração dos alimentos e a impureza da água que consumiam; a falta de medicamentos, a sua aplicação vaga e arbitrária.

Leny Caseli Anzai discutiu cada um desses itens apontados por Ferreira. Segundo a autora, Ferreira concluiu que as enfermidades que mais afetavam os indígenas remeiros eram a violência do trabalho corporal, a falta de agasalhos e a alimentação precária. Obstante a sua indignação, conforme a autora:

A preocupação maior do naturalista era com a atitude dos funcionários coloniais responsáveis pelas povoações de índios. Acreditava que havia um desvio nos planos traçados pela metrópole para as populações indígenas, e denunciava isso. Comportava-se, pois, como funcionário do governo português, que denunciava o descumprimento de leis por aqueles que deveriam zelar por elas. (ANZAI, 2017, p. 142)

15. Sobre as doenças entre os cativos no Rio de Janeiro, a partir de 1833, ver Karasch (2000, p. 209).

Quanto à doença identificada como corrução ou bicha, atacava o reto e amedrontava a todos os moradores de Vila Bela. O engenheiro milita Ricardo Franco de Almeida e Serra e o quinto governador da capitania, João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres parecem ter sofrido com essa enfermidade¹⁶. Associada às febres, ela mereceu a atenção de Alexandre Rodrigues Ferreira. Segundo ele, quando identificada, o reto ficava relaxado e era possível “a termos de se lhe poder introduzir a mão fechada”. Sua causa estaria no consumo de alimentos mal conservados, no calor predominante na capitania, na umidade e na falta de asseio. Os primeiros sintomas da enfermidade eram sonolência e fortes dores de cabeça, que podiam resultar em desmaio (ANZAI, 2017, p. 125).

Nesse contexto, de modo geral, esse é o quadro nosológico identificado na capitania de Mato Grosso. Futuras análises a seu respeito deverão considerar a migração, a geografia local, os impactos demográficos, os problemas nutricionais, a excessiva exposição ao sol e o trabalho nas lavras e nas lavouras, para que seja possível compreender a incidência de determinadas moléstias nos distritos do Cuiabá e do Mato Grosso e a influência delas no cotidiano.

As más influências dos lugares e os fenômenos externos

Destacamos que o distrito do Mato Grosso, onde estava localizada Vila Bela, em geral, foi visto pelos moradores como um dos piores lugares para se morar, por causa de seu clima insalubre. José Felix de Araújo, que tinha sido provedor da fazenda real, afirmou que pela “intemperança do clima” tinha perdido a saúde, uma de suas vistas, tendo a outra já prejudicada, e por repetidas vezes quase chegou à morte¹⁷. Também por causa do clima, as mães de famílias que tinham se deslocado para Vila Bela com 66 famílias na época do governador Antonio Rolim de Moura tinham sido vítimas do clima, “sendo nas pessoas brancas e delicadas mais preemptória a vida” (JESUS, 1998, p. 21).

Antonio Rolim de Moura, quando se deslocou para a região do Guaporé para escolher o lugar em que fundaria a vila-capital, registrou que o lugar era o mais “destemperado” que tinha visto. No lugar

16. Ricardo Franco de Almeida e Serra a Caetano Pinto de Miranda Montenegro. Presídio de Coimbra, 5 de março de 1798 (Mss., lata 1798 A, APMT; Mss; avulso; lata 1792, APMT).

17. Requerimento. Lisboa, s/d (Mss; microficha 572, AHU, NDHIR).

de São Francisco, experimentavam-se febres catarrais e pleurizes no tempo das friagens, que chegavam a matar, principalmente aos pretos “menos enroupados”. Além disso, eram obrigados a fechar as portas e janelas. As águas consumidas nos arraiais do Mato Grosso também não eram boas para beber, pois faziam “papos”, possivelmente bócio (JESUS, 1998, p. 22).

Nas correspondências de seu sobrinho, João Pedro da Câmara, que o sucedeu como governador da capitania, as queixas em relação ao distrito do Mato Grosso são abundantes. Segundo ele, as más influências do local tratavam do mesmo modo a veteranos e novatos e em 1766, ele implorou ao rei que fosse restituído ao Reino ou transferido para lugar “mais benigno e não haverá algum que não o seja depois de eu ter tolerado as inclemências destes” (JESUS, 2011, p. 166).

O Ministro da Marinha e do Ultramar, Rodrigo de Sousa Coutinho, escreveu que a permanência dos moradores naquele “sertão mortífero de 200 léguas em quadra, tal como o que se observa desde a barra do Guaporé até as Lavrinhas de Mato Grosso” somente era possível graças a abundância do ouro¹⁸.

Nesse contexto, existiram aqueles que resistiram em se deslocar para o distrito do Mato Grosso, com medo de perder a vida ou adoecer, e os que alegaram que não poderiam voltar para o lugar porque padeciam de doenças contraídas no sertão. O lugar era julgado como contrário à natureza das pessoas, que não poderiam deslocar-se para um “clima pestilento e intemperado”, que propiciava o surgimento de doenças dos pulmões e sezões.

Clima mau, doenças, enfermos e mortes estigmatizaram o distrito do Mato Grosso, opulento nos seus primórdios, mas fadado à decadência. As representações negativas em relação a Vila Bela e ao distrito do Mato Grosso, onde ela estava localizada, perduraram durante todo o período em que a capital ali esteve localizada e foi levada para o jogo político na disputa pela capitalidade da capitania de mesmo nome (JESUS, 2011, p. 170-172).

Se, por um lado, as condições insalubres e doentias foram instrumentalizadas na rivalidade entre Vila Real do Cuiabá e Vila Bela, por outro, no cotidiano, os moradores também justificaram o não

18. Rodrigo de Sousa Coutinho a Caetano Pinto de Miranda Montenegro. Queluz, 03 de agosto de 1798 (Livro de Registro 49, 1796-1809, p. 87).

cumprimento de suas funções por causa das doenças. O cabo de esquadra Antonio Manoel Infante, servindo na Vila Real do Cuiabá, por achar-se com rebeldes sezões e sentindo-se em perigo de vida, solicitou dispensa. O soldado Dragão Antonio Joaquim Ferreira, estabelecido em Vila Bela, devido às suas moléstias, encontrava-se impossibilitado de trabalhar no Real Serviço, pediu dispensa. O Juiz de Fora, Teotônio de Gusmão, por padecer de contínuas tosses, lançando sangue pela boca e com moléstia no peito, também dizia estar impossibilitado de exercer sua função em Mato Grosso. Já o governador e capitão general João Pedro da Câmara se queixou do lugar e sua insalubridade¹⁹.

Não conseguir trabalhar, comer, dormir, ou realizar outra atividade poderia ser indício de alguma enfermidade (FERREIRA, 1998, p. 104) e, no contexto analisado, esses mesmos sinais assim foram considerados, tanto pelos oficiais de cura, quanto pelos enfermos que recorriam a diversas razões para explicar as doenças. Entre muitos moradores, letrados ou não, o clima, os ares e as águas foram considerados responsáveis pelas enfermidades, assim como as forças divinas, cósmicas ou diabólicas acusadas de desequilibrarem o corpo, gerando doenças ou mesmo seres estranhos que eram expelidos pelo doente.

Como exemplo, vejamos a narrativa do cronista José Barbosa de Sá, morador na Vila Real do Cuiabá no século XVIII. Segundo ele, em 24 de setembro de 1747, ao meio dia, na Vila Real do Cuiabá, sem sinais de “revolução do tempo”, foi ouvido um trovão, sem que tivesse nuvem alguma no céu. A terra tremeu deixando os moradores assustados e com prejuízos. Após esse fato, ocorreu no ano de 1751 uma epidemia de bexiga que matou muita gente. O cronista parece ter atribuído ao fenômeno cósmico a razão da enfermidade (SÁ, 1975, p. 44).

Associação similar pode ser encontrada no registro feito por ele em abril de 1758, quando apareceu um astro luminoso, que parecia um cometa, que cruzou os céus da Vila Real do Cuiabá. Ele apareceu uma hora antes da manhã, tendo sumido e logo aparecido outro na boca da noite até amanhecer em direção ao sul. Ele foi visto por três

19. Ofício do cabo de esquadra Manoel Infante sobre o seu estado de saúde, s/local, 19 de maio de 1753 (Microficha 92, AHU, NDIHR); Ofício do soldado dragão Antonio Joaquim Ferreira sobre o seu estado de saúde, Vila Bela, 17 de março de 1768 (Mss., ref. n.º 11998/1410, Provedoria da Real Fazenda, NDIHR); João Pedro da Câmara a Francisco Xavier de Mendonça, Forte Nossa Senhora da Conceição, 12 de outubro de 1765 (Microficha 183, doc. 2059, AHU, NDIHR).

meses e passado esse tempo “sobreveio uma peste de cursos de sangue e tosses que matou muita gente (SÁ, 1975, p. 49).

José Barbosa de Sá parecia crer na interferência dos fenômenos cósmicos e naturais na vida cotidiana dos moradores. Essa crença estava presente na Idade Moderna, pois o corpo era concebido como um microcosmo diretamente ligado ao universo visível (clima, água, astros) e invisível (feitiço, mau-olhado, plano Divino). Para os europeus, por exemplo, ele era algo exposto ao exterior, estando sujeito à intromissão de forças ocultas, sendo necessário vigiá-lo permanentemente para manter o equilíbrio com o meio (BETHENCOURT, 1987, p. 52).

Dessa forma, fenômenos cósmicos são tidos como anunciadores de desgraças futuras. Distantes no tempo e da fronteira oeste, Sebastião da Rocha Pita e o médico Ferreira da Rosa afirmaram também que uma das causas da epidemia de febre amarela, em 1685, no Recife, foram os eclipses do sol e da lua. Essa crença amplamente difundida na sociedade da primeira metade do século XVIII aumentava o medo de enfermidades, principalmente após a aparição de um cometa, trazendo em sua cauda estranhas e assustadoras doenças (MACHADO, 1978, p. 85; ALENCASTRO, 2000, p. 135).

Do outro lado do Atlântico, na Inglaterra, circulavam Almanques de Astrologia que versavam sobre eclipses, cometas e conjunções dos planetas, tidos também como anunciadores de problemas na Terra (THOMAS, 1991, p. 249). Tem-se, então, um sistema de crença reinterpretado conforme o local e a situação, mas com um fio condutor parecido: o sobrenatural e o cosmo como indicadores de questões sociais. Nesse universo, parecia se situar o pensamento do cronista José Barbosa de Sá e de outras pessoas.

O governador e capitão general João Pedro da Câmara, escrevendo a Francisco Xavier de Mendonça e Furtado no ano de 1765, queixou-se que nunca mais logrou saúde depois que chegou à repartição do Mato Grosso: “(...) porque o seu clima, sendo dos piores da América, é contrário totalmente a minha constituição. Padeço em todos os quartos de Lua terríveis sezões”²⁰. Também o escravo José Benguela, de 35 anos, que sofria dores no lado esquerdo da virilha, ficava

20. João Pedro Câmara a Francisco Xavier Furtado, Fortaleza de N. Sr.^a da Conceição, 12 de outubro de 1765 (Microficha 183, doc. 2066, AHU, NDIHR).

todas as luas de cama. O escravo Constantino Mina, de 45 anos, tinha o pé esquerdo inchado todas as luas²¹.

Por mais que nesses casos as pessoas estivessem se orientando e controlando o tempo por meio das fases lunares, vale lembrar que existia na sociedade a crença de que determinadas pessoas, por influência lunar, sofriam transformações físicas ou mentais, ficando “aluaradas”, “de lua” ou “com dores todas as luas”. Richard Mead, o mais importante médico em Londres no início do século XVIII, escreveu um tratado sobre a influência do sol e da lua sobre o corpo humano. Para ele, a incidência de epilepsia, vertigens, histeria, asma, menstruação e partos deveriam ser atribuídas às fases lunares (THOMAS, 1991, p. 293). Na América portuguesa, os médicos também acreditavam que a aplicação do curativo, principalmente a sangria, deveria respeitar as fases lunares e as estações do ano, pois os astros ocupando posições diferentes das do Velho Mundo, podiam contribuir para a disseminação das enfermidades (RIBEIRO, 1997, p. 73).

Nessas perspectivas, o corpo estaria vulnerável à interferência de forças ocultas, cósmicas, divinas ou aos feitiços que podiam produzir seres estranhos/monstros no seu interior, como o registrado por Augusto Leverger. Segundo Leverger, na Vila Real do Cuiabá, no ano de 1806, uma parda de nome Inês deu à luz um bicho semelhante a uma cobra, que por muitas pessoas foi vista se mexendo como animal vivo (MELGAÇO, 1949, p. 309).

Nesse universo em que a doença era vista como um justo castigo por infrações e infidelidades dos seres humanos, o corpo feminino era concebido, tanto pela Igreja quanto por alguns médicos, como espaço em que o nebuloso e o obscuro, Deus e Diabo, se digladiavam. Qualquer doença que atacasse uma mulher era interpretada como indício de ira celestial contra pecados cometidos, ou como sinal demoníaco ou feitiço, podendo os filhos monstruosos serem frutos de pecados do corpo (DEL PRIORE, 1997, p. 78).

Em 1726, em Portugal, o médico Brás Luís de Abreu explicou que a palavra monstro, derivava de “monstrando”, pois os corpos monstruosos “mostravam” acontecimentos futuros, anunciadores de

21. João Pedro Câmara a Francisco Xavier Furtado, Fortaleza de N. Sr.^a da Conceição, 12 de outubro de 1765 (Microficha 183, doc. 2066, AHU, NDIHR). Inventário do Alferes Francisco Fernandes e Castro, 1808 (Maço 71, processo 964, cartório 5º ofício, APMT).

caos social, de perversão moral e do fim dos tempos. Evitava-se matá-los para que seus fantasmas não viessem fazer assombrações, e enterrá-los, para não prejudicar a terra. Monstros deviam ser abandonados, mesmo que isso pudesse provocar catástrofes ou grandes agitações. O médico lusitano ainda associava o nascimento de monstros à “curiosa influência dos segredos da natureza” e à passagem de meteoros que se faziam acompanhar de visões, vozes e prodígios admiráveis (DEL PRIORE, 1995, p. 287).

Crenças similares podiam ser encontradas entre indígenas e africanos. De modo geral, entre eles, as causas das doenças graves eram atribuídas às feitiçarias, transgressão de tabus alimentares, regras ecológicas, resguardo pós-parto e descumprimento de deveres para com os deuses. O corpo era um sistema em perfeito equilíbrio, sujeito às intervenções externas (intempéries naturais como ventos, chuvas, secas e inundações) ou a feitiços. Qualquer distúrbio significava falta de harmonia das partes com o todo, que procuraram neutralizar por meio de remédios preparados com ervas, raízes e ritos (Ver FERNANDES, 1993, p. 51; BARROS; VIERTLER, 1997; CHALHOUB, 1996; KARASCH, 2000).

Entre os índios Payaguá, exímios canoieiros que resistiram à invasão e conquista da parte central da América do Sul, havia a crença de que as causas das enfermidades eram de origem natural, como as intempéries da natureza, ou de corpos estranhos, como gases, espinhos, flechas, venenos, alimentos, parasitas e até mesmo espíritos malignos, que invadem o corpo, desequilibrando-o (MOURA, 1984, p. 446). Já entre os índios Bororo, a doença poderia surgir do consumo indevido de certos alimentos, da presença dos mortos ou de feitiços (BARROS; VIERTLER, 1997, p. 9).

Na época da conquista e ocupação da América portuguesa, essas formas de conceber o universo encontradas entre os diferentes grupos, foram vistas pelos colonizadores como sinais de ignorância e de influência diabólica, pois não compreendiam o sentido dessas crenças. Entretanto, na prática, as concepções se mesclaram, criando uma estreita ligação entre concepções de corpo, doença e cura, pois a concepção do universo como uma trama de correspondências ocultas, onde homem e natureza, céu e inferno, real e imaginário se entrelaçam, não foi privativa de um grupo social específico (RIBEIRO, 1997, p. 69).

A história das doenças em Mato Grosso colonial, portanto, nos remete a presença de várias compreensões das causas das enfermidades; ao saber indiciário entre leigos e oficiais de cura na identificação das doenças; ao papel dos governadores e capitães gerais, em muitas situações, como portadores da palavra final no que dizia respeito às medidas a serem empregadas. Evidencia, também, o reconhecimento da inserção desta parte no conjunto mais amplo da América portuguesa e, do Império português, cujo trânsito por caminhos marítimos, fluviais e terrestres, permitiu que as doenças viajassem por entre diferentes lugares e atingissem a diversas pessoas, embora os livres pobres e escravizados pareçam ter sido os mais vulneráveis. Afinal, como afirmou Luís Felipe Alencastro, os contatos entre europeus, indígenas e africanos promoveram a “união microbiana do mundo” (ALENCASTRO, 2000). Porém não podemos esquecer que fomentaram, também, a circulação de diferentes saberes e conhecimentos.

CAPÍTULO 2. SABERES E PRÁTICAS DE CURA

Feiticeiros, curadores e benzedores

Apesar da dispersão de oficiais de medicina pelo vasto território colonial e da escassez de medicamentos, não podemos perder de vista que a busca por curadores era comum e fazia parte do cotidiano dos diferentes grupos sociais na América portuguesa (BELTRÃO, 1999, p. 28). Medicina, magia e religião estavam associadas, pois muitos moradores ao explicarem as origens de várias enfermidades remetiam ao sobrenatural as causas dos males e nele também buscavam a cura. No século XVI, as práticas mágicas e feitiçarias mostram traços europeus, indígenas e raramente africanos, pois o tráfico apenas começava. Ao avançar o período, as características ficam indistintas, se cruzam, e começa a surgir um corpo de crenças multifacetado (SOUZA, 1995, p. 155).

Ocupado nesse mesmo século por não indígenas, o centro da América do Sul foi lugar de recomposição de algumas das práticas curativas voltadas para o sobrenatural. Procuramos demonstrar, neste capítulo, a busca por curadores e benzedores e o uso de orações, amuletos e mezinhas (receita caseira) por parte dos moradores para debelar as doenças¹.

Em Vila Bela da Santíssima Trindades, em dezembro de 1799, o escravo Francisco, conhecido como Suçu, feitor do alferes Joaquim Leite Paes, foi preso sob a acusação de matar cinco escravos (quatro homens e uma mulher). Murmurações entre os cativos das lavras do alferes afirmavam que as mortes foram por feitiço ou veneno feito por Suçu, que tinha fama de feiticeiro². De acordo com as testemunhas, ele era odiado pelos demais negros, por ser bem-visto pelo alferes³.

1. Não analisaremos conceitos como feitiçaria, bruxaria e artes mágicas devido ao principal objetivo do trabalho. Esclarecemos, porém, que tivemos como base para as reflexões apresentadas neste capítulo, as obras de Laura de Mello e Sousa e de Keith Thomas. Sobre as artes de curar, temos como base o trabalho de Marcia Moisés Ribeiro.

2. Segundo Daniela Calainho (2008, p. 20), com a reforma pombalina, o Regime Inquisitorial de 1774 não mais associou as superstições e feitiçarias a um pacto com o Diabo. Isso levou à diminuição no número de incriminados.

3. Ação de Justificação contra Francisco, Suçu, Vila Bela, 1799 (Tribunal da Relação, caixa 2, ano 1793 a 1800, doc. n.º 47. Vila Bela, ano de 1799, APMT).

A palavra veneno tem amplo significado na Idade Moderna, sendo confundida com feitiço, pois não se sabia a origem e a forma de cura de ambos. Assim, as pessoas tinham convicção de que, na natureza, havia elementos capazes de provocar doenças e mortes e existiam infortúnios de origem sobrenatural lançados através de malefícios por indivíduos dotados de tal capacidade (RIBEIRO, 1997, p. 51).

Outro feitor, José de Góes Barros, homem livre, também foi preso sob a acusação de ter matado os cinco escravos. Portanto, temos um escravizado e um livre acusados das mortes. No processo de José de Goes, há informações de que os cativos foram castigados numa noite de friagem, ficando os ferimentos expostos. Segundo as testemunhas, o cirurgião Antonio José Félix de Avilar foi chamado às lavras para tratar dos ferimentos; contudo, não obteve sucesso, morrendo os cativos um por um. Ao contrário do escravo Suçu, sobre José de Goes não recaiu a acusação de feitiçaria⁴.

No processo citado, as testemunhas negaram que Suçu lidasse com práticas de feitiçaria. Os escravizados provavelmente tinham conhecimento dos danos que poderiam ser causados ao indivíduo que usassem de práticas ilícitas como feitiçaria, o que remete para a complexa relação entre norma e desvio inscrita no corpo social. Por outro lado, os cativos procuraram através dos feitiços se resguardarem dos maus-tratos e se voltarem contra a propriedade, por exemplo, provocando a morte de feitores e outros escravos, contestando desse modo o sistema escravista. Além disso, acusações mútuas de feitiçaria, como no caso de Suçu, refletiam, às vezes, tensões entre os próprios escravizados, servindo como válvula de escape perante eventuais castigos (SOUZA, 1995, p. 197). A feitiçaria e a magia ainda foram utilizadas também como forma de solidariedade, já que, diante dos castigos e enfermidades adquiridas, o feiteiro ou curador do grupo era chamado.

A acusação de feitiçaria atribuída a Suçu une-se à temática abordada, porque além de nos colocar perante um indivíduo acusado de manejar o sobrenatural, indica a presença do cirurgião no cotidiano. De um lado, a acusação de feitiçaria, de outro, a presença de um oficial de cura reconhecido pelas autoridades – dois universos que se encontram, o primeiro acusado de provocar o mal, o segundo ten-

4. Ação de Justificação contra José de Goes Barros, Vila Bela/1799 (Tribunal da Relação, caixa 2, ano 1793-1800, APMT).

tando saná-lo. O cirurgião era representante de uma prática de cura oficial, reconhecido publicamente pelas autoridades, enquanto o feitiçeiro, devido à perseguição, não era legitimado e integrado à esfera do público. A prática de Suçu foi tornada pública porque vozes romperam o cotidiano das lavras.

Tanto os cirurgiões quanto os feitiçeiros utilizavam produtos da fauna e da flora. Doença-feitiço-veneno confundiam-se no pensamento colonial, e as práticas adotadas para lidar com os três casos aproximavam-se. Produtos da fauna e da flora, quando encontrados em poder de negros ou indígenas, livres ou escravos, em algumas situações, como durante as visitas eclesiásticas, deixavam de ser elementos comuns do cotidiano e passavam a integrar o universo da feitiçaria.

Assim ocorreu com Maria Eugênia de Jesus, preta forra, pertencente à irmandade de Nossa Senhora do Rosário na Vila Real do Cuiabá. Ela foi acusada de difamação e, em seguida, de feitiçaria. Por essa última acusação, foi cogitado o seu desterro para o Forte de Coimbra, localizado no sul da capitania (ROSA, 1996, p. 216-229). Os fortes militares tiveram múltiplas finalidades nesse espaço de fronteira. Planejados por engenheiros militares e construídos por brancos pobres, negros e índios escravizados ou forros, eram pontos de defesa, rotas de escoamento de produtos contrabandeados e também lugares que receberam indivíduos tidos como “malfeitores” nas vilas.

Enquanto esteve presa na Vila Real do Cuiabá, foram encontrados na cela de Maria Eugênia dois embrulhos: “(...) um com todos os seus bonecos e várias ridicularias, cabelos, raízes, búzios, cordinhas ou outras coisas... e outro sem mais que sementes e ciscarias” (ROSA, 1986, p. 12-13). Embora fizessem parte do cotidiano, esses objetos foram considerados representações do malefício. Os búzios em uma casa afastavam demônios e sonhos vãos, sendo considerados também remédios contra doenças provocadas por feitiços (PAIVA, 1999, p. 999). Os cabelos, sementes e raízes, por sua vez, aparecem nas denúncias contra os suspeitos de operarem com práticas sobrenaturais. A presença deles pode ter gerado o medo de que alguém importante da sociedade da Vila Real do Cuiabá pudesse ser vítima de malefícios.

Entre os indígenas estabelecidos nas vilas, a feitiçaria por eles praticadas também era vista como ameaçadora. Entre os Bakairi, a feitiçaria era e ainda é temida. *Omeodo*, o senhor do veneno, lança flechas envenenadas sobre suas vítimas ou trabalha indiretamente co-

locando algodão ou talas de taquaras envenenadas nas paredes das casas. Além disso, podem usar fios de cabelos; por isso é importante escolher bem o “cabeleireiro”. Stein, em fins do século XIX, registrou alguns dados sobre o preparo de feitiços:

O cabelo ou o sangue entra na cuia dos venenos que é fechada, e imediatamente adoece o dono (...). Na falta de cabelo ou sangue, o feiticeiro molha com veneno um pequeno ramo de pin-daíba ou um fiozinho de algodão, escondendo-o numa frincha da casa ou debaixo do pedestal de argila em que repousa a panela, lança-o secretamente – pois voa muito longe – atrás do perseguido (...). (BARROS; VIERTLER, 1997, p. 72)

Provocar malefícios por meio de feitiços enterrados ou colocados próximo às casas das vítimas era procedimento comum na América portuguesa. Por isso, no ritual de contrafeitiço, era necessário realizar a prospecção do terreno. No Grão-Pará, a índia Sabina, acusada na Visitação do Santo Ofício, foi chamada ao palácio pelo governador João de Abreu Castelo Branco para tratá-lo, pois já havia tempo que estava doente. Com a ponta de uma faca, esburacou a parede de taipa de pilão rebocada com cal e encontrou um embrulho contendo ossinhos, feitiço que fora feito para o governador anterior (SOUZA, 1995, p. 174).

Nos engenhos do rio da Casca, Água Fria e do Quilombo, em Chapada dos Guimarães, Luis Symanski (2007), com base na arqueologia histórica, encontrou no interior das casas dos senhores alguns objetos enterrados, tais como um prato com moeda de cobre do século XIX, no canto de uma das salas e abaixo do piso sobre a fundação da casa (prática encontrada em Elmina, na África) e cristais próximas à porta do fundo perto de três cachimbos, e no canto de uma das senzalas duas garrafas, uma preta e outra de grés branco, (elas foram identificadas na Jamaica e nos Estados Unidos, como “garrafas de feitiço”), além de figas em alguns testamentos e inventários. Tais objetos e suas disposições o levam a considerar a possível manutenção de sistema de crença africano em Chapada dos Guimarães, bem como as táticas e subversões por parte dos escravos nos engenhos (SYMANSKI, 2007, p. 7-36).

A prática da feitiçaria era cotidiana e elementos da fauna e da flora, bonecos, fios de cabelos, unhas, sangue e objetos pessoais, quando encontrados em poder de livres pobres, negros ou ameríndios, como já foi dito, poderiam assumir a conotação de malefício. Tinha-se a ideia de que a parte valia pelo todo e a imagem para a coisa. Os

dentes, a saliva, o suor, as unhas, os cabelos representavam a pessoa, e por meio deles, era possível agir diretamente sobre ela, seduzindo ou enfeitiçando. Tudo que estava em contato imediato com a pessoa – vestes, marcas de seus passos, do seu corpo, objetos – era assimilado ao corpo (MAUSS, 1974, p. 94-97).

Na medicina praticada por médicos, essa relação também persistia, inclusive nos tratados médicos impressos antes de meados dos setecentos, como analisou Marcia Moisés Ribeiro (1997, p. 79). O cirurgião Luís Gomes Ferreira, autor do *Erário Mineral*, discorreu sobre certos métodos de cura baseados nessas relações. Para cicatrização de feridas, comentava sobre a eficácia de determinados pós medicinais postos sobre panos embebidos no sangue derramado ou colocados sobre o instrumento causador da ferida. Como demonstrou a autora, havia fluidez entre os saberes e práticas de cura oficiais ou não.

Poucos anos antes da acusação contra Suçu, em 1785, na capitania de Mato Grosso, foi realizada a Visita Episcopal nas comarcas eclesiásticas do Cuiabá e do Mato Grosso, que abriu devassa para saber dos comportamentos dos moradores⁵. As devassas diocesanas ou episcopais tinham como objetivo normatizar a vida na colônia, conforme as *Constituições Primeiras do Arcebispado da Bahia*, e estavam inseridas no contexto pós-tridentino de incorporar fiéis ao seio da Igreja, extirpar idolatrias e desbastar a religiosidade popular (SOUZA, 1995, p. 290).

As *Constituições Primeiras* eram a base de todo o funcionamento dos bispados no Estado do Brasil, constando de 5 livros e 279 capítulos que versavam sobre variados aspectos da vida social. Em relação à feitiçaria, elas ordenavam que aquele que fizesse pacto com o demônio ou o invocasse, para qualquer efeito que fosse, ou usasse de feitiçarias para o mal, fosse excomungado⁶.

As acusações de feitiçarias foram comuns no universo dos colonos da América portuguesa e a sua prática estava ligada às necessidades do dia-a-dia, sendo usadas nas resoluções de problemas, tais como, perdas de propriedades, questões amorosas, doenças e inimizades. Elas tornaram-se necessidade na formação social escravista, pois dava armas aos escravos para moverem uma luta contra a escravidão, como tam-

5. Visitas pastorais, Livro 2 (1785), Cuiabá (Arquivo da Cúria do Rio de Janeiro).

6. *Constituições Primeiras do Arcebispado da Bahia* (Título IV, p. 338, BNRJ).

bém legitimava a repressão e a violência exercidas sobre o cativo. Os escravizados podiam ser legitimamente castigados porque eram feiticeiros e, por meio dos castigos e ameaças físicas, os senhores procuravam se precaver do potencial mágico deles (SOUZA, 1995, p. 194).

Com a finalidade de normatizar a vida cotidiana, as devassas deveriam ter sido realizadas em toda a colônia. Nas Minas Gerais, elas foram periódicas, abrangentes e extensas, tendo ocorrido desde os primeiros anos da década de 20 do século XVIII, finalizando com a entrada do novo século. Na região de Ilhéus elas ocorreram em princípios do século XIX. A devassa realizada no distrito do Cuiabá entre 1785-1787 foi a única para a região encontrada até o presente (SOUZA, 1995, p. 290).

Além da Vila Real do Cuiabá, foram inquiridos os moradores dos arraiais de Vila Maria do Paraguai, de São Pedro Del Rei e do Lugar de Guimarães pertencentes ao termo do Cuiabá. Na capital Vila Bela, a devassa foi conduzida pelo reverendo vigário José Pais de Almeida, nomeado subdelegado por Manoel Bruno Pina, vigário da vara da igreja da Vila Real do Cuiabá, visitador de toda a capitania. No entanto, não a encontramos e nem temos outras informações a seu respeito (ANAIS, 2006, p. 252).

Além dessa devassa ocorrida no termo do Cuiabá, o cronista José Barbosa de Sá, já citado neste livro, referiu-se à presença dos visitantes desde 1727. O Cuiabá possuía ampla extensão territorial e a Vila Real do Cuiabá, em fins dos setecentos, tinha um contingente populacional superior ao da Vila Bela. É possível que o fato de ser fronteira e as relações entre comerciantes de grosso trato do Rio de Janeiro e seus devedores no distrito do Mato Grosso, além das atenções eclesiásticas, tenham influenciado a sua realização naquele fim de século (ROSA, 1996, p. 244). Reforça esta suposição a presença de comerciantes como Familiares do Santo Ofício na capitania de Mato Grosso. Um dos poucos trabalhos conhecidos sobre a presença de Familiares nessa região é o de Luiz Mott (1989, p. 5), que identificou sete com atuação na região e um comissário⁷.

7. Foram identificados como Familiares: Antonio Fernandes dos Reis, João Lopes de Melo, Alexandre José Antunes, José Leite Pereira, Jerônimo Martins Fernandes, José Alves dos Santos e José Lopes Poupino, e, como Comissário, o Padre Fernando Vieira da Silva (MOTT, 1989, p. 5-6).

A respeito dos Familiares no Brasil, Daniela Calainho demonstrou que eles estavam ligados ao comércio. Isso pode ser explicado pelo fato deles disporem de recursos para pagarem os gastos com os processos de *generes et moribus*, que consistia em uma investigação genealógica e de costumes que eram feitos antes das nomeações. Os familiares precisavam manter postura adequada aos valores e morais cristãos e para muitos desses homens essa poderia ser uma forma de alcançar progressão e destaque social e maquiagem as suas origens sociais (CALAINHO *apud* FEITLER, 2019, p. 108-109).

Retomando as devassas episcopais de 1785-1787, observamos que elas são apenas uma das peças de um quebra cabeça que está por ser montado a partir de pesquisas a serem realizadas em acervos no Brasil e em Portugal. Durante a visita episcopal, quarenta perguntas foram feitas às testemunhas. Elas abrangiam a vida familiar de civis e de religiosos, a sexualidade, as adivinhações, as feitiçarias, as benzeções, sendo que essas quatro últimas envolviam as necessidades básicas das pessoas, tais como saúde, amor/sexo e patrimônio (ROSA, 1996, p. 212). Nela foram registradas 28 acusações formais de homens e mulheres que lidavam com o sobrenatural. No entanto, alguns dos denunciados figuram em mais de um tipo de acusação, subindo esse número para 34. No total eram 10 benzedores, 7 adivinhos e 17 feiticeiros, estes divididos em três grupos: “feiticeiras afrodisíacas”, “feiticeiros curadores” e “feiticeiros maléficos”. Todos os adivinhos eram homens. Das acusações de feitiçaria, duas fazem parte das denominadas “afrodisíacas”, praticadas por duas mulheres, acusadas de fazerem feitiços para resolução de problemas amorosos. 3 homens negros e 1 mulher índia foram denunciados como curadores de feitiçaria. Ainda, 11 “feiticeiros maléficos”, sendo 8 homens e 1 mulher (ROSA, 1996, p. 206-215).

Nos deteremos, no entanto, na pergunta de número cinco pela sua relação com as práticas de curar: “Se alguma pessoa adivinha ou benze, ou cura com palavras ou benções – sem licença do senhor Bispo ou de seu Provisor, e se há alguém que os vá procurar crendo que com suas benções pode haver saúde”⁸.

Na América portuguesa, as *Constituições Primeiras do Arcebispado da Bahia* determinavam que ninguém “(...) benza gente, gado, ou qualquer animais, nem use de ensalmos, e palavras, ou de outra coisa

8. Visitas pastorais, Livro 2 (1785) (Cuiabá, fl 7, Arquivo da Cúria do Rio de Janeiro).

para curar feridas, e doenças, ou levantar espinhela sem por Nós primeiro examinado e aprovado, e haver licença nossa por escrito (...)”⁹. Se a pessoa tivesse licença da Igreja para benzer não estaria cometendo uma infração. Na perspectiva religiosa, que visava impedir o acesso das pessoas ao mundo sobrenatural, o dom curativo provinha de três fontes: do estudo, da revelação divina, reservada aos santos, beatos, homens piedosos tocados pela Graça Divina, e da intervenção diabólica. Quando reconhecidos esses dons, o indivíduo era autorizado a praticar a benzeção (BETHENCOURT, 1987, p. 145).

Na devassa ocorrida na Vila Real do Cuiabá foram acusados dez benzedores, homens, livres, sendo seis casados.

Quadro 1. Benzedores acusados na Visita Eclesiástica de 1785

Nome	Identificação	Objetivo da benzedura
<i>Francisco de Paula</i>	Bastardo	Benze de lombrigas, com certas orações
<i>Patrício Antunes</i>	Bastardo	Benze lombrigas de crianças e sezões com certas orações
<i>Francisco Bueno</i>	Branco	Benze de quebrantos e de ar
<i>Manoel da Costa Teixeira</i>	Branco	Benze de ar
<i>Leandro Garcia Leite</i>	Branco	Benze bicheiras
<i>Bernardo da Cunha Chaves</i>	Branco	Cura de lombrigas com benção
<i>Romualdo Rodrigues</i>	Índio	Benze bicheiras com orações e picadas de cobra
<i>Gonçalo Paes Barro</i>	Branco	Benze de quebrantos, com palavras
<i>Manuel Cardoso</i>	Índio	Benze feridas, com palavras
<i>Roque da Silva</i>	Pardo	Benze bicheiras, com palavras

Fonte: Visitas pastorais. Livro 2 (1785), Cuiabá, Arquivo da Cúria do Rio de Janeiro (SÁ JUNIOR, 2008).

As benzeduras contra quebranto, sezões, bicheiras, picadas de cobra e lombrigas evidenciam o convívio com animais peçonhentos, ferimentos sem cura adequada e o contato com o solo, alimentos e água contaminados. Conforme as respostas das testemunhas, é possível que essas pessoas não possuíssem licenças para benzer, mas isso não impedia que os moradores os procurassem em busca da cura. Apesar das

9. *Constituições Primeiras do arcebispado da Bahia* (340, BNRJ).

benzeduras não serem descritas pelas testemunhas, destaca-se o fato de alguns deles usarem “bênção”, “certas orações” e “palavras”.

O benzedor contava com o poder das palavras ditas e, em alguns casos, da palavra escrita. No primeiro caso, as rezas e as orações obedeciam a um conjunto complicado de procedimentos por analogia ou por oposição; já a palavra escrita, além de virtude protetora, podia ter virtude curativa. Completando esse complexo quadro de benzedura, está o conhecimento empírico sobre a propriedade das plantas que acompanhava o ritual de bênção (BETHENCOURT, 1987, p. 55-57). O poder curativo das palavras estava presente no sistema de crença europeu na Idade Moderna e a invocação de preces católicas em latim foi por muito tempo comum no tratamento mágico das doenças. Tal era a eficácia atribuída a elas que, às vezes, eram escritas em um pedaço de papel, pendurado em torno do pescoço (THOMAS, 1991, p. 157).

Na devassa de 1785, quatro pessoas foram acusadas de serem “curadores” ou “curadeiras” de feitiçaria, sendo 2 homens negros escravos, 1 forro e 1 mulher índia, livre e casada. O forro era idoso e casado, conhecido como Pai Miguel. Sobre a índia foi registrado que curou um índio (ROSA, 1996, p. 211). Uma das informações localizadas sobre curadores indígenas e não citadas na devassa é a respeito de Josefa, mãe de uma menina chamada Silvéria, moradora no Forte Príncipe da Beira, no ano de 1779. Dizia-se que ela curara um cirurgião do forte que costumava se fazer de doente, ou na realidade estava doente, “porém todas as vezes se cura em casa da tal Josefa, aonde costuma urdir todos os seus enredos (...)”¹⁰.

Mentindo ou não sobre a sua doença, o fato de se relatar publicamente que a tal índia o curara, pode ser sinal de que ela exercia alguma prática curativa no forte, local onde existiam cirurgões, mas que sofreu com as terríveis sezões, escassez de mantimentos e medicamentos. As autoridades da capitania, como nas demais regiões da América portuguesa, perante a dispersão de agentes de cura oficiais e a exiguidade de medicamentos, permitiam que alguns indivíduos não habilitados exercessem as artes de curar.

Em Casalvasco, o índio Inácio da Cunha tinha sezões, dores na barriga, pernas e virilhas inchadas e indícios do Mal de São Lázaro, o

10. José Manoel Cardoso da Cunha a Luís de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 19 de maio de 1779 (Mss., lata 1779 B, APMT).

que levou a sua mulher, em segredo, a buscar ajuda de um cirurgião, a fim de “ensinar-lhe algum método de atalhar a dita moléstia”¹¹. Por sua vez, este exemplo demonstra que numa sociedade escravista, com grande diversidade de povos indígenas, de etnias africanas, de nascidos no Brasil e de europeus, as práticas curativas não ocorreram em uma via única. Cirurgiões buscavam ajuda de índios e negros e vice-versa.

Os povos indígenas resistiram às investidas das bandeiras, promoveram correrias, provocaram mortes, reagiram como puderam, inclusive resistindo em procurar a ajuda de um agente de cura ou em transmitir o conhecimento que detinham da fauna e da flora. Sobre essa situação ocorrida em outros lugares, se queixou Sebastião da Rocha Pita (*apud* CARNEIRO, 1999, p. 1009) em relação às “(...) ervas medicinais de que usam, pois os conhecimentos dos seus efeitos nos ocultam aos Portugueses os Gentios, tenazes do segredo e avaros dos bens que lhes concede a natureza”.

Conhecedores do ambiente, sabiam os segredos da natureza. Assim como os indígenas, os negros imprimiram à sociedade saberes e práticas curativas. Entre os escravos acusados nas devassas, tem-se informação de Domingos, conhecido como Muxiba, citado em vários testemunhos. Francisco José de Oliveira, por exemplo, tinha ouvido dizer que ele era feiticeiro. Ele o chamou para curar a sua enteada que sentia dores na perna e o curador fez tal cura com raízes e fricções. A testemunha referida não julgou que essa prática fosse feitiço. Já Francisco Bueno Pedroso, que teve um amigo curado com raízes, não sabia se o enfermo tinha feitiço e se por essa razão fora curado¹².

As práticas de curas exercidas por ele pareciam ser de conhecimento do seu senhor, pois foi perguntado às testemunhas se tinham alguma informação a esse respeito. Uma de suas práticas foi descrita pelo capitão de ordenanças que “ouviu¹³” curar a sua sogra: Ursula de Campos, “(...) usou de umas raízes e um frango e ali entrou a fazer vários embustes até que apareceu com um manejo de cabelos, que talvez fingiu tirar da enferma (...)”¹⁴.

11. Francisco de Mello a João de Albuquerque, Casalvasco, 15 de dezembro de 1794 (Mss., avulso, lata 1794 A, APMT).

12. Visitas pastorais. Livro 2 (1785), Cuiabá, fls 60 e 62s (Arquivo da Cúria do Rio de Janeiro).

13. Na transcrição consta “ouviu”, embora, pelo teor do texto, possa ser “o viu”.

14. Visitas pastorais. Livro 2 (1785), Cuiabá, fls 66 (Arquivo da Cúria do Rio de Janeiro).

Frangos e galinhas foram muito utilizados pelos negros para diversos fins, conforme costume tradicional africano (CALAINHO, 2008, p. 82) e nas ações de Muxiba, aparentemente, a doença é tida como elemento transferencial, ou seja, vigorava a crença de que era possível transferir a doença de uma pessoa para outra ou para animais. Era como se ao esfregar o frango no corpo da enferma, a doença pudesse ser transferida para a ave, sendo materializada e visualizada por meio dos cabelos, indício da recuperação do organismo¹⁵.

De acordo com Daniela Calainho (2008, p. 83), entre os povos banto, e entre a maioria dos povos africanos, as forças vitais que conservavam a vida e garantiam a energia estavam concentradas em partes essenciais do corpo, como cérebro, sangue, coração, fígado, unhas e cabelos que representavam manifestações do espírito. Nessa interpretação, a urina, os cabelos, as unhas e o esperma poderiam servir para curar ou para provocar malefícios.

A crença na transferência da doença para outro corpo pode ser encontrada também entre o saber médico da época. O cirurgião Luís Gomes Ferreira, autor do *Erário Mineral*, indicava para as vítimas de envenenamento que se abrisse um animal grande como um boi ou uma vaca e se colocasse o doente dentro dele, ficando com a cabeça para fora. Acreditava-se que, expelindo o suor, o indivíduo recobriria a saúde (RIBEIRO, 1997, p. 83). A percepção da doença como elemento transferencial era tão forte no imaginário da sociedade que durante uma epidemia de febre amarela em São Paulo, na primeira metade dos setecentos, as autoridades locais ordenaram que:

Se queimassem ervas perfumadas nos locais onde se encontrassem os atingidos pela peste amarela, e que grande quantidade de bois e carneiros fossem levados de cambulhada, a percorrer ruas, a fim de com isso atraírem, para eles, os bichos, a maldita febre (...). (CRISPIN *apud* RIBEIRO, 1997, p. 84)

Além da crença na doença como elemento transferencial, em muitos casos, era normal que o enfermo expelisse algo do organismo, como pode ser percebido na prática de cura do escravo Muxiba e na indicação do cirurgião Luís Gomes Ferreira. A recuperação do corpo, percebida com a expulsão de elementos, obtida por meio da sangria e da purga, também era concebida pela medicina da época. Do mesmo

15. A respeito do elemento transferencial ver Marcel Mauss (1974, p. 96).

modo, enquanto nas denominadas práticas mágicas de cura, o galináceo é usado como objeto de transferência, como curativo ou como causador de malefícios, na medicina oficial, ele era o alimento restaurador da saúde por excelência, já que era indicada nas dietas dos enfermos.

Entre os índios Paiaguá, também havia a crença de que os enfermos ao expelir cabelos, unhas, suores ou outros objetos teriam o organismo restaurado. Com o objetivo de extrair a doença, o xamã fazia uso de uma cabaça e de um cachimbo e sugava todas as partes do corpo adoentado. Sentado ao lado da pessoa, passava a mão no estômago do doente, friccionava durante alguns momentos e chupava, cuspidando em seguida na mão, mostrando alguma pedrinha, gotas de sangue ou alguma espinha (MOURA, 1984, p. 43). Esse tipo de procedimento pode ser encontrado entre outros grupos indígenas e negros, estabelecidos na América portuguesa, pois, nos rituais de cura, era comum a expulsão de ossos, unhas, cabelos (SOUZA, 1995, p. 172). No entanto, não somente as práticas ditas mágicas ou de feitiçarias ganharam espaço, pois entre a população havia uma intensa troca de informação sobre outras alternativas de cura.

Orações, amuletos e mezinhas

Recorrer às orações era uma característica da sociedade colonial, como apresentamos no caso das benzeduras. Os paulistas, ao entrarem no sertão, pronunciavam suas preces, traziam patuás atados no pescoço ou pequenos escritos, prevenindo o corpo de picadas de animais peçonhentos, de maus-olhados e das doenças. Em São Paulo seiscentista, as preces do padre Belchior de Pontes, por exemplo, passavam por eficazes contra picadas de cobras, desde que escritas com a própria letra (HOLANDA, 1995, p. 87).

No centro da América do Sul, tais crenças manifestaram-se também nos pedidos a este ou àquele santo, sendo materializadas na aquisição de alguma imagem sacra, nos pequenos amuletos, nas esmolhas ou em palavras proferidas nos rituais de feitiçarias ou benzeduras. José da Costa Delgado, estabelecido no Presídio de Nova Coimbra, afirmava que sofria de uma moléstia incurável. Para obter a cura, fez promessa à Nossa Senhora do Carmo, por ter ela efetuado bastantes milagres naquele lugar¹⁶. Gaspar da Silva Rondon, pai de Francisco da

16. José da Costa Delgado a Luís de Albuquerque, Presídio de Nova Coimbra, 11 de outubro de 1788 (Mss., avulso, lata 1788 A, APMT).

Silva Rondon, que se achava preso, ofereceu uma avultada esmola para o Hospital de Nossa Senhora da Conceição pedindo à mesma Senhora que seu filho saísse da cadeia para se curar¹⁷. Já um dos soldados desertores do Forte Príncipe da Beira, morto por não ter se rendido à escolta de captura, trazia em volta de seu pescoço uma bolsinha – possivelmente uma bolsa de mandinga – que, acreditava, o protegeria de qualquer pessoa, bala ou outra coisa que o pudesse ofender (MELGAÇO, 1949, p. 288).

De acordo com Daniela Calainho (2008), na Europa do mesmo período, o uso de amuletos ou patuás eram trazidos junto ao corpo ou costurado à roupa e visavam a proteger contra as doenças, os inimigos e as catástrofes. Eram feitos de couro, veludo ou chita e constituídos por variados elementos, tais como ossos de defuntos, olhos de gatos, dentes de animais, orações, desenhos de Cristo crucificado, de escravos, entre outros. Em Portugal, foram comercializadas e de uso corrente. Em fins do século XVII, em Portugal e na América portuguesa foram chamados de bolsas de mandinga. O termo mandinga é oriundo dos *mandingas* ou *malinkês*, povo habitante do Vale do Níger, no reino do Mali, e que tinham por costume usarem amuletos pendurados no pescoço. Dessa forma, a bolsa de mandinga foi “uma especificidade ímpar ao ser exemplo de um processo de amálgama cultural entre África, Europa e Brasil” (CALAINHO, 2008, p. 95-96, 100).

Recorrer a objetos considerados protetores, a orações e a representações dos santos foram práticas disseminadas na América portuguesa. Porém, nem todos tinham permissão da Igreja para utilizá-los nos rituais de cura. Se a Igreja aprovasse, dizia que a pessoa contava com auxílio divino, se reprovasse, denominava a prática de ilegal e supersticiosa. Portanto,

Fazendo restrições no que respeitava à intervenção dos santos e das palavras sagradas, mas, ao mesmo tempo, legitimando esses meios quando praticados por religiosos, a Igreja lançava suas redes de poder sobre a coletividade. Uma vez que a recorrência aos atos mágicos fazia parte da estrutura das sociedades do Antigo Regime, cabia ao poder religioso e à medicina fazer

17. Manoel Felipe de Araújo a João Carlos Augusto d'Oeynhausen, vila do Cuiabá, 12 de dezembro de 1816 (Livro de Registro de Correspondência Expedida e Recebida, C 63, fólio 15, APMT).

com que as pessoas invocassem a magia sobre a qual eles tinham controle. (RIBEIRO, 1997, p. 97)

O poder religioso oficial exercia esse controle, incentivando, também, o cumprimento das obrigações cristãs, pois era importante na preservação da saúde e no combate dos males. Cabia à medicina colaborar para o cumprimento delas, já que as próprias *Constituições Primeiras do Arcebispado da Bahia*, determinavam que:

Como muitas vezes a enfermidade do corpo procede de estar a alma enferma com o pecado... mandamos todos os Médicos e Cirurgiões e ainda Barbeiros, que curam os enfermos nas Freguesias onde não há Médicos... que indo visitar algum enfermo tratem primeiro da Medicina da alma, admoestando a todos os que logo se confessem, declarando-lhes, que se assim não o fizerem, e não podem visitar, e curar, por lhes estar proibido por direito, e por esta Constituição (...).¹⁸

Como afirma Márcia Moisés Ribeiro (1997, p. 99), medicina, magia e religião eram campos indissociáveis, apoiando-se um no outro. Além da invocação aos santos e às palavras sagradas, os colonos recorriam aos medicamentos compostos por produtos da fauna ou da flora. Essas composições podem ser compreendidas, conforme Sérgio Buarque de Holanda (1995, p. 79), a partir do critério analógico, ou seja, da tendência em procurar, entre os produtos da terra, elementos já conhecidos no Velho Mundo. A utilização farmacológica da anhu-ma é um dos exemplos, pois era uma ave com grande reputação na medicina. Além de um corno frontal, ela possuía esporas, lembrando animais existentes no Velho Mundo. Essa associação justifica a aceitação dessa ave pelo europeu. Assim como o rinoceronte e o cervo, ela foi considerada eficaz contra venenos (RIBEIRO, 1997, p. 56)¹⁹. Existem vários casos da utilização do critério analógico na documentação, o que indica que as pessoas buscavam alternativas de cura na natureza e se adaptavam ao ambiente.

O Juiz de Fora Manuel de Moura Cabral, em 1792, indicou ao capitão general João de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres uma velha “mezinha” ensinada por um sertanista. Esta consistia em um

18. *Constituições Primeiras do Arcebispado da Bahia* (Livro 1, título XL, artigo 160, BNRJ).

19. A autora se refere à fascinação que essa ave causou nos médicos. Como ela mesma diz, “acredito não ser arriscado afirmar” que os europeus associaram a anhu-ma ao unicórnio.

clister feito do calor de malvas cozidas com sebo de carneiro e, na falta deste, vitela²⁰.

Essas associações são encontradas no caderno de apontamentos de Rodrigo César de Menezes. Dentre os remédios citados, recomendava-se a pedra encontrada no porco espinho, considerada o mais eficaz dos bezoares do Oriente, indicada nos casos de vômitos, fraqueza de estômago, aflições do coração, retenção de urinas e febres. A “pedra de bezoar” é uma “concreção intestinal de certos ruminantes, considerado o mais poderoso de todos os antídotos” (*apud* CARNEIRO, 1994, p. 201). No Brasil, ela era encontrada nos porcos do mato, que ainda possuíam certas pedras excelentes para a supressão de urinas. Já as banhas de animal serviam para reumatismo (HOLANDA, 1995, p. 79).

O próprio governador e capitão general de São Paulo, Rodrigo César de Menezes, por exemplo, confiou nas práticas curativas dos sertões:

Quanto ao cirurgião e botica se faz desnecessário, porque naquele sertão e ainda nas mesmas minas se curam enfermidades graves com remédio de ervas e bálsamos de árvores, como experimentei, padecendo uma opilação procedida dos ruins mantimentos e águas, e depois coberto de lepra que me durou seis meses, sem ficar-me livre mais parte do corpo que o rosto, cujas enfermidades destruíram os remédios daqueles sertões, o que não fariam os mais esquisitos da botica.²¹

José Nogueira, em 1781, queixou-se de suas moléstias ao governador e capitão general e informava que o cirurgião lhe proibiu o “consumo de comeres e beberes quentes”, devendo beber leite de cabra todos os dias pela manhã, com pó de chifre de veado queimado e, como era comum, sangrias e purgas²². As raspas de chifres de veado eram usadas também na cura de picadas de cobra. Em outras situações, conforme manuscrito que circulou pela América portuguesa no

20. Luís Manoel de Moura Cabral a João de Albuquerque, vila do Cuiabá, 19 de dezembro de 1792 (Mss., lata 1792 A, APMT).

21. Parecer de Rodrigo César de Menezes. Lisboa, 02 de fevereiro de 1732 (Microficha 10, São Paulo., doc. 692, AHU-NDIHR/UFMT). Transcrição gentilmente cedida pelo prof. Carlos Alberto Rosa.

22. José Nogueira a Luís de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 5 de outubro de 1781 (Mss., lata 1781 A, APMT).

século XVIII, tal medicamento era indicado para a “madre saída do lugar” (DEL PRIORE, 1995, p. 222).

A gordura do pacu, peixe de água doce desta região, fez parte do arsenal de medicamentos usados por José Antonio Pinto de Figueiredo, estabelecido na Povoação de Albuquerque. Para curar a obstrução no fígado, além da gordura do peixe, sangrava-se e purgava-se com manteiga de vaca e raízes²³.

Essas situações evidenciam o uso de recursos da fauna e da flora e as possíveis associações mentais no universo luso americano marcadas pelo processo de transferência de certas crenças de um contexto para outro. À primeira vista, elementos como cabelos, raízes e animais, inseridos no saber de negros africanos e ameríndios são surpreendentes. Porém, esses mesmos elementos faziam parte da medicina oficial, publicados nos Tratados de Medicina como o *Erário Mineral* e outros Tratados Médicos (RIBEIRO, 1997). Este tipo de publicação foi comum na Europa e nos Estados Unidos e tinham como objetivo auxiliar os que atuavam nas artes de curar como atividade profissional, bem como curiosos e leigos (FIGUEIREDO; CASTRO, 2013, p. 96)²⁴.

Além do critério analógico, havia a crença na cura punitiva, ou seja, quanto mais temível fosse uma enfermidade, mais dolorido deveria ser o tratamento. O curativo pelo qual passou Ricardo Franco de Almeida e Serra é um exemplo. Ele usou “remédios caseiros” que não lhe resultaram em melhora. Sangrou, purgou e usou “mil beberagens de amargosas raízes”. Foram lhe aplicados vários “remédios violentos” para a corrução, já descrito no primeiro capítulo, ao ponto de não parecer escapar da morte, sendo confessado e ungiado pelo capelão²⁵.

Um dos procedimentos agressivos era o *sacatrapo*, comum no tratamento da corrução. Ele consistia em um clister – injeção de lava-

23. José Antonio Pinto de Figueiredo a Luís de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres, vila do Cuiabá, 20 de maio de 1785 (Mss., lata 1785 A, APMT).

24. Além do *Erário Mineral*, existiram outros livros de medicina na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá como *Farmacopéia Lisbonense*, *Medicina Doméstica Rescham*, *Tratado de Medicina* e um volume in *fólio de Cirurgia em Idioma Castellano*. Ao lado desses livros, há predominância de obras devocionais como *A Vida de São Francisco de Paula*, *Combate Espiritual*, *Desengano dos Pecadores* etc. (ROSA; BINI ROSA *apud* Carlos Alberto Rosa, 1996, p. 95).

25. Ricardo Franco de Almeida e Serra a Caetano Pinto de Miranda Montenegro. Presídio de Coimbra, 5 de março de 1798 (Mss., lata 1798 A, APMT).

gem no reto – constituído por pólvora, caninha ou vinagre, pimenta e fumo que eram introjetados no ânus do enfermo²⁶. A própria palavra sacatrapo lembra arma de fogo (HOLANDA, 1995, p. 86).

A aguardente de cana ou caninha foi largamente empregada como medicamento. Ela foi utilizada no fortalecimento do corpo, na desinfecção e no tratamento de picadas de animais peçonhentos. Conforme terminologia da época, nas Aguardentes da Terra ou do Reino, encontravam-se “virtudes singulares”. José Barbosa de Sá (1975, p. 25) mencionou que, depois que foi levada a cana-de-açúcar para a Vila Real do Cuiabá, os escravos ao consumirem-na, restabeleceram a saúde. Durante as viagens pelo rio Negro, Cuiabá e São Paulo, no decênio de 1780-90, Lacerda e Almeida registrou alguns casos do tratamento do ofidismo pela aguardente (HOLANDA, 1995, p. 113).

Existia a aguardente e aguardente do reino e a sua procedência mudava a sua qualidade. A do reino era considerada, nos tratados de medicina dos setecentos, de melhor qualidade quando comparada à produzida e consumida no Brasil. Era mais cara em função da longa travessia pelo Atlântico e indicada para situações especiais, enquanto que a da terra era indicada com mais frequência, em grandes ou pequenas quantidades, prevalecendo a via oral (FIGUEIREDO; CASTRO, 2013, p. 98-99).

Fato é que, dispersos pelos documentos avulsos, é possível encontrar indicações de remédios caseiros constituídos por variados produtos líquidos e sólidos. O juiz de fora Luís Manoel de Moura Cabral indicou ao governador e capitão general da capitania, João de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres, medicamento que tinha sido ensinado por um “velho sertanista, já que estavam em um país totalmente destituído de médicos”²⁷. O seu irmão, o governador Luís de Albuquerque, anos antes, em seu diário de viagem, além das referências sobre os animais encontrados na capitania também mencionou a

26. José Nogueira a Luís de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 5 de outubro de 1781 (Mss., lata 1781, A, APMT); José Alvarez a Luís de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, vila do Cuiabá, 28 de setembro de 1786 (Mss., lata 1786, A, APMT); Antonio Ferreira Coelho a Luís de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres (Mss., lata 1784, APMT).

27. Luís Manoel de Moura Cabral a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres. Vila do Cuiabá, 15 de outubro de 1793 (Mss., lata 1793, B, APMT).

utilização de uma árvore chamada “sangue de drago”, cuja casca cozida em um taxo e usada em forma de banho era excelente para corrução.

Aliada às mezinhas compostas por clister e lavagens corporais estava a sangria, prática comum tanto no meio letrado quanto no iletrado, no reino e no Brasil, sendo praticada durante todo o século e XVIII e no XIX. Entre os índios, ela era praticada com o uso de dentes de animais, chifres, ossos e cascos (HOLANDA, 1995, p. 78). Entre os africanos, poderia ser encontrada entre as práticas curativas dos Bakongo e dos Obi (PIMENTA, 1998, p. 360).

Entre os moradores da Vila Real do Cuiabá, destacam-se, nos inventários, bacias de sangrias, tesouras, ventosa e propriedades de escravos com habilidade no ofício de sangrador/barbeiro e tirador de dentes. É possível que os serviços executados por eles fossem alugados ou exercidos em tendas públicas. Muxiba, já mencionado anteriormente, foi acusado de ser “curador de negros e mestiços” e foi levantada a suspeita de que teria as suas habilidades alugadas pelo seu senhor. Já o escravizado Anastácio de 35 anos, que teria vindo de São Paulo, era “cabeleireiro e barbeiro de profissão”. Lourenço Pardo de 32 anos, sapateiro, também tinha a habilidade de sangrar e tirar dentes, além de cobrir mochos de sola e couro²⁸.

Quando possuíam ofícios, os escravizados tornavam-se uma opção para preencher as necessidades de mão-de-obra qualificada nas vilas e oportunidade de rendimentos aos senhores que alugavam seus serviços. O caso de Lourenço que detinha o conhecimento de mais de um ofício, reflete bem a sociedade colonial escravista, já que, submetidos às sucessivas vendas, homens e mulheres terminavam por aprender vários ofícios. O domínio de certo saber podia contribuir no acúmulo de pecúlio para a compra da liberdade, uma vez que ampliava as possibilidades de trabalho, bem como podia camuflar a condição de escravo fugitivo (VOLPATO, 1993, p. 132-133). A Fazenda Real também contratou barbeiros/sangradores, livres ou escravizados, para atuarem nos hospitais, como será demonstrado posteriormente.

Estabelecidos na capitania de Mato Grosso, livres e escravizados exerceram as artes de curar. Nesse cenário, estavam os médicos, cirurgiões, boticários, parteiras, barbeiros/sangradores e enfermeiros,

28. Inventário de Bento Toledo Pizza, 1805. (Maço 9AB, Processo 135, cartório 5º ofício, APMT).

contratados oficialmente pelos denominados “partidos público ou militar”²⁹, para tratar os soldados e demais moradores. Nesse contexto, a ação pública em relação à saúde foi marcada pela flexibilidade, pois ela reconheceu, em várias situações, indivíduos que não detinham formação na arte, mas sabiam lidar com as artes de cura.

29. Partido no sentido de parcialidade, facção, partes, não no significado atual de partido político.

CAPÍTULO 3. AS ARTES MÉDICAS NA FRONTEIRA OESTE DA AMÉRICA PORTUGUESA

Diferenciando os ofícios e especialidades da arte médica

Gradativamente, os ofícios do médico e do cirurgião foram dissociados. O primeiro ocupava posição privilegiada no interior das artes médicas, era especialista na observação do enfermo, havia frequentado uma universidade e, após quatro de anos de curso, se aprovado, era autorizado a exercer a medicina. A ele cabia fiscalizar a arte médica e prescrever medicamentos internos. O segundo, era um prático que exercia um ofício considerado indigno e servil, que, por prescrição médica, fazia sangrias, curava fraturas e tumores. Sua formação era baseada na orientação prática junto a um médico ou cirurgião ou em um hospital. Em alguns casos, frequentavam aulas de cirurgia que duravam em média de um a dois anos. Ao final das orientações, os aprendizes de cirurgia eram avaliados e, se considerados aptos, recebiam cartas de licenças para atuar na arte da cirurgia, podendo exercer a medicina nos lugares em que não tivessem médicos (LEBRUN, 1997, p. 297; SANTOS FILHO, 1991).

A profissão do médico fazia parte das artes liberais e a do cirurgião das artes mecânicas, ao lado dos barbeiros e sangradores. Em função dessa não-delimitação total dos campos médicos, ocorriam constantes rixas que, na França, procurou se amenizar em 1691 com a separação da cirurgia e da barbearia, consagrada efetivamente em 1723. Contudo, a rivalidade entre médicos e cirurgiões ainda existia. Somente em 1803, as profissões médicas foram reorganizadas e unificadas (LEBRUN, 1997, p. 297-304).

Quanto aos boticários, responsáveis pela manipulação dos medicamentos recomendados por médicos ou cirurgiões, aprendiam o ofício acompanhando outro boticário ou frequentando as aulas na Faculdade de Coimbra. Já os barbeiros/sangradores eram indivíduos que também aplicavam ventosas ou sangrias, cortavam cabelos ou faziam barbas. Aprendiam o ofício por meio da observação cotidiana. Os enfermeiros normalmente eram livres pobres, forros ou escravizados escolhidos por serem cuidadosos com os enfermos. Não precisa-

vam ter noções da arte médica, devendo cumprir as recomendações dos médicos ou cirurgiões (SANTOS FILHO, 1991; PIMENTA, 1997; MARQUES, 1999).

Na América portuguesa, essas divisões nas artes médicas, na prática, não existiram. Entre os cirurgiões, existiam os vinculados ao “partido público” e ao “partido militar”. O primeiro era contratado pela câmara municipal e, na maioria das vezes, atendia nos hospitais públicos ou nas casas dos enfermos nas vilas e seus termos. Já o segundo tinha como incumbência o atendimento das tropas, nos hospitais militares. No dia-a-dia, no entanto, ambos atendiam aos chamados de civis e militares¹.

Quando observamos a movimentação de médicos, cirurgiões, boticários, enfermeiros e barbeiros/sangradores pela capitania de Mato Grosso, constatamos que a maioria deles era proveniente das tropas militares². Esse perfil se deve à condição de fronteira geopolítica da capitania de Mato Grosso, que exigiu a presença de tropas nos limites entre os domínios ibéricos para garantir a defesa da região, em caso de guerras e investidas castelhanas sobre as posses portuguesas. Tanto que essa condição levou às construções de dois fortes militares, um presídio e ao estabelecimento de povoados e destacamentos nas raiais das fronteiras, que, conseqüentemente, exigiram a nomeação de agentes de cura oriundos da estrutura militar³.

Na capitania de Mato Grosso, mesmo com a limitação dos documentos e dos registros com reclamações sobre a carência desses oficiais, supomos que seu número, fossem civis ou militares, não tenha sido tão pequeno. Identificamos, de modo geral, entre os anos de 1726 e 1822, 65 oficiais de cura, considerando apenas aqueles cujos nomes e atuações foram identificados. Os cirurgiões eram em maior número

1. Acusação movida pelo cirurgião Francisco Xavier Corrêa dos Reis contra o pardo Simão. Vila do Cuiabá, março de 1763 (Caixa 01, Ano 1763. Tribunal da Relação, APMT).

2. Em dissertação de mestrado defendida em 2015 sobre os hospitais militares na capitania de Mato Grosso, Mikisileide Pereira apresentou diferentes exemplos da atuação dos oficiais de cura militares e também demonstrou, assim como ocorria entre os oficiais civis, que apesar da hierarquia médica existente entre eles, essa divisão nem sempre foi possível na estrutura militar.

3. De acordo com Bella Herson (1996, p. 352), os regimentos e companhias militares aquartelados nas vilas e demais lugares das capitanias, geralmente, possuíam cirurgiões, de acordo com o número de soldado.

e constatamos que muitos foram assim reconhecidos pelas autoridades por exercerem “práticas na arte de curar moléstia” no cotidiano. Outros, exerceram essa função e depois assumiram outros cargos na administração civil. Em relação aos enfermeiros, eram soldados e essa foi uma atribuição que coube a eles, embora, quando nos fortes militares, faziam às vezes de cirurgiões e boticários⁴. Essa situação evidencia a adaptação das práticas e ofícios de curar, conforme a necessidade vivenciada por cada localidade.

Ainda que sem o acesso às cartas de licença e diante de informações localizadas em uma documentação dispersa e fragmentada das câmaras, da secretaria de governo, da provedoria da fazenda e das edificações militares, tendo como base o total de 65 oficiais de cura identificados, temos: 4 médicos, 41 cirurgiões, 7 boticários, 7 enfermeiros, sendo 2 mulheres, e 3 barbeiros/sangradores e 1, cuja função não foi identificada. Portanto, supomos que esses números tenham sido maiores.

Suas presenças demonstram as ações das autoridades voltadas para a assistência dos moradores, em especial dos soldados, fundamentais para a preservação daquela região litigiosa. Embora isso não signifique que naquele contexto eles fossem os primeiros a serem procurados, pois não vigorava a imagem do médico enquanto detentor de um saber-poder, conforme descrito por Foucault (1992; 1993; 1998).

A respeito do quantitativo dos oficiais de cura, Vera Regina Beltrão Marques (1999, p. 205), que estudou os boticários, chegou a duas considerações sobre eles no período setecentista. O primeiro que o número de boticários regularizados no Brasil não era tão reduzido; se-

4. Inúmeros são os documentos localizados no Arquivo Público de Mato Grosso e no Núcleo de Documentação e Informação Regional, que direta ou indiretamente tratava, das artes de curar. Alguns deles são: Microficha 13, doc. 162; microficha 569; microficha 11 (NDIHR), conforme Testamentos e Inventários do 5º ofício (Tribunal da Relação, APMT). José Pinheiro de Lacerda a João de Albuquerque... Forte Príncipe da Beira, 21/8/1793 (Mss., lata 1793B). Certificado dos cirurgiões da vila do Cuiabá. Vila do Cuiabá, 29 de outubro de 1770 (Mss., lata 1770). Francisco Xavier Corrêa dos Reis. Vila do Cuiabá, 23/9/1781 (Mss., lata 1781 A). Pedro Gomes de Assunção a Manoel Carlos de Abreu. Vila Bela 29/1/1805 (Mss., lata 1805 A). Fabiano Roiz Souto, vila do Cuiabá 10/6/1779 (Mss., lata 1779 A). Antonio José Pinto de Figueiredo a João de Albuquerque. Vila do Cuiabá, 2/11/1792 (Mss., lata 1792 A). Mapa das rendas do Conselho de Vila Bela. Vila Bela 31/12/1793 (Mss., lata 1793 B). José Antonio Fernandes. N. Sr.^a da Conceição, 1773 (Mss., lata 1773). Caetano Henrique Pereira, Câmara de Vila Bela. Vila Bela, 23/4/1780 (Mss., lata 1780 A).

gundo, se considerarmos àqueles que exerceram as artes de curar sem carta de exame, os números aumentam. Carla Berenice S. Almeida (2008, p. 17-23), por sua vez, identificou cento e onze oficiais de cura, entre médicos diplomados e cirurgiões aprovados e licenciados, e cinquenta droguistas e boticários na Comarca do Rio das Velhas, capitania de Minas Gerais. Diante desses dados, ela também não considerou pouco o número de oficiais na região por ela estudada.

Quanto à procedência desses indivíduos estabelecidos na capitania de Mato Grosso, 05 dos cirurgiões eram de Portugal (Província de Trás dos Montes e Lisboa), 1 da Itália e 4 da América portuguesa, sendo 1 da Vila Real do Cuiabá⁵. Apesar de incompletos, esses dados somados a outros, indicam que nem todos frequentaram uma faculdade de medicina ou aulas de cirurgia, tinham licença para exercer as artes ou eram europeus. Mas quem eram e como foram as atuações desses agentes de cura na região central da América do Sul?

Médicos, cirurgiões e boticários

Dentre os médicos identificados está o Dr. Jules José Pezzetto, morador na Vila Real do Cuiabá no ano de 1792. Ele era italiano e exerceu a medicina até idade avançada. Devia ser sereno e moderado nos seus julgamentos, pois tinha o apelido de “Dr. Equânime”. Não foi possível saber se possuía muitos bens, mas tinha um escravo. Além disso, foi considerado bom católico, porque ia à Igreja todos os dias⁶.

Era Graduado em Medicina e Química pela Universidade de Montpellier, na França⁷. Essa instituição recebeu vários jovens, inclusive portugueses e os nascidos no Brasil, para cursarem medicina. Nela, a dissecação de cadáveres para os experimentos anatômicos teve boa acolhida e a botânica atraía os interessados nas plantas medicinais brasileiras. Alguns alunos portugueses após a conclusão do curso regressaram à Corte, enquanto outros vieram para a América portuguesa, sobretudo em fins dos setecentos (HERSON, 1996, p. 227). No último capítulo, abordaremos um pouco mais sobre a formação dos

5. Lata: 1792 A; Cartório do 5º ofício: caixa 12, ano 1814; caixa 34-1830, APMT; Microficha 13, doc. 162; microficha 11, doc 150, NDIHR.

6. Antonio José Pinto de Figueiredo a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres. Vila do Cuiabá, 3 de novembro de 1792 (Mss., lata 1792 A, APMT).

7. Atestado do médico Jules Pezzetto. Vila do Cuiabá, 2 de janeiro de 1796 (Mss., lata 1796 B, APMT).

médicos nessa Universidade. Sobre Jules José Pezzetto, é quase impossível sabermos se sua formação resultou em práticas de curar diferenciadas das de seus colegas estabelecidos na fronteira.

Além de Pezzetto, identificamos mais dois médicos no período pesquisado. O alemão, Dr. Ernesto Lambert, que esteve nas minas do Cuiabá na década de 1720, tendo partido do lugar em 1730, e o major Alexandre José Leite, em 1809 (MOURA, s/d). Essa pequena quantidade de médicos em relação aos cirurgiões foi comum em toda a América portuguesa, pois tendo frequentado uma universidade muitos resistiram em se deslocar do reino para a conquista, onde em alguns lugares as oportunidades poderiam ser menores.

Na própria metrópole, o número de médicos era pequeno em relação aos cirurgiões. Apesar de não ter localizado dados sobre os agentes de cura no período setecentista em Portugal, no mês de setembro de 1813 em Lisboa havia 21 médicos e 83 cirurgiões. Nove anos depois, a situação pouco se alterara na proporção de médicos e cirurgiões, pois em alguns bairros de Lisboa a situação era a seguinte: Belém 1 médico e 14 cirurgiões; Santa Catarina 1 médico e 10 cirurgiões; Alfama 2 médicos e 8 cirurgiões; Rua Nova 4 médicos 7 cirurgiões (CRESPO, 1990, p. 34). Na colônia portuguesa de Angola, por sua vez, as solicitações para que fossem médicos para o local foram recorrentes. Em 1780, diziam que só se tinha um médico para a região (FAGUNDES, 2016, p. 72).

Na América portuguesa, embora os dados sejam controversos, até o século XIX o número de médicos diplomados foi mínimo. O Rio de Janeiro, em 1789, tinha quatro físicos; cinco anos depois, nove e, em 1799, doze médicos atuavam junto aos representantes da Coroa portuguesa (MACHADO *apud* MONTERO, 1985, p. 14-15; FERRAZ, 1995, p. 696). Na capitania do Espírito Santo, pelo que foi constatado, nenhum médico residiu ou praticou a medicina até 1813. Em Olinda, foram identificados três e em Goiás, entre 1774 e 1831, somente um físico (KARASCH, 1999, 43). De acordo com o governador do Pará, Martinho de Souza Marques, em 1786, existia somente um físico-mor naquela capitania. Diante disso, pensava em solicitar ao rei um agente de cura para o Pará⁸. Médicos ou físicos, quando estabelecidos na

8. Martinho de Souza Marques a Luiz de Albuquerque de M. P. e Cáceres. Pará, 2 de julho de 1786 (Mss., lata 1786 A, APMT).

América portuguesa, assim como os demais oficiais de cura, resistiam em se deslocar para pontos afastados das vilas, pois as chances de melhor remuneração eram menores e as dificuldades maiores.

Distantes da metrópole e carentes de medicamentos do reino, esses homens se adaptaram ao meio, buscando recursos em elementos da fauna e da flora brasileiras e se aproximando muitas vezes das práticas dos indígenas (FERRAZ, 1995, p. 697-698). A apropriação desses produtos não foi pequena e influenciou a medicina europeia e a praticada na América portuguesa, onde, como dissemos, predominaram as ações dos cirurgiões.

Lembramos que o ensino da cirurgia era baseado na orientação prática, junto a um médico ou cirurgião, ou em um hospital. Os cirurgiões que desempenhavam essa função se autodenominavam professores ou mestres de cirurgia, sendo seus alunos aprendizes ou praticantes⁹. Na capitania de Mato Grosso, Francisco Xavier Corrêa dos Reis, por exemplo, autodenominava-se “Professor Cirúrgico”¹⁰. Enquanto na América portuguesa essa titulação era usada indistintamente, na França os médicos opuseram-se a essa prática. Para eles, os cirurgiões não passavam de “demonstradores em cirurgia”, denominação que os distanciaria do ofício do médico (HERSON, 1996, p. 355).

Nos séculos XVII e XVIII, os aprendizes tinham orientação sobre a operação da hérnia, cauterização de tumores, cortes de abscessos, extração de cálculos vesiculares e operação dos olhos. Terminado o estágio, submetiam-se ao exame da Fisicatura-Mor. Se aprovados, recebiam carta de licença para exercer a arte em qualquer local do Reino e Domínios, bem como podiam praticar medicina onde não havia físicos (SANTOS FILHO, 1991, p. 292). Nesses moldes foram instruídos muitos dos cirurgiões portugueses e os nascidos na América portuguesa.

Entre os anos de 1726 e 1822, identificamos 41 cirurgiões na fronteira oeste, quantidade superior aos demais oficiais de cura. Nelas incluímos os denominados praticantes de cirurgia, pois na prática eles exerciam as atividades de um cirurgião, na ausência deste. Porém,

9. José Pinheiro de Lacerda a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 21 de agosto de 1793 (Mss., lata 1793 B, APMT).

10. Atestado do professor cirúrgico Francisco Xavier Corrêa dos Reis. Vila do Cuiabá, 23 de setembro de 1781 (Mss., lata 1781 A, APMT).

exluímos João do Couto Urgel, ora registrado como boticário, ora como cirurgião. O constamos entre os boticários, por ele assim ser identificado mais de uma vez.

Assim sendo, informações como a do viajante Alexandre Rodrigues Ferreira, no ano de 1791, sobre o fato de não existirem mais que três cirurgiões na capitania para serem deslocados para os destacamentos militares precisam ser analisadas com cuidado. Segundo ele, um deles assistia o governador e capitão-general, o outro encontrava-se no arraial do Pilar e o terceiro no Real Forte Príncipe da Beira; sendo que outros dois ou três eram quando muito “uns medianos boticários e arvorados em cirurgiões” (JESUS, 1998, p. 85).

Conforme a queixa de Ferreira, havia aproximadamente seis oficiais de cura na capitania de Mato Grosso. No entanto, sobre isso, é necessário fazer três observações. Esses indivíduos estavam exercendo o ofício no distrito do Mato Grosso e não eram os únicos em toda a capitania de Mato Grosso. Desde 1726, no arraial e depois Vila Real do Cuiabá, encontramos o registro de cirurgião Antonio Pinto de Almeida da Fonseca, que em 1734 participou da guerra contra os índios Payaguá e colaborou com a câmara fardando alguns soldados, fornecendo mantimentos e medicamentos, curando toda a tropa sem pagamento algum. A partir das fontes levantadas, constatamos que ele era natural de Lisboa, cirurgião aprovado e que faleceu na vila por volta do ano de 1738¹¹.

Apesar da documentação nem sempre informar a condição jurídica e a ascendência dos oficiais de cura, é provável que muitos cirurgiões examinados e aprovados na América portuguesa não fossem brancos. Digo cirurgiões, porque entre barbeiros/sangradores e enfermeiros foi comum a presença de indígenas ou negros, livres ou escravizados. Por ora, o cirurgião José da Silva Vasconcelos, morador da vila do Cuiabá, foi o único identificado como pardo forro, e, de acordo com o cirurgião Francisco Xavier Correia dos Reis, José da Silva Vasconcelos era o melhor que havia na vila para aplicar o curativo¹².

11. Requerimento do cirurgião aprovado Antonio Pinto de Almeida da Fonseca, Vila do Cuiabá, 7 de junho de 1736 (Microficha 13, doc. 162, AHU, NDIHR); Requerimento do cirurgião Pedro Rodrigues Duro, posterior a 1735 (Microficha 11- doc. 150, AHU, NDIHR).

12. Antonio José Pinto de Figueiredo a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Vila do Cuiabá, 3 de novembro de 1792 (Mss., lata 1792 A, APMT); Inventário de

Na América portuguesa, alguns casos trazem essa identificação. Do Rio de Janeiro, sabemos de João Gonçalves Pereira, pardo, pediu licença em 1824 para curar de cirurgia; João Evangelista, escravo, estudou na Academia Médico-Cirúrgica e praticava a cirurgia, no ano de 1816. Este era “escravo de Sua Majestade”, razão que possibilitou sua admissão à Academia, realizou o exame e obteve as cartas de sangria e de cirurgia (PIMENTA, 1997, p. 78-79).

Os casos de José da Silva Vasconcelos, João Gonçalves e João Evangelista, não brancos, estabelecidos em diferentes lugares da América portuguesa, são demonstrativos de práticas de cura numa sociedade colonial escravista, marcada pela heterogeneidade dos oficiais de cura, flexibilidade nas artes de curar, fosse pela necessidade de pessoas para aplicar o curativo, fosse por relações pessoais.

Quando em ambientes urbanos, eles atendiam nos hospitais militares ou públicos, na cadeia, nas casas de morada dos enfermos ou em suas próprias. Nas vilas, as chances de obterem imóveis e melhor remuneração eram maiores, já que desenvolviam outras atividades, lícitas ou não, paralelas às artes de curar. Além disso, ao adentrarem nas casas dos doentes criaram sociabilidades e puderam assumir o papel de mediadores culturais ao trocarem informações de origens diversas, inventarem e reinventarem receitas de curar. Situação, que para Carla Berenice S. Almeida, resultou em uma medicina mestiça (ALMEIDA, 2008, p. 52, 199).

Alguns buscaram se inserir no governo local ou em outras atividades econômicas, conforme exemplos que se seguem. Antonio Pinto da Fonseca parece ter sido vereador na câmara de Vila Real do Cuiabá, inserção importante, pois essa instituição possibilitava privilégios e prestígios social e político. No caso em questão, a única câmara municipal existente na região, na primeira metade do século XVIII, era a de Cuiabá e a participação na administração local foi uma das formas encontradas por esses oficiais e tantos outros indivíduos para alcançarem ascensão e distinção na sociedade¹³.

Lembramos que cirurgiões, boticários e barbeiros ocupavam cargos inferiores ao lado de escrivães de meirinhos, porteiros, guardas

José de Vasconcelos Castelo Branco, 1791 (Maço 62, processo 824, cartório 5º ofício, APMT).

13. Sobre as câmaras da capitania de Mato Grosso ver Jesus (2011).

menores, entre outros, muitas vezes acumulando outras funções, a fim de aumentar a remuneração ou ocupar postos para os quais não havia pessoal. Em Vila Bela, o cirurgião João do Couto Urgel foi um exemplo desse acúmulo de cargos, pois, além de oficial de cura, era também advogado dos auditórios¹⁴. Apesar de não conhecermos o universo de pessoas que sabiam ler e escrever na região central da América do Sul, supomos que fosse em número reduzido, o que fazia com que letrados se destacassem na sociedade e participassem da administração.

Sabemos, também, daqueles que se dedicaram a outras atividades econômicas, como o cirurgião aprovado Antonio de Souza, responsável pelo hospital militar na vila do Cuiabá. Ele era proprietário de lavras e fornecedor de galináceos e medicamentos ao hospital. Já José Joaquim Vieira era proprietário de um engenho em Vila Bela¹⁵.

Quanto àqueles que permaneciam anos distantes das vilas, estabelecidos nos fortes militares ou povoados, podem ter tido menos chances de pagamento pelos seus serviços. Alguns, inclusive, buscaram a deserção para o lado espanhol como alternativas. Essas práticas foram comuns na capitania de Mato Grosso, onde pessoas de diferentes condições jurídicas fugiram para as terras de Castela em busca de nova vida.

A proximidade com os domínios espanhóis, fez também com que solidariedades fossem tecidas entre a capitania de Mato Grosso e as missões castelhanas. Dessa forma, a noção de fronteira geopolítica foi redimensionada no cotidiano dos moradores. Entre os oficiais de cura, não encontramos informações sobre o número de desertores, mas um caso nos chamou atenção. Na noite de 21 de maio, o comandante do Forte Príncipe da Beira, José Pinheiro de Lacerda, se dirigiu até o porto, suspeitando de fuga ou deserção. Ao vê-lo, dois soldados e o cirurgião Francisco da Silva Vasconcelos atiraram contra ele. Os soldados que dispararam o tiro, o cirurgião e mais quatro soldados conseguiram escapar do local em uma canoinha, atravessando o rio e fugindo para os domínios da Espanha. Segundo testemunhas, a razão que moveu o cirurgião a cometer tal ato foi a excessiva autoridade do

14. João do Couto Urgel a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Vila Bela, 5 de janeiro de 1785 (Mss., Lata 1786 A, APMT).

15. João Batista Duarte a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Vila do Cuiabá, 18 de agosto de 1773 (Mss., lata 1773 A, APMT); Mapa das rendas do conselho, Vila Bela, 31 de dezembro de 1793 (Mss., lata 1793 B, APMT).

comandante, que já o havia prendido por estar tendo um caso com sua amante¹⁶.

Importa destacar dessas movimentações que a condição de fronteira geopolítica contribuiu para demarcar a especificidade das artes de curar desenvolvidas na capitania de Mato Grosso, seja por ela contar com maior número de oficiais de cura pertencentes a algum regimento militar e que atuaram nos hospitais e fortes militares, seja por possibilitar tecer redes de solidariedades transfronteiriças, que abrangiam desde a assistência curativa dada por um oficial de cura dos domínios portugueses, ou vice-versa, a deserções de oficiais em busca de melhores de condições de vida. Do total de oficiais de cura identificados, quase metade assistiram nos hospitais militares das vilas, dos fortes e do presídio.

Os fortes do Príncipe da Beira e de Coimbra, localizados nos limites entre os domínios ibéricos na América do Sul, facilitavam esses deslocamentos. A fuga de um oficial de cura poderia representar para as autoridades locais uma perda. Por mais que não fossem os primeiros a serem consultados em casos de enfermidades, cabia a eles a recuperação do corpo do soldado enfermo, peça importante na conquista da terra. Mesmo quando cometiam delitos, eles eram enviados para atenderem nas cadeias dos fortes, pois neles poderiam continuar exercendo o seu ofício sob vigilância do comandante.

Esse foi o caso do cirurgião Francisco Xavier Corrêa dos Reis, que em 1775 foi preso e enviado para o presídio de Coimbra, onde ficou encarregado do curativo dos enfermos¹⁷. Anos depois, ele pediu autorização para voltar ao reino em companhia de duas mulheres pardas libertas, Suzana Maria e Maximiana de Cristo¹⁸. Mesmo essa derradeira notícia sobre o cirurgião Francisco Xavier dos Reis é exemplar. Para onde fosse, um cirurgião levava consigo o seu ofício. Cirurgiões atuando no campo da desordem não devem ter sido raros, e o caso de Francisco não foi o único.

16. Devassa instaurada no Forte Príncipe da Beira a 31 de outubro de 1798 (Tribunal da Relação, caixa 2, doc. nº. 1126, APMT).

17. Mathias Ribeiro Costa a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Fecho dos Morros, 15 de setembro de 1775 (Mss., lata 1775, APMT).

18. Francisco Xavier Corrêa dos Reis à rainha; Vila do Cuiabá, 1787 (Mss., cx. 26, doc. 1504, AHU, NDIHR).

Outro exemplo é o fato ocorrido no Forte Príncipe da Beira, entre 1785 e 1786. Ali foi apurado o consumo de oitenta galinhas no hospital real, quantidade que assustou o comandante do forte que, para averiguação, chamou o cirurgião José Antonio Fernandes e o enfermeiro para justificarem tal consumo. A suspeita recaiu sobre o cirurgião. Não se sabe o resultado do processo, mas o comandante declarou que visitaria o dito hospital a “bem não só de acautelar qualquer desvio que puder acontecer, mas ainda para que os doentes hajam de ser mais bem tratados e servidos”¹⁹.

Atuando no campo da ordem ou não, alguns desses oficiais nem sempre tiveram bons comportamentos no desempenho das artes de curar e as tensões vivenciadas na sociedade colonial se refletiram na prática desses indivíduos. Por essas razões, teoricamente, existia uma certa preocupação com a contratação dos cirurgiões que deveriam ter bons comportamentos. Entretanto, queixas relacionadas à ausência e à displicência no trato dos enfermos foram comuns.

O cirurgião Antonio de Souza, responsável pelo hospital militar na vila do Cuiabá em 1773, foi tido como desinteressado no trato dos enfermos, descuidando-se da dieta e da aplicação dos medicamentos, dedicando-se a outras atividades²⁰. No ano de 1786, o soldado José Alvarez queixou-se que o cirurgião do mesmo hospital não lhe fazia as visitas necessárias, nem lhe aplicava a dieta e os medicamentos, mesmo sendo pago com o soldo do dito soldado²¹. Estabelecidos nas vilas, nos fortes ou povoados distantes, esses indivíduos, como dissemos, buscavam alternativas além das suas artes de curar.

Alguns cirurgiões adquiriram bens e melhores salários. O cirurgião Eduardo Antonio Moreira, residente e falecido por volta de 1830, na já cidade de Cuiabá, possuía engenho além do rio Cuiabá, casa de morada além do Porto Geral, animais e pequenos objetos em ouro e prata²². Outros, como o cirurgião Francisco Gonçalves Rego,

19. José Pinheiro de Lacerda a Luiz de Albuquerque de M. P. e Cáceres. Forte Príncipe da Beira, 2 de janeiro de 1787 (Mss., lata 1787 A, APMT).

20. João Batista Duarte a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Vila do Cuiabá, 18 de agosto de 1773 (Mss., lata 1773, APMT).

21. José Alz Lisboa a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Vila do Cuiabá, 28 de setembro de 1786 (Mss., lata 1786 A, APMT).

22. Inventário do cirurgião Eduardo Antonio Moreira, 1830 (Maço 34, processo 504, cartório do 5º ofício, APMT).

natural de Trás-os-Montes, estabelecido entre os anos de 1802 e 1814 (ano de seu falecimento) no presídio de Miranda, não possuía imóveis em nenhuma das vilas e seus pertences eram apenas os indispensáveis no cotidiano de oficial de cura:

Uma lata de folha de flandres, com as cartas de cirurgia... uma faca de tenda, cabo de osso, uma tesoura curva, uma trocata com canulha de prata, uma pinça, uma tesoura pequena, uma agulha de pontas... um estojo usado com duas navalhas, dois óculos de vidro (...).²³

Dois exemplos que sugerem a hipótese de que as oportunidades nas vilas pareciam ser maiores, o que justificaria, de certo modo, a resistência desses indivíduos em se deslocarem para as edificações militares localizadas distantes das vilas²⁴. Contudo, essa possibilidade requer maiores investigações. Quanto à resistência, parece ter sido comum entre os oficiais coloniais, que podem ter utilizado a doença para adiar ou evitar deslocamento para a locais indesejáveis, como apontamos no primeiro capítulo. Quando tal recurso não tinha resultado positivo, a permanência no local deveria ao menos resultar em benefícios pessoais, a partir de práticas legais ou não.

No que diz respeito aos salários, embora seja complexo perceber as diferenças entre as ocupações, no interior das artes médicas, existia uma hierarquia de especialidade e de salários (WEHLING; WEHLING, 2000, p. 149). O médico ocupava o topo da pirâmide, vindo em seguida o cirurgião, o boticário, o barbeiro/sangrador, o enfermeiro e a parteira. Em 1734, o primeiro cirurgião identificado na Vila Real do Cuiabá recebia dos cofres públicos duzentas oitavas de ouro por ano²⁵. Já em 1745, um cirurgião recebia cerca de cento e trinta e duas oitavas anuais. Na década de 1780, o salário ficou em torno de cento e trinta e três oitavas de ouro²⁶.

23. Testamento do Cirurgião Francisco Gonçalves Rego, 1814 (Presídio de Miranda, 5 de janeiro de 1814, Caixa 12, 1801-1814, APMT). Alcântara Machado (s/d, p. 102), com base nos testamentos, constatou a existência de honorários de cirurgiões e barbeiros, que aplicaram medicamentos no moribundo ou em outras pessoas da família.

24. Mss., dilacerado, Presídio de Coimbra, 24 de agosto de 1779. Lata 1779 A, APMT.

25. Requerimento do povo da Vila do Cuiabá (Microficha 13, doc. 164. AHU, NDIHR).

26. Portaria de Joaquim José de Cavalcanti de Albuquerque Lins sobre a contratação de cirurgião, Casalvasco, 16 de novembro de 1786 (Livro de Correspondência da Provedoria da Real Fazenda, 1784-1793, C28, fólhos 29 e 31, APMT).

Em fins do século XVIII na Bahia, um cirurgião do Tribunal da Relação ganhava oitenta e quatro mil réis e mais dezesseis de propina. A Misericórdia de Campos pagou também nessa época, oitenta e nove mil e seiscentos réis (SANTOS FILHO, 1991, p. 318). Em Santos, no ano de 1734, um cirurgião recebia cento e oitenta mil réis (RIBEIRO, 1997, p. 33).

Mesmo sem dados precisos sobre a remuneração dos cirurgiões, é perceptível que ela não era padronizada nas capitânicas da América portuguesa, pois estava relacionada ao imposto arrecadado em cada vila e repassado para as câmaras, embora as formas de contrato impusessem obrigações semelhantes. Entre os deveres dos cirurgiões, estava a aplicação do curativo nos enfermos pobres, assistindo com remédios e sangrias em qualquer localidade e hora que fossem chamados. Essas atribuições faziam parte dos deveres dos médicos em Lisboa em 1789. Eles deviam assistir por mais de um dia os pobres com prontidão e caridade, sem qualquer honorário, comprometendo-se a atendê-los sem qualquer hesitação (CRESPO, 1990, p. 50).

Na primeira metade do século XVIII, cirurgiões foram contratados pela câmara da Vila Real do Cuiabá para atender a quem solicitasse o curativo, enfermos pobres e escravos gratuitamente, assistindo com remédios e sangrias, na vila e em seu termo e devem ter se estendido a todo o setecentos²⁷. Já na segunda metade do século XVIII e início do XIX, nos requerimentos dos cirurgiões militares, constava a realização do corpo de delito, assistência aos enfermos pobres, aos que possuíam bens, aos presos da cadeia e aos militares²⁸. Ao estabelecer o curativo para essas pessoas, as autoridades, de certo modo, colocavam em prática uma ação voltada para o cuidado com os moradores, necessários para povoação e defesa da fronteira.

Existem algumas diferenças entre os requerimentos da primeira e da segunda metade dos setecentos, como a inserção de novos deveres dos cirurgiões e a exclusão do curativo dos escravos. Não sabemos o porquê dessa exclusão, mesmo porque nem na Vila Real do Cuiabá, nem em Vila Bela existiram Casas de Misericórdias que assistissem gratuitamente escravos e enfermos pobres. A Santa Casa somente foi

27. Requerimento de Pedro Rodrigues Duro, posterior a 1735 (Microficha 11, doc. 150, AHU, NDIHR).

28. Nomeação do licenciado Antonio Luís de Faria. Vila do Cuiabá, 25 de abril de 1810 (Mss., lata 1810 A, APMT).

edificada na vila do Cuiabá em 1817. No entanto, sabemos que os escravos pertencentes à Real Fazenda foram curados pelos cirurgiões.

A outra possibilidade é que esse cuidado passaria para as mãos das Irmandades que, em algumas capitanias, como a de Minas Gerais, contavam com um oficial de cura e, em certos casos, boticas próprias para assistir os irmãos (BOSCHI, 1984, p. 31). Na capitania de Mato Grosso não sabemos se existiram esses agentes no quadro das Irmandades. Porém, na Irmandade de Nossa Senhora do Rosário dos pretos da vila do Cuiabá, um dos Irmãos, José Dias Paes, possuía entre seus pertences instrumentos de cirurgia e de tirar dentes²⁹, o que permite, por enquanto, supor a possibilidade de outros oficiais ou curiosos no interior dessas associações.

O acréscimo de novos itens nos contratos de cirurgiões, como a realização do corpo de delito, parece ter mudado a partir de 1748, com a criação da capitania de Mato Grosso e com a fundação de Vila Bela em 1752, quando o aparato administrativo e militar foi ampliado³⁰. A década de 1750 foi marcada por importantes iniciativas. Nessa época, estava em discussão a demarcação de limites, por meio do Tratado de Madri (1750) que exigiu esforços no sentido de delinear e inspecionar as fronteiras coloniais. Nessas circunstâncias, Vila Bela foi fundada na fronteira oeste. Na década de 1760, as reformas foram ampliadas, incluindo uma nova estrutura do ensino público a fim de substituir a dos jesuítas, a afirmação da autoridade estatal diante da religiosa, o estímulo a empreendimentos comerciais, a reorganização militar e a segurança do Estado (MAXWELL, 1997, p. 96).

Todos os vice-reis chegavam à América portuguesa com instruções relativas ao aspecto militar, devendo se preocupar com a fronteira e com os corpos dos soldados (MACHADO, 1978, p. 109). No âmbito dessas orientações é que os deveres dos cirurgiões podem ter sido inseridos e esse contexto de demarcação de limites e defesa das fronteiras podem justificar a presença de oficiais de cura militares. Vejamos alguns exemplos da materialização dos deveres dos cirurgiões nos ambientes urbanos, de acordo com as novas orientações políticas da segunda metade do setecentos. Os cirurgiões aprovados Antonio de

29. Inventário de José Dias Paes, 1803 (Maço 62, processo 828, cartório do 5º ofício, APMT).

30. Sobre a organização da administração e a condição de fronteira geopolítica da capitania, com ênfase na da justiça, ver Jesus (2017b).

Souza, João Borges e Pedro Rodrigues Duro foram chamados à cadeia da Vila Real em 1770 para examinarem o cabo pedestre João da Silva³¹. O cirurgião João Borges atestou que o recruta João de Oliveira tinha uma quebraçura nas pernas³². Por sua vez, os professores de cirurgia de Vila Bela realizaram corpo de delito no índio Marcelo, aprendiz de ofício de Antonio Monteiro Braga³³.

Nesse contexto, as capitanias de Mato Grosso, Grão Pará, Goiás e ainda as Províncias dos domínios espanhóis, em mais de um momento realizaram intercâmbio de oficiais da arte médica e medicamentos, visando atender às necessidades da população (VOLPATO, 1987, p. 64). O intercâmbio entre as capitanias da América portuguesa fazia parte do desejo de padronização dos procedimentos militares, pois a nova estrutura militar previa a cooperação dessas localidades:

O Rio de Janeiro tem a premente obrigação de ajudar todas as outras Capitanias do Brasil, assim como cada uma delas a tem de ajudar-se uma à outra e à mencionada Capitania do Rio de Janeiro... Nessa união recíproca de poder consiste essencialmente a maior força do Estado, e na falta dela toda a sua fraqueza. (*apud* MAXWELL, 1997, p. 128)

Essa necessidade de cooperação era reiterada a todos os governadores, pois nela assentava-se a defesa da América portuguesa e de sua população (MAXWELL, 1997, p. 128). O cirurgião Antonio José Félix de Avilar é exemplo dessa cooperação. Em 1787, por ordem de Martinho de Souza Albuquerque, capitão general do Pará, ele foi enviado para a capitania de Mato Grosso³⁴. Nessa capitania, no período de 1770 a 1790, durante os governos dos irmãos Luís e João de Albuquerque, houve um acréscimo no número de oficiais de cura, com destaque para a predominância de cirurgiões na região. Isso, de modo geral, parece decorrer da preocupação da metrópole em assegurar a demarcação dos limites, conseqüentemente dos domínios portugueses na América, com a fundação de povoados e de fortes militares,

31. Parecer dos cirurgiões Antonio de Souza, João Borges e Pedro Rodrigues Duro. Vila do Cuiabá, 29 de outubro de 1770 (Mss., lata 1770, APMT).

32. Certidão do cirurgião João Borges sobre o estado de saúde do recruta João de Oliveira Dias, Vila do Cuiabá, 24 de maio de 1771 (Mss., lata 1771, APMT).

33. Alvará de perdão de Antonio Monteiro Braga, Vila Bela, 18 de abril de 1783 (Mss., lata 1783 A, APMT).

34. Martinho de Souza e Albuquerque a Luís de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres. Pará, 2 de maio de 1787 (APMT).

como o de Coimbra (1775) e o Real Príncipe da Beira (1776) e com incentivo ao povoamento, que mobilizaram um maior número de homens na fronteira oeste, inclusive oficiais de cura.

As tensões entre as Coroas Ibéricas foram sentidas na capitania de Mato Grosso em diferentes momentos (VOLPATO, 1987, p. 39, 45). A ameaça de uma invasão espanhola assustava os moradores da capitania e, no fim do setecentos, espalhavam-se vozes sobre o armamento militar e o elevado número de homens que compunham as tropas paraguaias, enquanto a capitania de Mato Grosso estava desguarnecida de homens, armas e mantimentos. Naquele momento, diante da guerra entre Portugal e Espanha, sentida na fronteira ocidental, o governador e capitão general Caetano Pinto de Miranda Montenegro, por vários momentos, solicitou ajuda de outras capitanias, como a do Pará, pedindo armas, homens e mantimentos necessários para a guerra (CORRÊA FILHO, 1994, p. 427-428).

Militares acompanhados de seus escravos foram enviados para a zona de tensão. Entre eles estavam os cirurgiões. O cirurgião Eduardo Antonio Moreira saiu da Vila Real do Cuiabá para Coimbra no ano de 1796, encontrando-se no local ainda em 1799³⁵. O cirurgião José Antonio Félix de Avilar, estabelecido em Vila Bela no ano de 1799, aguardou provisão a fim de se deslocar para um dos fortes localizados na repartição do Mato Grosso. Para esses homens obrigados a se deslocarem por causa da função que exerciam, essas transferências, ainda que provisórias, para as zonas de tensão, eram nefastas: deixavam famílias e negócios, sempre na dúvida se voltariam ou não.

Basicamente todos os oficiais de cura, independentemente da especialidade exercida, eram convocados por causa da ameaça de guerra, o que poderia reforçar ainda mais a atuação de homens e mulheres chamados de curiosos, feiticeiros/curadores e benzedores nas vilas e arraiais, procurados na hora da aflição. No ano de 1793, segundo o juiz de fora Luiz Manuel de Moura Cabral, a Vila Real do Cuiabá não tinha oficial de cura, e o único que havia estava muito velho e doente. Essa situação levou o juiz de fora a chamar “um curioso filho de um bom médico que foi em São Paulo”³⁶.

35. Francisco Roiz do Prado a Caetano Pinto de Miranda, Presídio de Coimbra, 7 de dezembro de 1796 (Mss., lata 1796 A APMT).

36. Luís Manoel de Moura Cabral a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres. Vila do Cuiabá, 15 de outubro de 1793 (Mss., lata 1793 B, APMT).

Na hierarquia médica, após os cirurgiões estavam os boticários. Considerando aqueles que assim foram denominados na documentação consultada, encontramos apenas cinco: quatro em Vila Bela da Santíssima Trindade e um no Forte Príncipe da Beira. É possível que boticários tenham atuado na capitania de Mato Grosso, mas os registros foram consumidos pelo tempo. Por outro lado, acreditamos que os cirurgiões por diversas vezes exerceram as funções de boticários, tanto que possuíam em suas casas medicamentos. O cirurgião Antonio de Souza possuía uma botica em sua casa na vila do Cuiabá, cujos medicamentos eram comprados de comerciantes, pois evitava adquirir os remédios do Armazém Real³⁷. Em Vila Bela o também cirurgião João do Couto Urgel atuou como boticário³⁸. Não havia delimitação absoluta entre os ofícios, pois os regulamentos coloniais não cerceavam o exercício de atividades paralelas, mesmo que isso contrariasse a determinação da Fisicatura-Mor. A flexibilidade nas terras além-mar era comum nas artes de curar, em que o médico exercia a arte da cirurgia e o cirurgião a da sangria ou da manipulação de medicamentos.

Fabiano Roiz Souto é outro exemplo dessa função plural no interior das artes de curar. Natural do Rio de Janeiro, dizia ter sido boticário e na capitania de Goiás ter curado muitas pessoas. Na vila do Cuiabá, exerceu a cirurgia³⁹. Deslocando-se de uma capitania para outra, esses indivíduos, mesmo sem carta de licença para atuar na arte, ao chegarem em novo local, identificavam-se e eram reconhecidos pelas autoridades e demais moradores. Essa situação contribuía para o exercício de pessoas sem formação específica como cirurgiões, boticários ou sangradores/barbeiros.

Vera Regina B. Marques (1999, p. 205-206) identificou 80 boticários residentes no Brasil entre os anos de 1707 e 1749, quantidade que sobe para 89, se forem incluídos aqueles cuja residência não foi mencionada nos pedidos de licenças. Já no reinado de Dona Maria I, foram registrados 14 exames de boticários brasileiros. Entre 1808 e 1821, foram registrados 148 exames de boticários pela Fisicatura.

37. João Batista Duarte a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres. Vila do Cuiabá, 18 de agosto de 1773 (Mss., lata 1773 A, APMT).

38. Requerimento de João do Couto Urgel à Provedoria da Real Fazenda. Mss., Vila Bela, 13 de abril de 1769 (Provedoria da Real Fazenda, NDIHR).

39. Antonio Pinto de Figueiredo a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres. Cuiabá, 3 de novembro de 1792 (Mss., lata 1792 A, APMT).

Confrontando esses dados, é possível concluir que o contingente dos agentes de cura nessa especialidade não era desprezível.

Os boticários podiam aprender o ofício de dois modos. Primeiro, com um mestre na condição de aprendizes, seguindo manuais de orientação como o *Exame de boticários* ou a *Coletânea farmacêutica*. O *Exame de boticários*, de frei Estevão de Vila, versava em um de seus capítulos sobre o método de trabalho desses oficiais, abrangendo a preparação dos remédios e as devoções cristãs. Quanto à *Coletânea farmacêutica*, era obra de referência para preparação do exame, sendo o texto escolhido pela Fisicatura-mor. Escrito sob a forma de perguntas e respostas, continha conceitos de prática farmacêutica e descrição de algumas drogas medicinais (MARQUES, 1999, p. 168-169).

O segundo modo era o ingresso na “Faculdade de Botica”, criada na Universidade de Coimbra em 1537. Não há informações sobre a existência dessa faculdade, mas ela expedia cartas de exame, que possibilitavam melhores colocações do boticário na hierarquia, principalmente se almejasse ser um Boticário da Casa Real ou Boticário Examinador (MARQUES, 1999, p. 171).

Na Comarca do Rio das Velhas, foram identificados 48 boticários e droguistas aprovados ou licenciados. Esses últimos eram comerciantes com licença para comercializar medicamentos oficinais ou simples. Mas as preparações das receitas individualizadas eram feitas nas boticas pelos boticários (ALMEIDA, 2008, p. 47).

Na década de 1730, quando já haviam sido localizadas as jazidas de ouro na bacia do Guaporé, região logo chamada o Mato Grosso, militares portugueses foram enviados do reino para os domínios lusos na América com o intuito de iniciar o patrulhamento intensivo da fronteira. Nesse movimento, homens ofereceram-se para compor esse efetivo militar, inclusive o boticário José Bernardo de Almeida⁴⁰. Naquele começo de século, as minas da fronteira pareciam ser um atrativo.

Quanto aos medicamentos, eram fornecidos para a América portuguesa por alguns boticários do Reino, como o português Simão Gomes de Souza. Ele foi o primeiro a exercer o cargo de boticário do Conselho Ultramarino, recebendo autorização para enviar medi-

40. Requerimento de José Bernardo de Almeida. Vila de São Pedro do Sul, 12 de agosto de 1742 (Micro ficha 54, doc. 495. AHU, NDIHR).

camentos para a América portuguesa. Boticários brasílicos, principalmente da Bahia, Rio de Janeiro e Pernambuco, também abasteceram outras capitanias, fornecendo boticas portáteis para tropas e para socorros em epidemias (MARQUES, 1999, p. 193).

Na capitania de Mato Grosso, os medicamentos da botica real poderiam ser adquiridos pela Provedoria da Real Fazenda, que os comprava via Belém, no Estado do Grão-Pará, ou via Rio de Janeiro, no Estado do Brasil. Algumas remessas chegavam estragadas, quando não se extraviavam no decorrer da viagem. Quando chegavam à capitania de Mato Grosso, eram enviadas para Vila Bela e Vila Real do Cuiabá, sendo em seguida distribuídas irregularmente para povoados e fortalezas militares. O viajante Alexandre Rodrigues Ferreira, por exemplo, solicitou medicamentos ao governador e capitão general da capitania de Mato Grosso, indicando o modo de acondicioná-los na caixa de botica: “(...) tudo o que pertence a botica, se deverá entregar acondicionado dentro de uma caixa, vindo cada simples conservado em sua competente vasilha, para não se arruinar”⁴¹.

A deterioração dos remédios causava preocupação às autoridades que procuravam fiscalizar o estado de conservação das drogas nas boticas. No ano de 1791, o provedor da real fazenda pediu confirmação dos remédios estragados e inúteis existentes na botica do hospital militar de Vila Bela⁴². Assim sendo, a compra de medicamentos, o envio para os distantes pontos da América portuguesa e a fiscalização sobre eles devem ser compreendidos como uma das práticas em relação à saúde no período moderno.

Droguistas e boticários estavam sujeitos à fiscalização e à tentativa de coibir a prática daqueles que comercializavam remédios deteriorados. É nesse sentido que D. João V aprovou o *Regimento com foros de lei que devem observar os comissários do físico-mor no estado do Brasil*. No capítulo sobre o Regimento dos Preços dos Medicamentos, estabelecia-se as multas que variavam de quatro a oito mil réis àqueles droguistas ou boticários que conservassem medicamentos com indícios de estragos. Conforme o Regimento, as boticas seriam visitadas

41. Alexandre Rodrigues Ferreira a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres. Vila do Cuiabá, 20 de fevereiro de 1791 (Mss., lata 1791 A, APMT).

42. Livro de Correspondência da Provedoria da Real Fazenda, 1784-1793 (C28, fólio 104, APMT).

a cada três anos (RIBEIRO, 1997, p. 31). Procurava-se, desse modo, fiscalizar as artes de curar na América portuguesa.

Na capitania de Mato Grosso, além das boticas reais estabelecidas em Vila Bela, Vila Real do Cuiabá e fortes militares, havia lojas de secos e molhados que comercializavam medicamentos. Exemplo da venda de medicamentos nesse tipo de loja na vila do Cuiabá é a loja do alferes Francisco Fernandes, sócio de Joaquim José Ramos e Costa. Além de utensílios domésticos, tinha à venda uma ventosa de vidro, uma tesoura com seu estojo, uma de cortar cabelo, uma bacia de barba, cinco vidros de água de lavanda, dois de espírito de Vergamote, um vidro com duas onças de tártaro emético, vinte e cinco frascos de água de rainha da Hungria⁴³.

De acordo com o Regimento da Fisicatura, os proprietários desses estabelecimentos não precisavam ter habilidade ou conhecimento, somente o material necessário, como pesos e balanças. Além disso, precisavam de uma autorização anual da Fisicatura (PIMENTA, 1997, p. 61). Na Vila Real do Cuiabá, o delegado do físico-mor, João do Couto Urgel, determinou que as boticas seriam visitadas e os boticários deveriam seguir o Regimento de Cristóvão Vaz Carapinho⁴⁴.

A venda de medicamentos nesses estabelecimentos é outro dado, demonstrando que a maioria das pessoas, antes de procurar um praticante de cura oficial, recorria a outras alternativas, fosse um curandeiro, benzedor, curioso ou até por conta própria. Essa última situação, para aqueles que tinham acesso aos livros, poderia ser facilitada. A *Medicina Doméstica*, de autoria de Guilherme Buchan, foi recordista entre os manuais de orientação “caseiros”. Ela podia ser encontrada em coleções de 4, 8 ou 10 volumes, conforme o tradutor (MARQUES, 1999, p. 214). Publicação semelhante foi encontrada na Vila Real do Cuiabá, na casa de Dona Dorotéia Maria da Conceição, que deu a *Medicina Doméstica* como parte do pagamento do curativo realizado pelo cirurgião Eduardo Antonio Moreira⁴⁵.

43. Inventário de Francisco Fernandes, 1800 (Maço 71, cartório do 5º ofício, APMT).

44. Sobre este regimento, não obtive informações.

45. Eduardo Antonio Moreira a Dona Dorotéia Maria da Conceição, Vila do Cuiabá, 14 de dezembro de 1808 (Mss., lata 1808 B, APMT).

Tudo indica que a botica real e o hospital militar ocuparam a mesma casa, tanto na Vila Real do Cuiabá quanto na Vila Bela. Elas tinham poucos móveis, prateleiras, cadeiras, mesas e almofariz para preparar os medicamentos. Na América portuguesa, em alguns lugares, as boticas configuraram-se como espaços de sociabilidade. Nelas, jogavam-se gamão, cartas, marcavam-se encontros, discutiam-se política ou liam-se livros proibidos⁴⁶. A documentação referente às boticas no centro da América do Sul não nos permite perceber esse aspecto de socialização, mas não elimina a existência dessa prática.

Os boticários identificados compuseram, com os cirurgiões, o quadro de oficiais de cura contratados pelos partidos público e militar para atenderem a militares, presos, moradores pobres e a quem mais solicitasse o curativo. Abaixo deles estavam os barbeiros/sangradores.

Barbeiros/sangradores, enfermeiros e parteiras

Na França, enquanto os médicos procuravam afastar os cirurgiões do seu campo de atuação, estes procuravam afastar os barbeiros. Em 1691, iniciou-se oficialmente a separação entre cirurgia e barbearia francesas, consagrada com novos estatutos para os cirurgiões no ano de 1756. De acordo com esse estatuto, os cirurgiões seriam reconhecidos como oficiais de uma arte liberal e científica, gozando de honras e privilégios que não possuíam quando pertencentes às artes mecânicas (LEBRUN, 1997, p. 302).

Na América portuguesa, por sua vez, essa dissociação era inexistente como temos demonstrado⁴⁷. Do mesmo modo, barbeiro e sangrador eram termos usados indistintamente, pois o barbeiro poderia raspar e cortar barbas, bem como realizar sangrias. É a partir dessa não distinção que preferimos denominar os indivíduos que realizavam as sangrias de barbeiros/sangradores, pois no centro da América do Sul, a própria documentação assim denomina os oficiais de cura

46. Sobre as boticas como lugares de socialização, ver Marques (1999, p. 215) e Maia (1994).

47. Nos dicionários que circularam no século XIX, barbeiro era designado como o homem que fazia, raspava, cortava ou aparava barbas. Entre eles, havia barbeiros de lancetas ou sangradores e barbeiros de espada (FIGUEIREDO, 1999, p. 3).

que exerciam esse ofício, como José Antonio Pereira, “oficial de barbeiro sangrador” na Vila Real do Cuiabá⁴⁸.

Como apontamos anteriormente, a sangria foi vista como o melhor instrumento de higiene interna e como antídoto para vários males. Ela poderia ser efetuada localmente por meio de ventosas, escarificações ou sanguessugas, ou por via arterial (arteriotomia) ou venal (flebotomia), em diferentes partes do corpo, conforme o local do mal a ser extirpado, em alguns casos respeitando as estações do ano (DEL PRIORE, 1995, p. 226). As escarificações eram feitas em vários pontos do corpo com um pedaço de lâmina de navalha até que o sangue surgisse. Em seguida, colocavam-se as ventosas nesses locais, feitas de chifres, extraindo-se o ar de seu interior. Já no século XIX, há registro do uso de sarjador, pequeno aparelho francês com vários fios de navalha que apareciam e sumiam quando acionado um botão. Neste movimento os fios cortavam a pele e depois aplicava-se a ventosa, retirando o sangue surgido dos cortes abertos pela navalha (FIGUEIREDO, 1999, p. 4).

O mestre barbeiro João Antonio, preto forro, foi pago pela Provedoria da Real Fazenda de Vila Bela para fazer todas as sangrias, ventosas e sarjas nos militares e a quem mais solicitasse o curativo⁴⁹. O conhecimento necessário para desempenhar tal atividade era adquirido na prática e podia ser encontrado nos três universos culturais, como abordado nos capítulos anteriores. Entre os índios, era praticado com o uso de dentes de animais, chifres, ossos e cascos (HOLANDA, 1995, p. 78). Entre os negros, como mencionamos anteriormente, a prática foi trazida da África (PIMENTA, 1998).

Na capitania de Mato Grosso, a dupla sangria e purga parece ter sido a mais adotada entre os moradores⁵⁰, que independiam da ação de um cirurgião. Constatamos bacias de sangrias, tesouras e ventosas existentes em algumas casas de moradas localizadas na Vila Real do

48. Requerimento de José Antonio Pereira, Cuiabá, 23 de outubro de 1800 (Microficha 1508, Provedoria da Real Fazenda, NDIHR).

49. Portaria de Joaquim José Albuquerque para a contratação de um barbeiro/sangrador. Vila Bela, 22 de fevereiro de (ilegível) (Livro de Registro de Correspondência da Provedoria da Real Fazenda, 1784-1793, fólio 15, APMT).

50. José Nogueira a Luís de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 5 de outubro de 1781 (Mss., lata 1781 A, APMT); José Alvarez a Luís de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Vila do Cuiabá, 28 de setembro de 1786 (Mss., lata 1786 A, APMT); Antonio Ferreira Coelho a Luís de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres (Mss., lata 1784, APMT).

Cuiabá. Além da predominância desses objetos, senhores possuíam homens e mulheres escravizados com habilidades na arte de sangrar, como indicado no capítulo anterior. Os que se sujeitavam aos serviços dos escravos barbeiros não deixavam de correr certos riscos pelo simples ato de barbear com movimentos violentos. O instrumental de trabalho do barbeiro/sangrador o deixava em vantagem, lidando com a cabeça ou outras partes do copo do cliente (FIGUEIREDO, 1999, p. 14). Embora fosse um ofício de menor prestígio no interior da arte médica e perante os outros ofícios mecânicos, por lidar com o sangue, seu instrumental poderia protegê-lo de qualquer ameaça, usado, se necessário, para defesa.

A Fazenda Real possuía escravizados detentores de algum ofício como carpinteiros, alfaiates, pedreiros, oleiros e barbeiros/sangradores. Eles participavam da organização das festas públicas, da limpeza das ruas, da construção de pontes, entre outras atividades existentes nas vilas, nos arraiais, fortes e presídios. Entre os barbeiros/sangradores contratados oficialmente pela câmara de Vila Bela, foi identificado um escravizado, Inácio Batista, estabelecido no Forte Príncipe da Beira⁵¹. É possível que tenham existido outros escravos barbeiros pertencentes à Provedoria da Real Fazenda.

Além de Inácio Batista e do preto forro João Antonio, conhecido como Mestre Barbeiro em Vila Bela, foram identificados mais três barbeiros/sangradores, sobre os quais não foi possível saber se tinham algum parentesco com índios ou negros. É certo que no termo da Vila Real do Cuiabá existia um índio exercendo tal arte, mas não obtivemos outras informações a seu respeito⁵².

Considerando-se os pedidos de licença para barbeiros/sangradores feitos à Fisicatura-Mor após 1808, foi constatado que 79% dos casos eram provenientes do Brasil, 19,5%, de Portugal e 1,5%, de Madeira e São Miguel. Em 84% dos pedidos, a condição jurídica do sangrador foi mencionada como forro ou escravo (PIMENTA, 1997, p. 88). Na Província de Minas Gerais, entre os anos de 1832 e 1871, todos os barbeiros identificados nos levantamentos censitários eram pardos ou negros, sendo alguns livres (FIGUEIREDO, 1999, p. 8).

51. José Manoel Cardoso da Cunha a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, abril/1770 (Mss., lata 1779 A, APMT).

52. Mapa das rendas da Câmara do ano de 1791 em Vila Bela (Mss., lata 1792 A, APMT); Ilegível, Vila Maria, 26 de março de 1780 (Mss., lata 1780 A, APMT).

De modo geral, as artes médicas, durante o período setecentista e mesmo no século XIX, foi atividade especificamente masculina, ocupando os brancos e livres os cargos de médicos e cirurgiões; os forros ou escravos normalmente sendo barbeiros/sangradores ou enfermeiros⁵³. Nesse universo, a presença feminina pode ser encontrada na arte de partejar e na preparação de mezinhas. Coube também à Junta do Protomedicato e depois à Fisicatura-Mor conceder cartas de licença às parteiras. Conforme alguns documentos da Junta do Protomedicato, as parteiras eram em geral idosas, forras ou viúvas e muito pobres. José Ricardo Pires de Almeida (1989, p. 41) menciona que entre esses documentos havia pedidos de licença de “sangraduras”, que inclusive obtiveram permissão para atuar. No centro da América do Sul, não foram encontradas referências sobre a atuação de sangraduras.

Em relação à cirurgia, esta foi proibida às mulheres em meados do século XVIII na França, com exceção dos partos. Essa determinação provavelmente se estendia às outras funções no interior da arte médica, pois estava em jogo também a decência e o pudor (PIMENTA, 1997, p. 107). Somente a arte de partejar era destinada sem restrições às mulheres, que aprendiam o ofício com as mais velhas. A partir de 1808, com a Fisicatura-Mor no Brasil, a maioria dos pedidos, ou seja 44%, era proveniente de Portugal e 56%, de diversas localidades do Brasil: província do Rio de Janeiro (15) e mais especificamente da Corte (10), Minas (14), Bahia (12), Pernambuco (11), Rio Grande do Sul (3) e Espírito Santo (1). Apenas em 10% desses casos tratava-se de mulheres pardas ou pretas forras. Embora a documentação da Fisicatura não mencione a presença de escravas, é certo que estas, sem licença, foram as grandes parteiras na América portuguesa (PIMENTA, 1997, p. 108).

Na Comarca do Rio das Velhas, segundo Carla Berenice S. Almeida (2008, p. 61-62), mulheres requereram cartas de licença para atuarem como parteiras, chamadas também de comadres. Embora mulheres preferissem mulheres parteiras, cirurgiões também as assistiam na hora do parto. Além disso, parteiras licenciadas curavam homens.

53. Microficha 13, doc. 162; microficha 13, doc. 163; microficha 13, doc. 162; microficha 569; microficha 11 (NDIHR). Latas: 1770, 1793B; 1797A; 1798B; 1810A; 1808B; 1781A; 1788A; 1805A; 1779A; 1779B; 1792A; 1786A; 1790A; 1771; 1787; 1817B; 1780; 1793B (APMT).

Na capitania de Mato Grosso localizamos apenas duas mulheres atuando nas artes de curar. Foram as enfermeiras Maria Francisca e Ana de Campos Maciel, respectivamente nos anos de 1816 e 1819 no hospital militar da Vila Real do Cuiabá. Maria Francisca recebeu no ano de 1816 seu soldo em espécie: $\frac{1}{4}$ de farinha, $\frac{1}{4}$ de feijão, toucinho e sal⁵⁴. Já a Dona Ana de Campos dizia ter grande família e não ter meios de se sustentar, além de duas oitavas mensais que o capitão general lhe havia arbitrado⁵⁵.

É interessante observar que Maria Francisca não tinha outro sobrenome e muito menos recebeu o título de Dona. Já a segunda, Dona Ana de Campos Maciel, teve seu soldo estabelecido pelo capitão general. Podemos pensar que suas ações não se limitavam ao universo da assistência aos enfermos, pois poderiam saber sangrar, aplicar curativos e partear.

Os enfermeiros, homens ou mulheres, livres pobres, escravizados ou forros, eram nomeados por terem sido considerados pacientes e habilidosos no trato dos enfermos. Acompanhavam o cirurgião e exerciam a prática nos hospitais militares, algumas vezes sem remuneração ou em troca de gêneros alimentícios. No centro da América do Sul, entre os anos de 1779 e 1793, foram identificados quatro enfermeiros homens que tinham em comum o fato de serem soldados e estarem atuando no hospital militar do Forte Príncipe da Beira, que serviu também como espaço de “instrução” de indivíduos para atuarem nas artes de curar⁵⁶.

Os soldados nomeados para essa função estavam a um passo do aprendizado da sangria, da manipulação de medicamentos e da cirurgia. Cabia a eles, além do cuidado dos enfermos, administrarem os remédios, limparem o hospital e os instrumentos cirúrgicos. Na ausência do cirurgião ou boticário, assumiam, por vezes, essas funções.

54. Requerimento da enfermeira Maria Francisca, Vila do Cuiabá, 19 de setembro de 1816 (Mss., Junta da Administração e arrecadação da Real Fazenda, NDIHR).

55. Petição de Dona Ana de Campos Maciel, Cuiabá, 15 de maio de 1819 (Mss., Lata 1819 A, APMT).

56. José Pinheiro de Lacerda a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 28 de abril de 1793 (Mss., lata 1793 B, APMT); José Manoel Cardoso da Cunha a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 12 de abril de 1779; José Pinheiro de Lacerda a Luiz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 24 de julho de 1787 (Mss., lata 1787 A, APMT).

O estudo das artes de curar na capitania de Mato Grosso, portanto, nos leva a algumas considerações: primeiro, o reconhecimento da existência de indivíduos leigos ou não, licenciados ou não, assistindo aos enfermos com autorização das autoridades locais; segundo, a contratação desses indivíduos como uma prática que, nos termos do século XVIII, significava preocupação com a cura dos moradores; terceiro, o ser capitania-fronteira que reforçou a maior presença de militares, como pacientes e como oficiais de cura. O aumento do número de oficiais de cura militares estava relacionado às mudanças ocorridas na segunda metade do século XVIII, pois foi nesse período que foram discutidas a demarcação de limites e, na fronteira oeste da América portuguesa, foi intensificada a preocupação com a defesa da região, limítrofe com os domínios hispânicos. Já na transição do setecentos para oitocentos, novas movimentações políticas ocorreram e as autoridades das Vila Bela e Vila Real do Cuiabá propuseram a criação de aulas de cirurgias, anatomia e obstetrícia.

Quadro 2. Relação nominal dos oficiais das artes de curar que atuaram na fronteira oeste da América portuguesa (1719-1822)

Nome	Ofício	Local	Ano
<i>Ana de Campos Maciel</i>	Enfermeira	Cuiabá	1819
<i>Antonio Pinto de Almeida da Fonseca</i>	Cirurgião aprovado	Minas do Cuiabá	1735
<i>Antonio Godoi Moraes</i>	Cirurgião	???	1778
<i>Antonio da Silva Coutinho</i>	Cirurgião do Partido Público de Vila Bela	Vila Bela	1777/ 1778
<i>Antonio Joseph de Araújo Braga</i>	Cirurgião Licenciado	Membro da Demarcação de Limites	1787
<i>Antonio de Souza</i>	Cirurgião aprovado do hospital militar	Cuiabá	1773
<i>Alexandre José Leite (Major)</i>	Cirurgião	Cuiabá	1809
<i>Antonio José Félix de Avilar ou José Antonio Félix de Avilar (?)</i>	Cirurgião	Foi destacado do Grão-Pará para Mato Grosso	1787
<i>Antonio Luiz de Faria</i>	Boticário	Cuiabá	1810
<i>Antonio de Almeida Campos</i>	Cirurgião	Real Forte Príncipe da Beira	1793- 1799

<i>Ayres Antonio da Silva</i>	Boticário	Forte Príncipe da Beira	1791
<i>Antonio Luis Patricio</i>	Cirurgião	Cuiabá	1822
<i>Antonio Muniz de Faria</i>	Cirurgião	Presídio de Miranda	1803
<i>Alexandre José Souto</i>	Cururgião	Real Forte Príncipe da Beira	1808
<i>Bento José do Canto Mello</i>	Enfermeiro	Casalvasco	1803
<i>Carlos Silveira Príncipe</i>	Cirurgião	Cuiabá	1797
<i>Domingos Jose Madalena</i>	Boticário	Forte Príncipe da Beira	1774
<i>Domingos José Luís de Queiroz</i>	Boticário	Vila Bela	1772
<i>Eduardo Antonio Moreira</i>	Cirurgião	Cuiabá	1808
<i>Ernesto Lamberto</i>	Médico	Cuiabá	1732
<i>Fabiano Roiz Souto</i>	Boticário	Cuiabá	1792
<i>Félix de Macedo Freire</i>	Boticário/ enfermeiro	Real Forte Principe da Beira	1792
<i>Francisco Xavier Corrêa dos Reis</i>	Cirurgião	Vila Bela (Hospital militar)	1763
<i>Francisco Antonio Ratão</i>	Sangrador	Vila Bela	1769
<i>Francisco de Paula Azevedo</i>	Cirurgião Licenciado	Cuiabá	1797
<i>Francisco Gonçalves Rego</i>	Cirurgião aprovado	Presídio Miranda Cuiabá	1802 1799
<i>Francisco José Ribeiro</i>	Cirurgião aprovado	Cuiabá	1803- 1805
<i>Francisco José Ferreira</i>	Boticário/ Enfermeiro	Real Forte Príncipe da Beira	1792
<i>Francisco da Silva Vasconcelos</i>	Cirurgião	Real Forte Príncipe da Beira	1798
<i>Inácio Batista</i>	Barbeiro sangrador	Real Forte Príncipe da Beira	1779
<i>Ivan Borges</i>	Cirurgião	Cuiabá	1773
<i>José F. Cabral</i>	Cirurgião	Vila Bela (Cia de Dragões)	1748
<i>João Baptista Andriлеux</i>	Cirurgião e “sertanista”	Sítio das Pedras	1749
<i>João do Couto Urgel</i>	Boticário/Cirurgião	Vila Bela	1769
<i>Joaquim Pereira Flores</i>	Cirurgião	Vila Bela	1780
<i>João Borges Chaves</i>	Cirurgião	???	1791

<i>João da Cunha</i>	Boticário	Vila Bela	1769
<i>João Antonio</i>	Barbeiro (mestre)	Vila Bela (hospital militar)	1790
<i>José de Almeida Barreto</i>	Cirurgião	Vila Bela	1802
<i>José Antonio Fernandes</i>	Cirurgião	Vila Bela	1772
<i>João de Melo Lobo</i>			1772
<i>Joseph Soares</i>	Cirurgião	????	1779
<i>João de Oliveira Campelo</i>	Cirurgião	Hospital Militar (lugar não identificado)	1782
<i>José Bernardes Cardoso</i>	Praticante de Cirurgia	Vila Bela (Hospital Real)	1785
<i>João de Oliveira C.</i>	Cirurgião	Vila Bela (do Regimento Militar)	1786
<i>José Joaquim Vieira Ramos</i>	Cirurgião-Mor Licenciado	Forte Príncipe da Beira	1786
<i>José Maria Guedes</i>	Cirurgião	Cuiabá	1817
<i>Jules Pezzetto</i>	Médico pela Universidade de Montpellier	Cuiabá	1796
<i>José da Silva Vasconcelos (pardo)</i>	Cirurgião	Cuiabá	1792
<i>José Brás Ferreira</i>	Prático	Vila Bela (hospital militar)	S/d
<i>José Antonio Fagundes</i>	Cirurgião	Real Forte Príncipe da Beira	1787
<i>José Antonio Pereira</i>	Barbeiro sangrador	Cuiabá	1800
<i>Joaquim Correia Pinto</i>	Cirurgião	Presídio de Miranda	1813
<i>José Martins Machado</i>	Médico	Vila Bela	1761
<i>José Miguel</i>	Enfermeiro	Real Forte Príncipe da Beira	?
<i>José Antonio Fernando</i>	Enfermeiro	Real Forte Príncipe da Beira	1792
<i>José Pinto de Souza</i>	Enfermeiro	Real Forte Príncipe da Beira	?
<i>Luiz Antonio</i>	Praticante de Cirurgia	Vila Bela (hospital militar)	1809
<i>Luís Gonçalves dos Santos</i>	Cirurgião	Casalvasco	1787
<i>Manoel do Carmo Corrêa Dias</i>	Praticante de Cirurgia	Vila Bela	Post 1760

<i>Manoel Joseph da Cunha</i>	Cirurgião	Cuiabá	1732
<i>Manoel José de Faria</i>	Cirurgião	Presídio de Miranda	1797
<i>Maria Francisca</i>	Enfermeira	Cuiabá	1816
<i>Pedro Rodrigues Duro</i>	Cirurgião	Cuiabá	1735
<i>Vitorino Antonio</i>	Cirurgião	Presidio N. Sra. Da Conceição	1769

Fonte: Moura (s/d), Jesus (1998; 2001) e Pereira (2015).

CAPÍTULO 4. VACINAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E AULAS DE ANATOMIA E CIRURGIA

Organização da saúde pública no Brasil do século XVIII

A reforma política iniciada no governo do Marquês de Pombal teve prosseguimento na administração de D. Maria I e do príncipe regente, sendo marcada por maiores aberturas para o pensamento ilustrado (NOVAIS, 1995, p. 224). Nesse contexto, a Academia Real das Ciências de Lisboa, criada em 1779, fortaleceu os trabalhos de História Natural na Universidade de Coimbra, tornando-se “(...) por excelência o centro de assimilação dessas novas correntes, e de sua adequação à realidade portuguesa. Direta ou indiretamente inspirado ou estimulado pela Academia, é todo um vasto movimento intelectual que se processa (...)” (NOVAIS, 1995, 224).

Academias científicas e tipografias eram condições necessárias para a divulgação das atividades que se praticava no século XVIII (PRESTES, 2000, p. 94). A Tipografia Calcográfica e Literária do Arco do Cego em Lisboa, sob direção do Frei José Mariano da Conceição Veloso, divulgou diversos trabalhos na área das ciências naturais, com destaque para as atividades que poderiam ser desenvolvidas no Brasil, como a agricultura, a criação de animais, a instalação de fábricas e a mineração. Dentre os textos impressos em 1799 estavam *Mineiro do Brasil*, *O fazendeiro do Brasil* e a *Quinografia Portuguesa ou coleção de várias memórias* (FERRAZ, 1997, p. 175; ver também NOVAIS, 1995, p. 225-226).

Em 1799 foram enviadas para a capitania de Mato Grosso, por ordem do Príncipe Regente, caixotes com diversos exemplares de textos. Não foi possível saber se esses livros chegaram até o destino, mas o seu envio às capitanias correspondia ao interesse metropolitano da época em incentivar a diversificação do cultivo no Brasil. Entre eles, a *Quinografia portuguesa ou coleção de várias memórias sobre vinte e duas espécies de quininas tendentes ao seu descobrimento nos vastos domínios do Brasil*, constituída por textos de vários autores e enriquecida com estampas de quininas verdadeiras e falsas, versava sobre os aspectos botânicos e propriedades medicamentosas da primeira espécie de qui-

na conhecida, a *Chinchona officinalis*, que se constituiu no referencial para a identificação das demais espécies (FERRAZ, 1997, p. 117-119).

Quadro 3. Relação de livros enviados para a capitania de Mato Grosso (1799)

Livros	Quantidades	Valor unitário
<i>Alcalis Fixos Tomo 1, c/ estampa em preto</i>	27	1.600
<i>Ditos Iluminados</i>	22	1.200
<i>Prebus Rusticis</i>	16	960
<i>Folhetos de Cravo Girofle</i>	50	1200
<i>Cultura das.....</i>	75	120
<i>Memória sobre os queijos Roquefort</i>	45	140
<i>Pensões Vitalicias</i>	4	1200
<i>Ciência das Sombras</i>	6	960
<i>Cultura da Caneleira</i>	48	120
<i>Coleção Inglesa</i>	12	320
<i>Cultura do Cânhamo</i>	106	240
<i>Dito da Sociedade de Turim</i>	56	320
<i>Quinografia com estampas pretas</i>	19	800
<i>Memória sobre os Algodoeiros</i>	10	120
<i>Culturas Americanas Vol. 1</i>	21	1600
<i>O Fazendeiro do Brasil</i>	40	1600
<i>Artes de fazer cola</i>	40	400
<i>Cultura dos Algodoeiros</i>	40	600
<i>Mineralogia de Bergmam</i>	12	960
<i>Extratos de Salitre</i>	50	60
<i>Combustão dos Vegetais</i>	50	60
<i>Memória sobre a Cultura do Cravo</i>	50	120
<i>Propostas para uma Nova Subscrição</i>	20	120
<i>Métodos Econômicos</i>	12	100

Fonte: Relação dos livros pertencentes a Sua Majestade remetidas ao Ilmo e Exmo Sr. General de Mato Grosso. João Procópio Corrêa. Lisboa, 20 de março de 1799 (Ano 1799 A, APMT). Relação dos livros enviados ao Ilmo. Sr General de Mato Grosso. Frei José Mariano da Conceição Velloso, Lisboa, 23 de novembro de 1799 (Ano 1799 A, APMT).

Em fins dos setecentos e inícios do século XIX, na capitania, houve acentuada preocupação com os locais onde se poderiam encontrar e colher a quina. Incumbido de descobrir a árvore, o Padre

José Manuel de Siqueira, natural do Cuiabá, realizou pesquisas sobre a qualidade e uso da sua casca, elaborando inclusive um mapa dos lugares em que poderia ser encontrada nas proximidades da Vila Real (COMETTI, 1996, p. 199). Das Gerais, de Goiás e Pernambuco circulavam informações sobre o achado do produto, o que levou aos membros da Academia de Ciências a avaliarem o material coletado, a fim de identificar a quina oficial, descartando as falsas. Do mesmo modo, a descoberta do padre José Manuel de Siqueira foi submetida à avaliação, mas a legitimidade da árvore foi posta em dúvida (COMETTI, 1996, p. 199)¹.

Influenciado por essa política de exploração da flora, na capitania de Mato Grosso, além da quina, aumentaram-se as amostras de espécies vegetais enviadas ao Reino: embiras, castanhas, jatobá, palmeira, entre outras, foram algumas das espécies coletadas. José Pinheiro de Lacerda, comandante do Forte Príncipe da Beira, encomendou a José Inácio “casca de pau”, pois dela foi possível pintar duas camisetas. O mesmo comandante enviou ao Reino, dois paus de guaraná e uma garrafa do produto ralado, com instruções sobre o uso e virtudes da planta².

Expedições científicas também foram patrocinadas pela Coroa, entre elas a já citada Viagem Filosófica de Alexandre Rodrigues Ferreira para o Rio Negro e Mato Grosso, entre os anos de 1783 e 1792. A expedição foi idealizada em 1778 no reinado de D. Maria I, com o objetivo de incorporar-se às Comissões de Demarcação de Limites das fronteiras portuguesas e espanholas. Ferreira, além de fazer o levantamento das riquezas da região amazônica, descrevendo o clima, os acidentes geográficos, os animais, as plantas e os minerais, devia fazer experimentos com sementes de linho de cânhamo (MARQUES, 1999, p. 129). O viajante também dedicou algumas páginas sobre a localização das salinas na capitania de Mato Grosso e o método de purificação do produto.

1. O padre José Manuel de Siqueira já havia escrito três trabalhos científicos de História Natural – um sobre a virtude da erva-de-bicho, também chamada pimenta d’água, outro sobre o aproveitamento econômico do buriti e por último sobre a embira branca – sendo eleito sócio da Academia Real das Ciências de Lisboa.

2. José Pinheiro de Lacerda a João de Albuquerque. Forte Príncipe da Beira 30 de abril de 1793 (Ano 1793 A, APMT); José Pinheiro de Lacerda. Forte Príncipe da Beira, 18 de outubro de 1796 (Ano 1796 A, APMT).

Esses dados tornam-se importantes, na medida que possibilitam considerar que o *movimento ilustrado luso-brasileiro* alcançou o centro da América do Sul e perceber o modo pelo qual as artes médicas e a farmacologia, assentada no uso de plantas medicinais, foram envolvidas por esse movimento.

No que diz respeito às artes de curar, naquele fim de século, destacam-se: a vigilância do comércio de drogas; a produção de livros³ que versassem sobre os benefícios da agricultura e dos exemplares da flora, como algumas das iniciativas que visavam melhorar a saúde tanto na metrópole como na colônia; as tentativas de regulamentação dos ofícios das artes de curar; a vacinação; e as proposições de implantação de aulas de cirurgia no final do setecentos e primeiras décadas do oitocentos. Considerando os objetivos deste trabalho, abordaremos as três últimas iniciativas.

Inoculação das bexigas e fiscalização da arte médica

A variolização, também chamada de inoculação, consistia na aplicação do pus das feridas de uma pessoa para a outra. De acordo com Sidney Chalhoub (1996), essa ideia pode ter se originado da crença presente em tradições de medicina de várias partes do mundo. Desde a antiguidade, acreditava-se que certas doenças poderiam ser evitadas por meio da aplicação de material similar à moléstia que se queria prevenir. O autor apresenta essas práticas entre os chineses, europeus e africanos. Segundo ele, em Portugal a variolização parece não ter entusiasmado a sociedade do século XVIII, talvez porque a varíola não tenha se tornado um problema de saúde pública como na Inglaterra, embora a doença fosse frequente no tráfico negreiro e nas

3. Márcia Moisés Ribeiro (1997, p. 112, 129) destaca principalmente a produção tratados médicos, de fins do século XVII e inícios do XVIII, considerando-os, também, como uma das iniciativas tomadas em benefício do sistema de saúde na Colônia. Por sua vez, Vera Regina Beltrão Marques (1999, p. 76-77) analisou as farmacopeias publicadas no final do setecentos. Na década de 1790, foi promulgada a *Farmacopeia Geral do Reino*, tornando-se por alvará de D. Maria I, obrigatório na arte de preparar medicamentos. Essa farmacopeia tinha como principal finalidade a uniformização do preparo e composição das fórmulas farmacêuticas em Portugal e suas colônias. Na capitania de Mato Grosso, localizamos a *Farmacopeia Lisbonense* no inventário de José Dias Paes, possuidor, também, de um volume do *Erário Mineral*. O cirurgião Eduardo Antonio Moreira possuía um volume da *Farmacopeia Lisbonense*, adquirida como parte do pagamento das “visitas” realizadas na casa de morada de um de seus pacientes (Mss., (ilegível), ano 1808, lata 1808 A, APMT).

colônias. Na América portuguesa, há duas referências a missionários que tentaram o método na Amazônia em meados do século XVIII. Mas foi no final da década de 1790 que as autoridades a adotaram, às vésperas da descoberta e propagação do método jenneriano, que era a vacina propriamente dita. De todo modo, existem controvérsias de quando e como a vacina foi introduzida em solo colonial pela primeira vez, talvez em 1804 (CHALHOUB, 1996, p. 105).

Sobre a inoculação, em 1802, uma ordem referente a ela foi enviada para a capitania de Mato Grosso:

Por carta circular de 9 de julho de 1799 expedida a todos os governadores dos Domínios Ultramarinos, lhes foi recomendado de Ordem do Príncipe Regente Nosso Senhor que procurassem introduzir a inoculação das bexigas, principalmente nos Meninos Negros, e sendo visto ter mostrado a experiência ser este o único e eficaz preservativo contra o terrível flagelo das Bexigas naturais, que tem causado tão consideráveis estragos nas Colônias Portuguesas, e não constando que o mesmo Senhor, por meio dos Médicos, e das Casas dos Expostos onde as houver e com o exemplo, e a persuasão procure fazer adotar a prática da inoculação, e dê conta dos progressos que se fizerem neste importante objeto.⁴

As pessoas negras, nesse caso crianças, parecem ter sido o grupo preferencial na aplicação de medicamentos para conter a varíola, mas a escolha delas não era uma novidade. De acordo com Sidney Chalhoub, Felisberto Caldeira Brant, futuro marques de Barbacena, enviou sete crianças escravizadas de sua propriedade junto com um médico para Portugal para aprenderem a técnica de vacinação de braço a braço (CHALHOUB, 1996, p. 109).

No ano de 1811, foi criada a Junta da Instituição Vacínica que ficou sob a jurisdição do intendente geral da polícia da Corte e do Estado de Brasil e do e do Físico-Mor do Reino. (MIRANDA, 2017, p. 334). Na pesquisa realizada, não encontramos outros documentos sobre a adoção da prática da inoculação na capitania de Mato Grosso. No entanto, na primeira e segunda metades do século XIX, várias foram as queixas das autoridades sobre o pequeno número de pessoas

4. Visconde de Anadia, Palácio de Queluz, em 1º de dezembro de 1802 (*apud* Revista do Arquivo Público de Mato Grosso, 1987, p. 45).

vacinadas e a epidemia da varíola atingiu a cidade de Cuiabá e outros lugares da província de Mato Grosso em 1865.

Quanto à fiscalização das artes médicas, a cassação de diplomas e de licenças e a inspeção de hospitais e de boticas de três em três anos, com verificação do estado de conservação e o preço das drogas, ficou sob responsabilidade da Fisicatura-Mor até 1782. Ela deveria contar com um representante (delegado do físico-mor ou do cirurgião-mor) nas capitânias, o que nem sempre ocorreu na prática. Para ser comissário, era preciso ser aprovado em medicina na Universidade de Coimbra, conforme o *Regimento que devem observar os Comissários delegados do Físico-mor do Reino no Estado do Brasil*, aprovado por D. João V, no ano de 1742 (RIBEIRO, 1997, p. 24).

Na capitania de Mato Grosso, sabemos da presença de um delegado do físico-mor, isto é, o Dr. João do Couto Urgel, o que nos leva a crer que a Fisicatura atuou na fronteira oeste. No ano de 1780, em Vila Bela, foi estipulado o valor dos salários, conforme documento abaixo:

Fazemos saber, que sendo nos presente alguns abusos introduzidos nesta capital, por conta da obrigação que nos incumbe do Governo e Domínios Políticos (...) tomamos que daqui em diante as parteiras não possam levar mais que de salário pelas funções de seu officio, que três oitavas de ouro, e isto depois de serem examinadas pelo Dr. João do Couto Urgel, como Delegado do Físico-mor: que os cirurgiões terão de cada visita meia pataca e que os boticários não poderão fazer uso de outro Regimento que não seja o Cristóvão Vaz Carapinho, sem exceder daquele que ele taxa que teve bem entendido para ser pago a prata, e não a ouro: que serão as boticas visitadas em correção pelo mesmo delegado, e constando se observa alguma coisa em contrário do Determinado se proceda à prisão e condenação pecuniárias contra os delinquentes (...).⁵

Tem-se, no documento, o exame das parteiras, a fiscalização da arte com os respectivos valores que deveriam ser cobrados e as visitas nas boticas – materialização das funções do Delegado do Físico-Mor em Vila Bela. Contudo, chama atenção o fato de ser o Dr. João do Couto Urgel, o Delegado. As informações referentes a ele, já citadas, mencionam que ele era cirurgião, que também atuou como boticário.

5. Caetano Henrique Pereira ao juiz presidente, vereadores e procurador da Câmara de Vila Bela, Vila Bela, 23 de abril de 1780 (Mss., lata 1780 A, APMT).

Quanto às parteiras, como já mencionado, não encontramos outras informações. Contudo, a partir do trecho “as parteiras não possam levar mais que de salário pelas funções de seu ofício”, supomos que não devem ter sido poucas as mulheres que se dedicaram à arte de partejar e receberam carta de licença para atuarem nessas atividades.

Nas últimas décadas do século XVIII, por ordem de D. Maria I, foi criada a Junta do Protomedicato em substituição à Fisicatura-Mor. Ela tinha como função fiscalizar a arte médica, aprovar e conceder cartas de licença a cirurgiões, boticários, sangradores e parteiras, intensificando também a perseguição aos que atuavam ilegalmente, pois através da fiscalização seria possível ter maior conhecimento numérico dos profissionais da saúde (RIBEIRO, 1997, p. 128). Não encontramos documentos que tratassem de sua atuação no centro da América do Sul. O que sabemos é que, em 1792, o mestre de campo Antonio José Pinto de Figueiredo, como dito anteriormente, informou ao capitão general João de Albuquerque que havia cinco cirurgiões exercendo a arte da cirurgia na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá⁶.

O Protomedicato teve vida curta, sendo extinto em 1808, com o restabelecimento dos cargos de Físico mor (SANTOS FILHO, 1991, p. 271). A partir desse ano, a Fisicatura foi estabelecida no Rio de Janeiro e recebeu pedidos de licença para o exercício da arte médica de Portugal e suas colônias. Mais da metade desses pedidos era do Brasil, sendo 50% da capitania do Rio de Janeiro, seguida da Bahia, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo. Em menor número de pedidos, estavam Espírito Santo, Maranhão, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Pará e também Mato Grosso. Para esta região, não vieram mais que cinco representantes da Fisicatura no período de 1808 a 1828 (PIMENTA, 1997, p. 40). Muitos desses agentes de cura aprendiam a arte no dia-a-dia com pessoas conhecedoras do ofício, como abordaremos no item seguinte. No entanto, naquele fim de século, procurava-se oficializar a formação dos indivíduos por meio de aulas.

“Instrução de alguns filhos do país...”

Até as primeiras décadas do oitocentos, a maioria dos médicos que exerceram a medicina na América portuguesa eram formados

6. Antonio José Pinto de Figueiredo a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres. Vila do Cuiabá, 3 de novembro de 1792 (Mss., lata 1792 A, APMT).

pelas faculdades de Coimbra, Montpellier e Edimburgo. Esta última foi fundada em 1726 e foi influenciada pelo modelo proposto por Boerhave. Ela recebeu estudantes nascidos na América portuguesa e outros estrangeiros, tendo ares cosmopolita, segundo Ana Carolina Viotti (2012, p. 28). Nela, o curso era constituído por Anatomia e Cirurgia, Química, Botânica, Matéria Médica e Farmácia, sendo a Teoria e a Prática da Medicina ensinados, em hospital, assim como a Clínica Médica.

Na faculdade de Montpellier, por sua vez, a cátedra de medicina existia desde 1180 e contava com um jardim botânico, importante para a produção de remédios e desenvolvimento de pesquisas farmacêuticas. Apesar de possuir altos custos, ela atraiu muitos cristãos-novos que podiam contar com a tolerância religiosa da instituição (VIOTTI, 2012, p. 28).

Quanto à universidade de Coimbra, até 1772, permaneceu fechada às investigações e descobertas no campo de anatomia e da patologia que vinham ocorrendo desde os séculos XVI (FAGUNDES, 2016, p. 26). Ela possuía uma grade curricular constituída pelas matérias de Letras, Física, Filosofia, Matemática, Ciências Naturais, com realização da prática da medicina após a conclusão de todas essas matérias com a supervisão de um físico (VIOTTI, 2012, p. 25-26). O estudo era assentado nos pressupostos da teoria neo-escolástica, sem a fundamentação dos métodos experimentais. Conforme edital de 1746, proibia-se a circulação e discussão das obras de Newton, Gassendi, Galileu e outros autores que poderiam negar as realidades eucarísticas (FILGUEIRAS, 1995, p. 387).

Antes, em 1739, Dom João V suspendeu o ensino prático da anatomia com o uso de cadáveres, pautando o ensino em noções teóricas. Por essas razões, a Universidade de Coimbra foi criticada por impedir o avanço de importantes trabalhos na área das ciências⁷. Com a reforma pombalina, em 1772, que sofreu forte influência do pensa-

7. Conforme Márcia Moisés Ribeiro (1997, p. 118), no decorrer dos setecentos as ideias penetraram em Portugal por meio de um movimento típico da sua história cultural, os estrangeirados. Esses homens criticavam as instituições tidas como sagradas, a inquisição, o ensino jesuíta, enfim o atraso de Portugal em relação à cultura científica europeia. Dentre esses homens, estava Luís Antonio Verne que redigiu em Roma no ano de 1746 o *Verdadeiro Método de estudar*, em que criticou, inclusive, a medicina praticada no reino. Sobre a Ilustração Portuguesa, ver Novais (1995, p. 214).

mento ilustrado, a faculdade de medicina foi atualizada com a criação do estudo de higiene, a adoção das descobertas de Harvey relacionadas com a circulação do sangue, as teorias de Albinus em anatomia, as de Boerhaave em patologia e as de Van Swieten em farmacologia, além do retorno do estudo da anatomia por meio da dissecação de cadáveres (MAXWELL, 1997, p. 111), que extinguiu as demonstrações com carneiros e porcos esfolados. Ocorreram, ainda, investimento na criação de um Dispensatório Farmacêutico e os serviços de saúde foram normatizados por meio da Junta do Protomedicato e foram criadas obras oficiais para a aplicação de receitas médicas, como a *Farmacopeia Geral do Reino e Domínios de Portugal* (VIOTTI, 2012, p. 28).

Indivíduos com essas formações cruzaram o ultramar, e o número de nascidos no Brasil formados em medicina na Europa foi reduzido se comparado às outras áreas. Francisco de Moraes (1942) identificou da capitania de Mato Grosso, entre 1779 e 1817, quatro estudantes matriculados na universidade, mas nenhum em Medicina⁸.

Lembramos que, nos domínios luso-americanos, não foram criadas universidades no século XVIII, enquanto que a Espanha criou no século XVI as Universidade de São Domingos e de São Marcos no Peru (1551), a Real e Pontifícia Universidade do México (1551) e a de Córdoba, na Argentina no século XVIII (MIRANDA, 2017, p. 346). Em Goa e Angola, Portugal ensaiou a criação de escolas de medicina e de anatomia, que duraram pouco tempo (FAGUNDES, 2016, p. 26).

Na América portuguesa, a implantação das aulas de medicina e instrução representavam um grande dilema para as autoridades metropolitanas, num período em que o pensamento ilustrado influenciava a política em Portugal. A formação de médicos e cirurgiões na colônia poderia significar um distanciamento da metrópole, já que não precisariam mais se deslocar para o Reino, como argumenta o Conselho Ultramarino às Câmaras Municipais de Minas Gerais, que haviam proposto a criação de uma Faculdade de Medicina:

(...) um dos mais fortes vínculos que sustentava a dependência das nossas colônias era a necessidade de vir estudar em Portugal; que este vínculo não se devia relaxar... que o precedente

8. São eles José Marques de Couto, Francisco José da Costa Roiz, João Pedro de Moraes Baptista Navarro e Prudêncio Giraldes Tavares Cabral. Os dados levantados pelo autor contemplam os anos entre 1772 e 1782 (MORAIS, 1942, p. 166, 216, 220, 234).

poderia talvez, com alguma conjuntura para o futuro facilitar o estabelecimento de alguma aula de jurisprudência... até chegar ao ponto de cortar esse vínculo de dependência. (*apud* MACHADO *et al.*, 1978, p. 171)

Diante das queixas dos colonos em relação às doenças e as reclamações sobre o reduzido número de pessoal habilitado no trato dos enfermos, as alternativas adotadas pelas autoridades foram a criação de aulas de cirurgias que limitassem os alunos ao ensino prático, como já vinha ocorrendo desde a segunda metade do século XVIII nos hospitais militares, e o financiamento dos estudos superiores de jovens colonos no reino.

As primeiras solicitações de construção de lugares para cuidado dos doentes na fronteira oeste da América portuguesa foram feitas na década de 1740, quando os homens bons da Vila Real do Cuiabá pediram que fosse construída a Santa Casa de Misericórdia. Ela deveria ainda contar com a presença de três ou quatro missionários para levar a paz e a civilidade para os gentios que habitavam os sertões. Nota-se, a associação de cura dos enfermos pobres à difusão da doutrina cristã. Segundo os homens bons, esse empreendimento era importante por causa da escassez de medicamentos e de oficiais de cura, pois os enfermos pobres não tinham como se curar e, no lugar, ainda não tinha chegado médico de profissão, nem cirurgião, com exceção de um, sendo os demais “tidos” como barbeiros. A solicitação não foi aprovada e a Santa Casa foi construída em Cuiabá no ano de 1817.

Boa parte das cidades e vilas da América portuguesa não contaram com uma Santa Casa de Misericórdia e nem com uma rede de hospitais, o que pode ter gerado uma caridade diferente, levando aos moradores a buscarem outras formas não institucionais para atenderem à pobreza (FRANCO, 2009, p. 42-43). Esse deve ter sido o caso do padre José Manuel Leite Penteadado, que parece ter mantido, em sua casa em Vila Bela, um lugar destinado a cura dos enfermos pobres acometidos por “carneiradas chamadas sezões malignas”. Tal situação demonstra a invenção de um espaço para se morar, possibilitando troca de saberes e cuidados com o corpo. Do mesmo modo, tem-se um exemplo de iniciativa particular em meio às tentativas de construção de um hospital público por parte das autoridades locais (COMETTI, 1996, p. 44).

Em 1760, outro documento versando sobre a construção de hospital para atendimento dos enfermos pobres foi apresentado e

também não foi aprovado. Mas é no ano de 1799 que nos deparamos com a proposta de edificação de um hospital que servisse também como lugar de instrução. O governador Caetano Pinto de Miranda Montenegro informou que a capital Vila Bela estava despovoada devido ao seu mau clima (que dificultava a fecundidade das mulheres), ao preço cobrado pela Igreja para realização dos matrimônios e aos infanticídios cometidos pelas mulheres escravas. Visando solucionar a problemática da baixa fecundidade, devido aos partos dolorosos e a morte prematura das crianças, o governador propôs o estabelecimento de um hospital com hábeis professores. No local deveriam ser instruídos “alguns Filhos do País, para depois se distribuírem pelos Arraiais e Destacamentos”. Um hospital público que não atenderia somente aos enfermos, mas formaria pessoas para lidarem com o curativo⁹.

Completando a proposta, poderiam ser instruídas “até algumas Mulatas e Pretas... nos princípios mais essenciais da Arte da Obstetrícia”. A proposta do governador, cuja administração na capitania está por ser investigada, nos remete às concepções em torno da medicina e do cuidado dos corpos naquele fim de século, o domínio da arte de partejar nas mãos de mulheres negras e pretas e o hospital enquanto lugar de instrução e formação de jovens nas artes da cirurgia e da obstetrícia. Até onde conseguimos averiguar, essa iniciativa não foi levada adiante.

Os dois primeiros pontos enunciados no parágrafo anterior nos colocam diante da história da “arte de partejar” à “ciência do parto”. Esse caminho foi longo e levou gradativamente à substituição das parteiras pelos médicos e cirurgiões; a circulação de manuais de obstetrícia na Europa, que alcançaram a América portuguesa; a introdução de estudos de anatomia, aliados aos pressupostos da patologia, da fisiologia e da clínica, bem como as descobertas da física, da química e da terapêutica. Movimentos que não ocorreram sem resistências das parteiras às presenças dos cirurgiões na hora do parto (BARRETO, 2007, p. 219-236).

Ao analisar os manuais médicos de obstetrícia divulgados em Portugal, no século XVIII, Maria Rnylda Neri Barreto (2007, p. 219-236) concluiu que o saber médico, a partir da segunda metade desse século e início do XIX, em muito tinha se afastado das concepções

9. Instrução Caetano Pinto de Miranda de Montenegro. Vila Bela 15 de maio de 1799 (Livro de Registro, 1796-1799, C 41, APMT).

fantasiosas sobre o corpo feminino, em especial do “sangue secreto” da menstruação. O parto foi se tornando um evento controlado pelos homens das ciências até a sua conversão em especialidade médica em fins do século XIX.

Quanto ao hospital, como afirmado antes, foi lugar de instrução. Alguns cirurgiões se identificaram como professores de cirurgia e encontramos indivíduos denominados como aprendizes ou praticantes nas artes de cirurgia, como ocorreu com o soldado Dragão Antonio de Almeida Campos em 1793, nomeado pelo capitão general para praticar a cirurgia, mediante as direções do cirurgião do partido militar¹⁰.

As formações de homens e mulheres em hospitais, além da preocupação com a “saúde dos povos”, demonstram a existência do que Thais Nívia de Lima e Fonseca (2009, p. 101) denominou de práticas educativas não escolares. Elas estavam presentes no cotidiano das vilas, eram voltadas para o trabalho, com envolvimento ou não do Estado e da Igreja, e distintas da educação letrada. De acordo com a autora, o aprendizado de ofícios mecânicos era destinado aos pobres e surgia como possibilidade de ocupação concreta e de sustento material, embora eles pudessem ser levados a aprender a ler, escrever e contar. No caso das mulheres, essas instruções eram caracterizadas pelo aprendizado de habilidades consideradas próprias a elas, tais como, costura, bordado e tecelagem, ensinadas junto com a educação moral. No caso em análise, inserimos a arte da obstetrícia praticada por mulheres negras, que, como dissemos foram reconhecidas oficialmente como hábeis parteiras.

Lembramos que os hospitais militares foram criados na segunda metade do século XVIII, tanto na vila do Cuiabá quanto em Vila Bela, e suas construções faziam parte da política metropolitana preocupada em delinear e inspecionar as fronteiras do Brasil – o que exigia a reorganização militar e a segurança do Estado (MAXWELL, 1997, 96). Essa reorganização abrangia os corpos dos soldados, uma das peças fundamentais na defesa do patrimônio metropolitano, por isso era preciso ter as tropas militares, e também os moradores civis, prontos para o combate¹¹. Atender suas necessidades e cuidar dos corpos era uma ação politicamente pensada:

10. José Pinheiro de Lacerda a João de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, Forte Príncipe da Beira, 21 de agosto de 1793 (Mss., lata 1793 B, APMT).

11. Sobre esse assunto ver Novais (1995, p. 138-140).

Sua Majestade recomenda o bom tratamento dos soldados doentes que estão por ter melhor providência daqui adiante e... sejam bem curados e assistidos. O Dr. Intendente e Provedor da Fazenda Real mandará tomar casas para servirem de hospital e mandará preparar camas e roupas necessárias (...).¹²

Nas últimas décadas do século XVIII, o saber médico passou a ser considerado importante para o desenvolvimento, devido aos impactos que as doenças tropicais provocavam nos moradores livres e escravizados e o termo “saúde dos povos” passou a ser recorrente em tratados médicos da época. Conforme, Jean Luiz Neves Abreu (2006b, p. 61), apesar da dificuldade de estabelecer uma “política de saúde destinada às populações, não se pode desconsiderar os esforços do governo português no sentido de direcionar investimentos para esse fim”.

Mesmo sendo destinados ao cuidado dos soldados enfermos, nos hospitais militares, foram atendidos civis, pois isto constava no contrato dos cirurgiões militares: “Curar sem exceção alguma a todos e quaisquer doentes que se lhe determinarem, sendo ou não militar que entrarem para os Hospitais Reais ou Paragem”¹³. Os fortes militares de Príncipe da Beira, de Coimbra e o Presídio de Miranda também tiveram em seu interior espaços destinados aos hospitais militares.

A formação de indivíduos habilitados na cirurgia pode ser encontrada na carta régia de 1798, que permitiu e sugeriu que alguns jovens fossem enviados para a metrópole para se instruírem nas artes e nas ciências:

Constando também a falta de que há em todas as Comarcas dos Domínios Ultramarinos de bons contratadores e de hidráulicos para a condução de águas, para os Estabelecimentos de Canais e de Máquinas tão úteis à cultura e as artes, e não sendo também menor a penúria que se experimenta nas mesmas Comarcas de médicos e cirurgiões, é Sua Majestade servida que V.S.^a por ordem de Sua Majestade proponha a todas as Comarcas dessa Capitania, quanto seria do agrado de

12. Bando sobre o hospital militar na Vila do Cuiabá. Vila do Cuiabá, 28 de abril de 1775 (Livro de Registro de Bandos, portarias e editais e cartas expedidas, 1750-1763, APMT).

13. Portaria mandando juntar praça de cirurgião militar a Luís Gonçalves dos Santos. Vila Bela, 8 de janeiro de 1787 (Livro de Correspondência da Provedoria da Real Fazenda, 1784-1793, C28. Fólio 29, APMT).

Sua Majestade, que cada uma razão de sua extensão e meios, estabeleça pensões convenientes ao menos a dois engenheiros tipógrafos e a dois engenheiros hidráulicos, um contador, a um médico e a um cirurgião, os quais mande estudar, ou à Universidade ou às Aulas da Academia de Lisboa e que depois de aprovados, voltem a exercer os mesmos empregos.¹⁴

No que diz respeito à arte de curar, preferia-se que estudantes fossem enviados para o Reino ou frequentassem aulas de cirurgias, onde noções práticas seriam ensinadas. Seguindo a determinação da carta régia de 1798, em junho de 1800, os homens bons da Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá decidiram enviar sete estudantes para a Europa para se instruírem nas Artes e Ciências tão úteis à capitania sendo mantidos pela câmara com ajuda do subsídio literário¹⁵.

Esse foi um tributo criado em 1772 destinado ao sistema de ensino financiado pelo Estado e a sua cobrança fazia parte de um conjunto de reformas realizadas por Pombal, entre elas no setor educacional. Na capitania de Mato Grosso, passou a ser cobrado no ano de 1775 (SILVA, 2015, p. 92-97). Contudo, foram destinados à educação a partir de 1786 com o pagamento de professores régios que atuaram na Vila Real do Cuiabá e com o sustento dos estudantes que iriam estudar no reino. Na capitania de Mato Grosso, no ano de 1800, foi feita uma lista de quatorze proprietários de engenhos do termo de Vila Bela e do Julgado de São Pedro Del Rei¹⁶, que pagariam o dito subsídio anualmente para a manutenção dos sete estudantes¹⁷. Entre eles, chama atenção o tenente Antonio José Félix de Aylar, morador em Vila Bela, e anteriormente pertencente ao quadro de funcionários do Pará. Ele era cirurgião e, a pedido do capitão general Luís de

14. D. Rodrigo de Souza Coutinho a Caetano Pinto de Miranda Montenegro. Palácio de Queluz, 21 de outubro de 1798 (Mss., lata 1798 B, APMT).

15. Relação Cronológica dos estabelecimentos, fatos e sucessos mais notáveis que aconteceram nestas Minas do Cuiabá desde os seu estabelecimento (Memórias do ano de 1800, NDIHR).

16. Julgado correspondia a uma povoação que não tinha pelourinho, nem gozava de privilégios de vila, mas tinha justiças e juizes. Mesmo com essa autonomia mantinha-se no termo da câmara. No caso de São Pedro Del Rei, esteve envolvido nas disputas entre Vila Bela e Vila Real do Cuiabá. A respeito, ver Jesus (2011).

17. Relação dos engenhos de aguardente de cana-de-açúcar e mais gêneros desta capital e de São Pedro Del Rei. Incompleto, s/data e local (Mss., lata 1800 A, APMT).

Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres, foi deslocado para a capitania de Mato Grosso¹⁸.

Dentre os estudantes enviados para o reino, estava Antonio Gomes de Oliveira, filho de Joaquim Gomes da Costa, que se dedicaria aos estudos da Arte da Cirurgia. No ano de 1808, ele suplicou ao rei permissão para voltar à vila do Cuiabá, para que pudesse juntar dinheiro para fazer o exame de cirurgia. O requerimento foi enviado ao cirurgião-mor da Armada Real, mas não encontramos no decorrer da pesquisa mais informações sobre ele¹⁹.

Outra alternativa encontrada na América portuguesa foi a criação das aulas de cirurgia, em que seriam ensinadas noções básicas. Essas aulas foram propostas no Rio de Janeiro, Vila Rica, Sabará, São Paulo, Pernambuco, Bahia, Vila Bela e Cuiabá, embora não tenhamos obtido mais informações sobre suas implantações e funcionamentos.

Quadro 4. Aulas de cirurgias na América portuguesa

Curso	Data	Local	Cirurgião-mor
<i>Anatomia e cirurgia</i>	1790	Santa Casa do Rio de Janeiro	Antonio José Pinto
#	1805	Hospital Real Militar do Morro do Castelo	Antonio José Pinto
#	1801	Hospital militar de Vila Rica	Antonio José Vieira de Carvalho
<i>Cirurgia</i>	1803-1804	Hospital Militar de São Paulo	?
<i>Anatomia e Cirurgia</i>	1808	Vila Bela	?
#	1820	Hospital Militar de Pernambuco	José Eustáquio Gomes
<i>Anatomia e cirurgia</i>	1799	Bahia	José Xavier de Oliveira Dantas
<i>Cirurgia</i>	1816	Hospital Militar do Cuiabá	José Maria Guedes

Fonte: Lycurgo Santos Filho (1991, p. 27); Livro de Registro de Instruções, Ordens, Regulamentos... nº C-60, APMT.

18. Martinho de Souza e Albuquerque a Luiz de Albuquerque de Mello. Pará, 2 de maio de 1787 (Mss., lata 1797 A, APMT).

19. Microficha 562, AHU, NDIHR.

No caso de Sabará, em 1768, alguns oficiais fizeram uma representação solicitando ao rei Dom José I a permissão para implantar um curso teórico e prático de anatomia naquela vila. Eles alegavam que a falta de socorro e a ação de cirurgiões imperitos eram razões para o estabelecimento da aula. Contudo, a solicitação foi negada (RIBEIRO, 1997, p. 123).

Tanto essa proposta quanto as demais aulas da América portuguesa, incluindo as aulas de Vila Bela e da Vila Real, que apresentaremos a seguir, expressavam a tentativa das autoridades locais em instruir rapidamente cirurgiões que pudessem se deslocar para povoados e arraiais distantes dos principais núcleos urbanos para atenderem aos moradores, fundamentais para o povoamento, a economia e a defesa da América portuguesa. Nesse momento, as autoridades da capitania de Mato Grosso propuseram aulas de anatomia e cirurgia em Vila Bela e Vila Real do Cuiabá.

Aula Régia de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela

A corte portuguesa, fugindo da invasão francesa, aportou no Brasil em 1808, desencadeando transformações que afetaram as relações entre Estado e sociedade. Nesse período, ocorreu a abertura dos portos às nações amigas e o Brasil foi elevado, em 1815, à condição de Reino Unido de Portugal e Algarves. D. João VI, dando prosseguimento à política implementada em fins dos setecentos, criou a Academia Real Militar, o Curso de Agricultura, a Biblioteca Real, o Museu Real, o Jardim Botânico, as Escolas de Cirurgias em Salvador e Rio de Janeiro e extinguiu a Junta do Protomedicato, recriando a Fisicatura-Mor, com sede no Rio de Janeiro (MACHADO, 1979, p. 160).

É no âmbito dessas ações que os vereadores de Vila Bela propuseram ao governador e capitão general da capitania a criação de uma aula de anatomia e cirurgia no ano de 1808²⁰. Tal proposta, se aprovada, atenderia às necessidades dos moradores no que diz respeito à presença de pessoal habilitado, bem como asseguraria a permanência da capital da capitania de Mato Grosso em Vila Bela, pois com uma população diminuta em relação à Vila Real do Cuiabá, as autoridades da capital sentiam-se ameaçadas, mesmo porque o próprio capitão ge-

20. Plano de direção da Aula Régia de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela da Santíssima Trindade. Mss., 1808 B-APMT.

neral permanecia mais tempo em Cuiabá que na Vila Bela naquele momento. Vale lembrar, a disputa existente entre as duas vilas sobre quais delas tinham condições de ser a sede da capitania e, nessa disputa, a capital Vila Bela foi representada como doentia e insalubre.

Na década de 1960, Humberto Marcílio (1963, 29) transcreveu o Plano de Aula de Cirurgia de Vila Bela, datado de 17 de outubro de 1808. Localizamos um plano no Arquivo Público de Mato Grosso, mas datado de 15 de julho de 1808²¹. Comparando as duas transcrições, percebemos outros aspectos, além das datas, que são diferentes, como se demonstrará. As razões para a existência de dois planos são desconhecidas até o momento.

Humberto Marcílio (1963, p. 29) mencionou que o Plano de Aula de Vila Bela por ele localizado foi elaborado pelo cirurgião-mor da capitania por ordem do capitão general João Carlos Augusto d'Oeynhausen. Contudo, além de não termos informação sobre o cirurgião-mor, como já foi dito, o Plano de que dispomos foi elaborado pelos vereadores de Vila Bela a 15 de julho de 1808 tendo anexo outro documento não assinado e sem data. A aula foi considerada pelos vereadores um bem útil ao povo, pois, a falta de conhecimentos próprios tinha levado milhares de vidas na capitania de Mato Grosso e, por esse motivo, o estabelecimento de uma Aula de Anatomia e Cirurgia era bem vista.

De acordo com o Plano de Direção da Aula Régia de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela da Santíssima Trindade, escrito pelos vereadores, o governador e capitão-general teria amplos poderes sobre a aula, podendo alterar o currículo se achasse necessário e presenciar os exames dos alunos. A aula deveria funcionar com um inspetor, um lente, um lente substituto, um guarda da sala e doze alunos. Com exceção desses, os demais eram funcionários da câmara, que não levariam soldo a mais, além do que já recebiam dos cofres públicos. A função de lente seria ocupada pelo cirurgião-mor da capitania, que ensinaria e avaliaria os alunos ao final de cada mês. Após as avaliações, o lente deveria entregar um relatório ao capitão general referente à “habilidade, adiantamento e aplicação” de cada aluno. Tem-se o governador e capitão general no papel de supervisor da Aula.

21. Plano de direção da Aula Régia de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela da Santíssima Trindade (Mss., 1808 B, APMT).

Conforme o Plano apresentado pelos vereadores, na ausência do cirurgião-mor, um dos cirurgiões do partido militar da capitania assumiria a função, sendo nomeado pelo governador e capitão general. O guarda ficaria incumbido de limpar a sala e na sua ausência, seria substituído por um enfermeiro ou praticante do hospital militar. Do mesmo modo, a sala destinada às lições estaria localizada no quartel militar, servindo ao mesmo tempo para as operações anatômicas. Nela haveria armários ou gavetas para guardar os instrumentos, bancos para os alunos, cadeira e mesa com gaveta para o lente e uma mesa grande para as operações. Na porta da sala, haveria uma tabela com o horário das aulas, que teria como sede uma das salas do quartel militar, onde estava localizado o hospital militar de Vila Bela.

A Aula de Anatomia e Cirurgia deveria ter doze alunos, apresentados pela câmara ao capitão general, que os escolheria a partir dos seguintes critérios: os alunos não deveriam ter mais de quinze, nem menos de dez anos de idade; que deveriam saber ler, escrever e contar; que seriam preferidos os filhos de viúvas e geralmente os de pais mais indigentes de que lhe faz classe indiferentemente, contanto que fossem forros²².

No caso da capitania de Mato Grosso, fronteira geopolítica e mineradora, tornar-se um cirurgião poderia ser um meio de alcançar melhores recursos materiais para a sobrevivência e posição privilegiada perante outras especialidades das artes de curar, afinal o número de médicos foi reduzido. Ao aceitarem a presença de jovens forros, as autoridades locais favoreciam o alargamento da área cirúrgica, adaptando-a em um novo meio, onde a população livre era predominantemente constituída por negros e mestiços. Mais que isso, agiam de forma a evitar a ociosidade dos meninos.

No documento transcrito por Humberto Marcílio, as disciplinas são citadas, não havendo maiores informações sobre a organização de cada uma, sobre a procedência e conservação dos cadáveres.

22. Plano de direção da Aula Régia de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela da Santíssima Trindade (Mss., 1808 B, APMT). No manuscrito transcrito por Humberto Marcílio (1963), nos critérios de seleção dos alunos, percebem-se algumas diferenças: 1º) os alunos deveriam saber ler e escrever correntemente; 2º) não ter defeitos ou lesões que embaraçassem o exercício desta arte; 3º) ter entre 14 até 20 anos, podendo exceder a esta idade aqueles que tiverem alguns dos requisitos atendíveis. Assim sendo, suprimia-se a aptidão de contar, a preferência por filhos de viúvas e pais indigentes, e aumentava-se a faixa etária, incluindo o aspecto físico.

A aula teria uma duração de quatro anos, sendo dividida em Estudo Teórico e Prático de Anatomia e Cirurgia. Entretanto, chama atenção a ausência do estudo da obstetrícia, que nove anos antes havia sido proposto pelo governador e capitão-general, devido ao decréscimo populacional. Nesse plano, as disciplinas estavam distribuídas do seguinte modo:

Dois anos para anatomia:

1º ano: Oito meses para Osteologia e quatro meses para Mio-
logia;

2º ano: Três meses para Angiologia, três meses para Nevrologia
e seis meses para Splancnologia;

3º ano: ... Demonstrações anatômicas, explicações fisiológicas
e estudo da cirurgia teórica;

4º ano: medicina operatória ou cirurgia prática. Haverá aulas
quatro dias na semana, a saber, segundas, terças, Quintas e
sextas feiras, de manhã logo depois de rendida a Parada; nos
últimos sábados de todos os meses haverá uma sabatina ou re-
capitulação de todos os atrasados; haverá também um mês de
férias no ano, findo o que se abrirá a aula, havendo nesse dia
uma oração de sapiência, ou alguma tese, logo que hajam pra-
ticantes em estado de a defender. (MARCILIO, 1963, p. 30)

Ainda cabia aos estudantes praticantes do último ano assistir aos enfermos todos os dias, ajudando o professor no tratamento dos doentes. Um dos praticantes seria obrigado a tomar conta da aula, tratando do asseio e da limpeza dos instrumentos e dos cadáveres (MARCILIO, 1963, p. 30).

Já no Plano de direção da Aula Régia de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela, proposto pelos vereadores, não consta a estrutura curricular, somente a informação de que haveria “Demonstrações e Ope-
rações”. Quanto ao material a ser utilizado pelos alunos, ficaria sob a responsabilidade da câmara, que deveria dispender o capital para o que fosse necessário para o “decente” preparo da sala; para dar um vestido completo e uniforme a cada um dos doze alunos matriculados e fornecimento de papel para as apostilas das lições individuais.

Conforme o plano apresentado por Humberto Marcílio (1963), os alunos receberiam apostila por “haverem... falta de livros neces-
sários para estes estudos”. Este dado aproxima-se do apresentado pe-
los vereadores. Observamos que, com a reforma da universidade de
Coimbra no ano de 1772, determinou-se que seriam elaborados com-

pêndios, a fim de evitar a prática comum das “sebentas ou apostilas”, registros das aulas copiadas pelos alunos e passados de mão em mão (FERRAZ, 1997, p. 66).

Seis meses após a abertura da Aula, de acordo com o plano dos vereadores, haveria um exame público que contaria com a presença do governador e capitão-general e dos vereadores. Os alunos reprovados seriam “despedidos” por demonstrarem pouca habilidade, aplicação e talento. No lugar desses, seriam admitidos e matriculados outros. Para despertar zelo e aplicação dos alunos, seria concedida uma premiação aos que mais se destacassem.

Desde 1777, na Universidade de Coimbra, os prêmios ou “partidos” foram criados para incentivar o estudo, pois a redução dos alunos poderia trazer graves consequências para a universidade e para o povo (FERRAZ, 1997, p. 68). Anos depois, tal medida foi proposta no interior da América portuguesa e colocada em prática no ano de 1816 na Vila Real.

De modo geral, ainda com algumas diferenças entre os Planos de Aulas de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela consultados, é possível apontarmos elementos de ruptura e permanência da arte médica setecentista no início do século XIX. O estudo da anatomia, usando cadáveres, foi reimplantado em Coimbra após 1772, significando um rompimento com a medicina escolástica que condenava tal prática. A proposta de estudo de músculos, vísceras, entre outros, no Plano de Aula de Vila Bela apresentado por Humberto Marcílio demonstra, ainda que teoricamente, a adoção de saberes em que o corpo passaria a ser o centro de observação, local em que se encontraria a causa das enfermidades. No tocante a organização das Aulas, nota-se que o governador e capitão-general atuaria como superior responsável e a câmara seria a instituição que arcaria com as despesas para seu funcionamento, exercendo, portanto, uma de suas funções, isto é, atender os moradores nas suas enfermidades. Se sobre a aula de cirurgia da capital Vila Bela conhecemos apenas o seu plano e não sabemos se foi implantada, o mesmo não podemos dizer da aula na Vila Real do Cuiabá.

Aula de cirurgia na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá

O Regulamento Provisional para a Aula de Cirurgia do Cuiabá foi aprovado pelo capitão general João Carlos Augusto d'Oeynhausen a 16 de dezembro de 1816, sendo a função de lente ocupada inicial-

mente pelo cirurgião-mor da capitania José Maria Guedes. Assim como o Plano de Vila Bela, essa função ficaria sob responsabilidade do capitão general. No entanto, ele permitia ao cirurgião-mor estabelecer um sistema de disciplina adequado, pois reconhecia que José Maria Guedes tinha “perfeito conhecimento do sistema de disciplina das mais Aulas desta natureza”, indício do conhecimento por parte do capitão general de outras aulas de cirurgia na América Portuguesa²³.

Ao final de cada aula, o cirurgião deveria “dar conta do procedimento de cada um dos discípulos e da aplicação”. Ao propor a aula, o capitão general referiu-se aos problemas e obstáculos que o cirurgião lente poderia encontrar. Contudo, não sabemos a quais dificuldades referia-se o capitão general.

Enquanto o plano de Vila Bela transcrito por Humberto Marcílio menciona a estrutura curricular, com as respectivas disciplinas e duração do curso, no plano do Cuiabá, constituído por 13 tópicos, tais elementos não são referidos. A preocupação concentra-se nas atribuições dos lentes e dos alunos, que deveriam seguir rigidamente o horário.

Assim como o plano de Vila Bela, a aula de cirurgia da Vila Real inicialmente funcionaria em uma das salas do quartel militar. Os alunos deveriam estar presentes às 8 horas da manhã para a chamada, ficando responsável por tal atividade um dos alunos, que informaria ao cirurgião lente aquele que faltasse. Em seguida, um oficial deveria dirigir-se até a casa do faltoso e buscá-lo. Caso estivesse doente, o aluno deveria enviar por escrito as razões de sua ausência antes do início da aula, pois se desse “essa parte só quando o forem procurar não será havida por verdadeira e não só se notará a falta, mas ficará o tal sujeito à mesma que se regular para as faltas sem causa”²⁴. Era importante estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, medir qualidades ou méritos.

Enquanto o Plano de Vila Bela propunha que a visita aos enfermos fosse realizada no último ano, o Regulamento do Cuiabá obrigava

23. Regulamento provisional para a Aula de Cirurgia na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá (Livro de Registro de Instruções, Ordens, Regulamentos, Representações e Resoluções, 1815-1818, nº C-60, fólio 78, APMT).

24. Regulamento provisional para a Aula de Cirurgia na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá (Livro de Registro de Instruções, Ordens, Regulamentos, Representações e Resoluções, 1815-1818, nº C-60, APMT).

os alunos a fazer todo o curativo que o cirurgião mandasse e a mesma duraria das 8 até as 9 horas da manhã, havendo em seguida, até as 11 horas, aula teórica. Para melhor aproveitamento da segunda parte da aula, “ligará o cirurgião-mor o melhor que puder a teoria com a prática aplicando o que nas suas lições explicar a prática do curativo do hospital”. Percebe-se, nesse item, a preocupação entre teoria e prática. As aulas seriam todos os dias da semana com exceção das quintas-feiras, porém nas semanas em que houvessem um ou mais dias santos, a aula transcorreria normalmente na quinta-feira. Os alunos seriam dispensados de todo o serviço e, quando considerados aptos pelo cirurgião-mor, poderiam ser “examinados com toda a publicidade e solenidade... para merecerem o aplauso dessa aplicação”. Se desejassem abandonar as aulas, o aluno deveria ter permissão do cirurgião-mor e do capitão general, pois estava “ligado a um destino”²⁵.

A 12 de julho de 1817, o cirurgião-mor José Maria Guedes recebeu a confirmação da aprovação real da aula de cirurgia que, conforme consta, desde dezembro de 1816 funcionava interinamente na Vila Real do Cuiabá devido a necessidade de formação de indivíduos para aplicar o curativo. Assim sendo, as ordens estabelecidas continuariam em vigor, acompanhadas de outras. Conforme a ordem régia, os alunos matriculados seriam obrigados a frequentarem o curso. As informações sobre o seu encaminhamento deveriam ser apresentadas ao capitão general no verso “do mapa do hospital, da falta de frequência ou de aplicação e do mau procedimento daquele aluno que nesse dia merecer que me advirta qualquer semelhante falta”. Se após as advertências o aluno não corrigisse o seu comportamento, o cirurgião-mor poderia repreendê-lo com as seguintes prisões, conforme a gravidade da culpa e somente ele poderia soltá-lo:

- Prisão da primeira classe: na enfermaria nº 3 do hospital;
- Prisão da 2ª classe: na casa do Almojarifado da Casa Pia de São Lázaro a cargo do cabo João Marques;
- Prisão da 3ª classe: no calabouço.²⁶

25. Regulamento provisional para a Aula de Cirurgia na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá (Livro de Registro de Instruções, Ordens, Regulamentos, Representações e Resoluções, 1815-1818, nº C-60, fólio 78, APMT).

26. Regulamento provisional para a Aula de Cirurgia na Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá (Livro de Registro de Instruções, Ordens, Regulamentos, Representações e Resoluções, 1815-1818, nº C-60, fólio 78, APMT).

Na ordem régia, não há referência sobre as faltas que levariam à prisão, somente foi incluído entre elas as faltas não justificadas, consideradas oriundas da preguiça e da ociosidade. Do mesmo modo que no plano de Vila Bela, o regulamento do Cuiabá estabelecia prêmios para os melhores alunos, conforme a portaria de 4 de junho de 1817, e era dividido em três classificações, conforme o quadro abaixo:

Quadro 5. Valores em réis dos prêmios pagos na aula de cirurgia da Vila do Cuiabá

Prêmio	Por mês	Por ano
1º	9.600	115.200
2º	20.400	570.600
3º	20.000	280.800
4º (plena aprovação)	-----	380.400

Fonte: Livro de Registro de Instruções, ordens, regulamentos e resoluções C-60, verso 111-APMT.

Não encontramos informações sobre o pagamento desses prêmios, nem dados sobre a fonte do recurso. Em Vila Bela, os mesmos seriam pagos pelo subsídio literário, extinto em 1816, ano de criação da aula de cirurgia do Cuiabá. Embora no Regulamento do Cuiabá não tenha informações sobre a estrutura curricular, existem alguns pontos semelhantes com o plano de Vila Bela, como a supervisão direta do capitão general, o pagamento de prêmios, os dias letivos e a realização de exame geral.

Cirurgião Lente e alunos da aula de cirurgia do Cuiabá

José Maria Guedes, cirurgião-mor da capitania de Mato Grosso, exerceu papel de Lente entre os anos de 1816 e 1817. Pela sua função, deveria gozar de todas as honras, isenções, privilégios e liberdades, recebendo um soldo anual de 60 mil réis. O dito cirurgião, por volta de 1819 solicitou licença para se deslocar para o Rio de Janeiro para tratar da saúde e, por autorização real de 1822²⁷, poderia embarcar no Navio Hospital da Esquadra com destino a Lisboa como cirurgião. O mesmo desejava retornar ao Reino para fazer uso das Caldas da Rainha.

No entanto, por ordem de 24 de junho de 1822 ele foi impedido de deixar o Brasil. No segundo semestre de 1821, houveram várias ordens reais informando que todo funcionário público e militar afas-

27. Momento relacionado ao processo da Independência do Brasil.

tados de seus cargos e do local de trabalho deveriam assumir os seus postos imediatamente. Nesse movimento, José Maria Guedes deveria retornar a Cuiabá, salvo se comprovasse a sua impossibilidade. Ele não foi bem sucedido nas suas justificativas, tanto que, em 27 de novembro de 1821, queixava-se de não ter conseguido viajar, e o cirurgião Antonio Luiz Patrício da Silva Manso oferecia-se para se deslocar para Mato Grosso, sem receber para essa função vencimento algum²⁸.

Enquanto José Maria Guedes esteve fora e sem substituto, ficou responsável pelas questões relacionadas à medicina e à saúde o cirurgião-mor da tropa de linha da capitania José Alexandrino Dias de Moura, que possuía um vencimento anual de 300 mil réis. Por ordem do então governador e capitão-general, em fevereiro de 1819, José Alexandrino deveria informar sobre “o estado em que achou a Aula de Cirurgia, os indivíduos que a frequentaram e o seu adiantamento”²⁹.

Quanto aos alunos matriculados, assim como em Vila Bela, eram em número de 12. Três deles pertenciam à Companhia de Dragões: o anspeçada de Dragões José Gonçalves, os soldados Manoel Pinto de Miranda e Manoel da Silva Novais, que conforme o regulamento, provavelmente foram dispensados. Mesmo frequentando as aulas, recebiam um soldo mensal de 4 mil e 800 réis³⁰. A presença dos soldados, comum na arte médica nos setecentos, demonstra a preocupação das autoridades com a formação de quadros destinados às artes de curar.

Em 1819, ainda na gestão do cirurgião José Alexandrino, dois alunos solicitaram isenção das aulas. Manoel do Nascimento Moreira pediu afastamento para continuar nos estudos de Gramática Latina e Francisco Pereira de Moraes Jardim solicitou que seu filho fosse “risgado da Aula de Cirurgia”, porém não informou a razão para tal³¹.

28. Francisco Xavier de Azevedo a Francisco de Paula Magessi. Rio de Janeiro, 24/01/1821 (Livro de Registro de avisos, cartas, provisões e decretos, nº C-64, fólio 43, APMT).

29. Francisco Xavier de Azevedo. Quartel General do Cuiabá 18/02/1819 (Livro de Registro de Portarias nº C-66, verso 16, APMT).

30. Relação de alunos da Aula Régia de Cirurgia aprovada por Sua Majestade. Vila do Cuiabá 20/12/1817 (Livro de Registro de Instruções, Ordens, Regulamentos, nº. 66, fl. 147).

31. Petições e despachos (incompletos) (Mss., lata 1819 A, APMT).

Na proposta de Vila Bela e na aula do Cuiabá, cada indivíduo teria uma função bem delimitada e ambas estavam assentadas em uma hierarquia interna, estando em primeiro plano o capitão general, depois o cirurgião-mor, o oficial do Estado e por último os alunos. Entre eles haveria uma divisão de tarefas que ia da fiscalização entre si até a organização dos materiais. Tudo deveria correr dentro da ordem e, para tal, a rigidez do horário, o bom emprego do tempo, as micropequenezes e o exame, iniciado com as visitas no hospital, constituíram toda uma série de processos sutis, como analisado por Foucault (1997).

Algumas diferenças podem ser percebidas nos dois planos: no da Vila Real do Cuiabá, não havia o estudo de anatomia, disciplina pertencente aos dois primeiros anos do curso de Anatomia e Cirurgia de Vila Bela. No regulamento do Cuiabá, a preocupação com o controle do tempo e dos corpos era mais intensa que no de Vila Bela. A vigilância sobre os alunos não se limitava ao espaço do hospital, mas atingia a casa e os comportamentos nos momentos alheios à aula. Era necessário evitar que os alunos se dispersassem e se entregassem à ociosidade e à preguiça. Certamente, novos estudos sobre as aulas régias de anatomia e cirurgia na fronteira oeste, a fim de elucidar melhor os motivos de suas criações, durações, fontes de financiamento, alunos e professores, poderão revelar outras facetas sobre as artes de curar na capitania de Mato Grosso.

A criação de aulas de anatomia e cirurgia, a vacinação e a fiscalização das artes de curar foram práticas que deram continuidade a iniciativas do governo português, a qual alcançou o interior da América portuguesa, sendo ampliadas e influenciadas pelas mudanças promovidas na passagem do século XVIII para o XIX. No entanto, não podemos esquecer que, para a materialização e sucesso dessas ações, os custos parciais ou integrais contaram com a contribuição dos moradores por intermédio das câmaras municipais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de oficiais das artes de curar no centro da América do Sul durante o período colonial foi pouco referenciada na historiografia mato-grossense e sul mato-grossense. Predominam referências a um território marcado pela agressividade do meio, pela fome periódica e pelos surtos frequentes de febres. Destacam-se muito mais o estado de morbidez do que as formas e os meios de amenizá-lo ou combatê-lo. Porém, lendo a documentação, como procuramos demonstrar neste livro, percebemos que pessoas lidaram com as curas, circularam pelas vilas, povoados e edificações militares e entraram em contato com os diversos segmentos sociais. Não nos referimos somente àqueles indivíduos que foram autorizados a exercerem as práticas curativas, como os médicos, cirurgiões, boticários, barbeiros/sangradores e enfermeiros, mas também aos que detinham conhecimento e o praticavam cotidianamente, como curandeiros e benzedores.

No emaranhado de informações, deparamo-nos com diversas compreensões sobre as causas das doenças e formas de curar, com a circulação das enfermidades pela América portuguesa e com as câmaras municipais com a responsabilidade de garantir a conservação da saúde dos povos. A contratação de oficiais de cura pelo “partido público” era de responsabilidade dessa instituição e, nos termos do século XVIII, significava preocupação com a cura dos moradores. Na segunda metade do século XVIII, marcada pela fundação da capital da capitania, Vila Bela, entre os domínios ibéricos, e pelo processo de demarcação de limites, a capitania de Mato Grosso teve o aparato militar ampliado. Nesse sentido, podemos dizer que o ser fronteira geopolítica atraiu significativo número de oficiais de cura pertencentes aos regimentos militares, particularizando as artes de curar nessa região.

Já na virada de um século para o outro, notamos a preocupação com a formação de indivíduos em anatomia, cirurgia e obstetrícia, a intensificação da fiscalização da prática médica e instruções para a vacinação. Essas ações estiveram relacionadas às mudanças ocorridas na política do período colonial.

Como demonstramos, ao estudarmos as doenças que grassaram no século XVIII, nos deparamos com dificuldades de identificá-las,

seja porque não foram registradas, porque havia desconhecimento ou porque os nomes não correspondiam às enfermidades propriamente ditas. Situação, essa, de algum modo, presente nos registros da pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2, como foi batizado o Corona Vírus-19, e declarada oficialmente pela Organização Mundial da Saúde no início de 2020. Naquele momento, revisávamos a dissertação para publicação e acompanhávamos as dúvidas sobre as causas, formas de transmissão e cura do Covid-19.

Ao adentrarmos o ano de 2021, os dados sobre os contágios e mortes evidenciaram intensas oscilações e subnotificações nos registros de óbitos. Vacinas foram produzidas e aplicadas em muitos países, embora as diferenças nos números de vacinados entre os desenvolvidos e os menos desenvolvidos sejam imensas. Acompanhamos por diferentes canais de comunicações os impactos da pandemia no Brasil. Vimos as atuações de movimentos sociais na defesa da vacinação de grupos vulneráveis, as ações dos anti-vacinas, o descrédito do saber médico e científico e o número gigantesco de mortos. Nas lonjuras do país sem publicidade, comunidades indígenas recorreram a um saber ancestral baseado no uso de raízes e plantas. Vivenciamos, vimos e sentimos as dores e os medos causadas por uma pandemia.

Nesse sentido, a história das doenças e as formas de tratamento e de cura tem sua importância e atualidade, pois ela nos expõem as desigualdades e as fragilidades humanas e sociais, os confrontos políticos, as opiniões, os medos, a eleição de culpados pela transmissão das enfermidades, as diversas práticas de cura e meios para evitar o contágio, dentre elas, a adoção da quarentena e o distanciamento social, práticas antigas conhecidas dos estudiosos da saúde e das doenças.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Deyse Marinho de. *Arte Boticária: Uma análise a partir de Boticários e Boticas da Comarca do Rio das Velhas na Segunda metade do século XIX*. Dissertação de Mestrado em História, FAFICH/UFMG, Belo Horizonte, 2006.
- ABREU, Jean Luiz Neves. *O corpo, a doença e a saúde: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Tese de Doutorado em História, FAFICH/UFMG, Belo Horizonte, 2006 (b).
- ACOSTA, Nikelen. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. *Tempo*, Rio de Janeiro, nº 19, pp. 13-25, 2005.
- AGE, Mônica de Paula. Doença repugnante entre os militares do reino e ultramar (Portugal e Brasil – séculos XVIII e XIX). In: MAGALHÃES, Sônia, et. al. *Histórias de doenças: percepções, conhecimentos e práticas*. São Paulo: Alameda, 2017.
- ALENCASTRO, Luiz Felipe de. *O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul. Séculos XVI e XVII*. São Paulo: Cia das Letras, 2000.
- ALMEIDA, José Ricardo Pires. *História da Instrução Pública no Brasil (1500-1889)*. Trad. Antonio Chizzotti. São Paulo: EDUC; Brasília, DF: INEP/MEC, 1989.
- ALMEIDA, Carla S. de. *Medicina mestiça*. Saberes e práticas curativas nas minas setecentistas. Dissertação de Mestrado em História, 2008.
- ARRUDA, Elmar F. *Formação do mercado interno em Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, PUC, 1987.
- ANZAI, Leny C. *Doenças e práticas de cura*. O olhar de um naturalista setecentista. Cuiabá: EduUFMT, 2017.
- AZEN, Marina. *As agruras dos trópicos*. A arte de curar em Mato Grosso no século XVIII. Cuiabá: Entrelinhas, 2009.
- BARBOSA, Benedito C. O comércio de africanos e o flagelo das bexigas na Amazônia colonial (1707- 1750). In: PIMENTA, Tânia Salgado e GOMES, Flavio dos. *Escravidão, doença e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

BAKHTIN, Mikhail. *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*. Trad. Yara Frateschi Vieira. 4.ed. São Paulo: HUCITEC; Brasília: Ed. UNB, 1999.

BARRADAS, Joaquim. *A arte de sangrar*. De cirurgiões e barbeiros. Lisboa: Livros Horizonte, 1999.

BARRETO, Maria Renylda N. A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. *Revista Gênero*. Niterói, v. 7, n. 2, p. 219-236, 2007.

BARROS, Edir Pina e VIERTLER, Renate. *Estudos de antropologia da doença entre Bororo e os Kurâ-Bakairi*. Mato Grosso: Ed. UFMT, 1997. (Série Ensaios Antropológicos, 5)

BETHENCOURT, Francisco. O imaginário da magia. Feiticeiros, saladores e nigromantes no Século XVI. Lisboa: Projeto Universidade Aberta, 1987.

BOSCHI, Caio C. "O assistencialismo na Capitania do Ouro". *Revista de História*. Janeiro/Julho, 1984, nº 116.

CALAINHO, Daniela. *Metrópole das mandingas*. Religiosidade negra e Inquisição portuguesa no Antigo Regime. Rio de Janeiro, Garamond, 2008.

CARNEIRO, Henrique. Filtros, Mezinhas e Triacas. As drogas no mundo moderno. São Paulo: Xamã Editora, 1994.

_____. As drogas no Brasil colonial: o saber indígena e os naturalistas europeus. In: NODARI, Eunice, et al. (orgs.). *História: Fronteiras*. São Paulo: Humanitas/ FFLCH/USP: ANPUH, 1999.

CERUTTI, Simona. A construção das categorias sociais. In: BOUTIER, Jean; JULIA, Dominique (orgs.). *Passados recompostos: campos e canteiros da História*. Trad. Marcella Mortara e Anamaria Skinner. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; Ed. FGV, 1998.

CHAMBOULEYRON, Rafael. Escravos do Atlântico Equatorial. Tráfico negreiro para o Estado do Maranhão e Pará (século XVII e início do século XVIII). *Revista Brasileira de História*. Vol. 26, nº 52, p. 79-114, 2006.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril*. Cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

COMETTI, Pedro. Apontamentos da História Eclesiástica do Mato Grosso. Paróquia e Prelazia. (vol.1). Mato Grosso: IHGMT, 1996.

CORBIN, Alain. *Saberes e Odores: O olfato e o imaginário social nos Séculos XVIII e XIX*. Trad. Ligia Watanabe. São Paulo: Cia das Letras, 1987.

CORRÊA FILHO, Virgílio. *História de Mato Grosso*. Várzea Grande: Fundação Júlio Campos, 1994.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CRESPO, Jorge. *A história do corpo*. Lisboa: Difel, 1990.

DA COSTA, Iraci Del Nero. “Análise da morbidade nas Gerais (Vila Rica, 1799-1801)”. In: *Revista Brasileira de História*. Julho/Setembro, 1976.

DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. 2.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

_____. “Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino”. In: DEL PRIORE, Mary (org.), BASSANEZI, Carla (coord.). *História das mulheres no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Contexto, 1997.

DELSON, Roberta Marx. “A engenharia militar e o projeto colonial do Brasil: agência e dominância”. In: ROSSA, Walter. *Universo urbanístico português- 1415/1822*. Coimbra, 1999.

DUBY, George. *Ano 1000 ano 2000: na pista de nossos medos*. Trad. Eugênio Michel; Maria Regina Lucena; Ester Mambrini (revisão). São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

FAGUNDES, Fernanda Ribeiro. *Boticas, funcionários do ultramar e intermediários do tráfico a serviço da cura: América portuguesa e Angola (séculos XVIII e XIX)*. Dissertação de Mestrado, FIOCRUZ, 2016.

FEITLER, Bruno. *Nas malhas da Consciência*. Igreja e Inquisição no Brasil. São Paulo: Editora UNIFESP, 2019.

FERNANDES, Joana. Índio- Esse nosso desconhecido. Cuiabá: ED. UFMT, 1993.

FERRAZ, Márcia Helena Mendes. *As ciências em Portugal e no Brasil (1772-1882): o texto conflituoso da química*. São Paulo: EDUC/FAPESP, 1997.

_____. “A química médica no Brasil Colonial: o papel das novas terras na modificação da farmacopéia clássica”. In: ALFONSO-GOLDFARB, Ana Maria e MAIA, Carlos A. (orgs.). *História da ciência: o mapa do conhecimento*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura; São Paulo: EDUSP, 1995. (América 500 anos)

FERREIRA, Jaqueline. “O corpo sígnico”. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza.(orgs.). *Saúde e doença. Um olhar antropológico*. 10ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FIGUEIREDO, Betânia G. “Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do Século XIX”. In: *Revista de História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. V.6, nº2, Rio de Janeiro jul/out.1999.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; CASTRO, Evandro C. G. “Os cuidados com a saúde dos escravos no Império Português: a aguardente para fins medicinais”. In: BASTOS Cristiana; BARRETO, Renilda (orgs.). *A circulação do conhecimento: medicina, redes e impérios*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2013.

FILGUEIRAS, Carlos A. L. “Bartolomeu de Gusmão- Um eco da Revolução Científica no Brasil Colonial”. In: ALFONSO-GOLDFARB, Ana Maria e MAIA, Carlos A (orgs.). *História da ciência: o mapa do conhecimento*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura; São Paulo: EDUSP, 1995.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

_____. *O Nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. *História da Loucura na Idade Clássica*. Trad. José Teixeira C. Netto. 3.ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1993.

_____. *Vigiar e Punir*. História da violência nas prisões. Trad. Raquel Ramalhete. 19.ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

FONSECA, Thais N. de Lima e. *O ensino régio na capitania de Minas Gerais, 1772-1814*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

_____. *Letras, ofícios e bons costumes*. Civilidade, ordem e sociabilidade na América portuguesa. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

FREIRE, Gilberto. Contribuição para uma sociologia da biografia: O exemplo de Luiz de Albuquerque, Governador de Mato Grosso no fim do Século XVIII. Mato Grosso: Fundação Cultural de Mato Grosso, 1978.

FRANCO, Renato. “Notas sobre a Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica durante o século XVIII”. In: ARAÚJO, Maria Marta L. de. *As Misericórdias*. Das duas margens do Atlântico: Portugal e Brasil (séculos XV- XX). Cuiabá: Carlini e Caniato, 2009.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes: O cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. Trad. Betânia Amoroso. 5.ed. São Paulo: Cia das Letras, 1991.

_____. *Mitos, emblemas e sinais*. Morfologia e história. Trad. Frederico Carotti. São Paulo: Cia das Letras, 1990.

GOFF, Jacques Le. *As doenças tem história*. Trad. Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1985.

HARZOG, Tamar. *Fonteiras da posse*. Portugal e Espanha na Europa e na América. Lisboa: ICS, 2018

HERSON, Bella. Cristãos–Novos e seus descendentes na medicina brasileira (1500- 1850). São Paulo: EDUSP, 1996.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Caminhos e fronteiras*. 3.ed. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

_____. *Diários de viagem de Francisco José de Lacerda e Almeida*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944.

_____. *Monções*. São Paulo: Ed. Alfa Ômega, 1976.

INHOF, Arthur. “A mortalidade européia do Século XVII ao XIX: resultados e problemas”. In: MARCÍLIO, Maria Luiza (org.). *População e sociedade*. Evolução das sociedades pré- industriais. Petrópolis: Vozes, 1984.

JESUS, Nauk Maria de. *Ares, Miasmas e Lugares: Práticas médicas e doenças tropicais no centro da América do Sul (1727-1817)*. Monografia de Especialização. Dep. de História/ UFMT, 1998.

_____. O contrabando na fronteira oeste da América portuguesa. *História Revista*, 22(3), 70–86. <https://www.revistas.ufg.br>.

_____. *O governo local na fronteira oeste*. A rivalidade entre Cuiabá e Vila Bela no século XVIII. Dourados: Editora da UFGD, 2011. <https://omp.ufgd.edu.br>.

_____. “Juizes letrados, vilas e julgados: a ouvidoria e os ouvidores em Cuiabá e Vila Bela (1728-1822)”. In: BICALHO, Maria Fernanda, et. all. *Justiça no Brasil colonial*. São Paulo: Alameda, 2017.

_____. “O bom governo dos espaços e a assistência aos enfermos na fronteira oeste da América portuguesa (1727-1808)”. In: MAGALHÃES, Sônia M., et. all., (orgs). *História de doenças*. Percepções, conhecimentos e práticas. São Paulo: Alameda, 2017 (a).

_____. *Cenários da fronteira oeste*. História e Historiografia de Mato Grosso. Cuiabá: EdUFMT, 2020.

KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808- 1850)*. Trad. Pedro Maia Soares. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

_____. “História das doenças e dos cuidados médicos na Capitania de Goiás”. In: FREITAS, Lena Castelo Branco (org.). *Saúde e doenças em Goiás: A medicina possível*. Uma contribuição para História da Medicina em Goiás. Goiânia: Ed. UFG, 1999.

LEBRUN, François. “Os cirurgiões-barbeiros”. In: Jacques Le Goff (org.). *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1997.

MACHADO, Alcântara. *Vida e morte do bandeirante*. São Paulo: Livraria Martins Editora, s/d.

MACHADO, Roberto, et al. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: GRAAL, 1978.

MAGALHÃES, Sônia, et. al. *Histórias de doenças: percepções, conhecimentos e práticas*. São Paulo: Alameda, 2017.

MAIA, Fernanda de Paula Souza. “A botica de São Bento da Baía em meados do Século XVIII- espaço e homens”. In: *Anais do I Colóquio de Estudos Históricos Brasil/Portugal*. Minas Gerais, 1994.

MARBLE, Alan Everett. “Surgeons, smallpox and the poor: a history of medicine and social conditions in Nova Scotia, 1749-1799”. In: *The American Historical Review*, vol. 100, nº. 03, June, 1995.

- MARCÍLIO, Humberto. *História do Ensino em Mato Grosso*. Cuiabá: Secretaria de Educação, Cultura e Saúde de Mato Grosso, 1963.
- MARQUES, Vera Regina B. *Natureza em boiões*. Medicinas e boticários no Brasil setecentista. Campinas, SP: Editora da UNICAMP/Centro de Memória-UNICAMP, 1999.
- MARTINS, Wilson. *História da Inteligência Brasileira (1550-1794)*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1977.
- MARX, Murilo. *Cidade no Brasil terra de quem?*. São Paulo: Nobel; EDUSP, 1991.
- MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. Vol. 1. Trad. Mauro W.B. de Almeida; Lamberto Puccinelli. São Paulo: EPU, 1974.
- MAXWELL, Kenneth. *Marquês de Pombal, paradoxo do Iluminismo*. Trad. Antonio de Pádua Danesi. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A Arte de Curar nos Tempos da Colônia – Limites e Espaços da Cura*. Recife: Prefeitura de Recife/Secretaria de Cultura da Cidade do Recife, 2017.
- MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: A magia da Umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- MORAIS, Francisco de. *Estudantes brasileiros na Universidade de Coimbra (1772-1882)*. Anais da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1942.
- MOURA, Carlos. Médicos e cirurgiões em Mato Grosso no Século XVIII e início do Século XIX. Cuiabá: UFMT, s.d.
- _____. *Os Paiaguás, Índios Anfíbios do rio Paraguai*. Separata do Suplemento dos Anais Hidrográficos – TOMO XLI- Rio de Janeiro, 1984.
- MOTT, Luis. “A inquisição em Mato Grosso”. Comunicação apresentada na Universidade Federal de Mato Grosso. Novembro, 1989.
- NOVAIS, Fernando A. e SOUZA, Laura de M. *História da Vida Privada no Brasil*. Cotidiano e Vida Privada na América portuguesa. São Paulo: Cia das Letras, 1997.
- _____. Portugal e Brasil na crise do Antigo Sistema Colonial (1777-1808) 6.ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

PAIVA, Eduardo França. “Amuletos, prática culturais e comércio internacional”. In: Eunice Nodari, et. al. *História: fronteiras*. Vol. 2. São Paulo, 1999, p.999.

PEREIRA, Miksileide. *Hospitais militares na Capitania de Mato Grosso*. Controle, organização e assistência médica entre o fim do século XVIII e início do XIX. Dissertação de Mestrado em História, UFGD, Dourados, 2015.

PIERUCETTI, Fernando. “Em Minas, o início do ensino médico no Brasil”. In: *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 1992.

PIMENTA, Tânia Salgado. *Artes de curar*. Um estudo a partir dos documentos da Fisicatura–mor no Brasil do começo de Século XIX. Dissertação de Mestrado, Campinas: UNICAMP, 1997.

_____. “Barbeiros – sangradores e curandeirismo no Brasil (1808-28)”. In: *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. V.5, nº2. Rio de Janeiro, jul/out/1998.

PIMENTA, Tânia Salgado e GOMES, Flavio dos Santos. *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016

PORTER, Roy. “História do corpo”. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da história*. Trad. Magda Lopes. 2.ed. São Paulo: UNESP, 1992,

PRESTES, Maria Elice B. *A investigação da natureza no Brasil Colônia*. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.

RAMINELLI, Ronald. “História Urbana”. In: CARDOSO, Ciro Flamarion e VAINFAS, Ronaldo (orgs). *Domínios da História. Ensaios de Teoria e Metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

REAL FORTE PRÍNCIPE DA BEIRA. Rio de Janeiro: Fundação Emílio Odebrecht, 1985.

REVEL, Jacques e PETER, Jean Pierre. “O corpo: o homem doente e sua história” IN: Jacques Le Goff e Pierre Nora (orgs.). *História, novos objetos*. Trad. Terezinha Marinho. 4.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: A arte médica no Brasil do Século XVIII*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

RODRIGUES, Jaime. *De costa a costa*. Escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860). São Paulo: Cia das Letras, 2005.

RODRIGUES, José Carlos. *O corpo na história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ROSA, Carlos A. *A Vila Real do Senhor Bom Jesus do Cuiabá: Vida urbana em Mato Grosso no Século XVII: 1722/1808*. Tese de Doutorado, São Paulo: USP, 1996.

_____. “O caso Maria Eugênia”. *Diário Oficial- Suplemento Mensal*. Ano 1-Cuiabá, 31 de julho de 1986. N.01.

_____. “Carnes públicas”. In: *Diário de Cuiabá*. 11 de julho de 1997, p. A5.

_____. “O urbano colonial na terra da conquista”. In: ROSA, Carlos e JESUS, Nauk M. *A terra da conquista*. História de Mato Grosso colonial. Cuiabá: Editora Adriana, 2003.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SÁ JÚNIOR, Mario T. *Malungos do sertão: cotidiano, práticas, mágicas e feitiçaria no Mato Grosso setecentista*. Tese de Doutorado em História, UNESP, Assis, 2008.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. Vol 1. São Paulo: HUCITEC/ EDUSP, 1991.

SILVA, Jovam Vilela. *Mistura de cores: Política de povoamento e população na Capitania de Mato Grosso- Século XVIII*. Cuiabá: UFMT, 1995.

SILVA, Maria Beatriz Nizza da. *Vida Privada e cotidiano no Brasil na época de D. Maria I e D. João VI*. Lisboa: Estampa, 1993.

_____. *Cultura no Brasil Colônia*. Petrópolis: Vozes, 1981.

SILVA, Vanda. *Engenhos: Produção e abastecimento no Termo do Cuiabá (1751-1834)*. Tese de Doutorado em História, PPGH, UFGD, Dourados, 2015.

SYMANSKI, Luis C. P. *Slaves and Planters in Western Brazil: Material Culture, Identity and Power*. University of Florida, 2006.

_____. O domínio da tática. Práticas religiosas de origem africana nos engenhos de Chapada dos Guimarães. VESTÍGIOS – Revista Latino-Americana de Arqueologia Histórica, Volume 1 Número 2 , Julho – Dezembro 2007.

SOUZA, Laura de Mello. *Desclassificados do ouro*. A pobreza mineira no Século XVIII. 2.ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1986.

_____. *O diabo e a terra de Santa Cruz*: Feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial. 5.ed. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

_____. *Inferno Atlântico*. Demonologia e colonização. Séculos XVI-XVIII. São Paulo: Cia das Letras, 1993.

THOMAS, Keith. *O homem e o mundo natural*: Mudanças de atitudes em relação às plantas e aos animais (1500-1800). Trad. João Roberto Martins Filho. 3.ed. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

_____. *Religião e o declínio da magia*. Crenças populares na Inglaterra Séculos XVI e XVII. Trad. Denise Bottmann, Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Cia das Letras, 1991.

VAINFAS, Ronaldo (org.). *Dicionário do Brasil Colonial (1500-1808)*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2000.

VIOTTI, Ana Carolina de C. *As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677- 1808)*. Dissertação de Mestrado em História, UNESP (Franca), 2012.

VOLPATO, Luiza, Rios Ricci. *A conquista da terra no universo da pobreza*. São Paulo: Hucitec, 1987.

_____. *Cativos do sertão*. Vida cotidiana e escravidão em Cuiabá em 1850- 1888. São Paulo: Marco Zero; Mato Grosso: UFMT, 1993.

WELHING, Arno; WEHLING, Maria José. “O funcionário colonial entre a sociedade e o rei”. In: DEL PRIORE, Mary (org.). *Revisão do Paraíso. Os brasileiros e o Estado em 500 anos de História*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

Instrumentos de Pesquisa

Maria Cecília Guerreiro. Inventário de Documentos Históricos sobre o Centro-Oeste. Vol. 1 e 2. Cuiabá: Ed. UFMT.

Inventário Analítico do Arquivo da Delegacia do Ministério da Fazenda em Mato Grosso/UFMT, Brasília, 1986.

Fontes impressas

ANAIS de Vila Bela. 1734-1789 (orgs. AMADO, Janaína; ANZAI, Leny Caselli). Cuiabá: EdUFMT/ Carlini & Caniato, 2006.

CAMELO, João Antonio Cabral. *Notícias práticas das Minas do Cuiabá*. Cuiabá: Ed. UFMT, 1975.

CAMPOS, Antonio Pires de. “Breve notícia que dá o capitão Antonio Pires de Campos do gentio bárbaro que há na derrota da viagem das minas do Cuiabá e seu recôncavo.” In: Afonso de Taunay. *Relatos Sertanistas*, Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1981.

COELHO, Felipe José Nogueira. *Memórias Cronológicas da Capitania de Mato Grosso*. Revista de História e Geografia do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro. 1850.

CONSTITUIÇÕES Primeiras do Arcebispado da Bahia. Lisboa, 1719/Coimbra, 1720.

CORRESPONDÊNCIAS de Rolim de Moura. IN: PAIVA, Ana Mesquita M., SOUZA, Maria Cecília Guerreiro e GEREMIAS, Nyl-Iza V.F. Cuiabá: Ed. UFMT, 1983 (vols 1, 2 e 3).

COUTINHO, Luiz Pinto de Souza. Vila Bela 5 de fevereiro de 1771. In: *Revista do Arquivo Público de Mato Grosso*, Cuiabá, 1987.

CUNHA, Manoel Cardoso a Luiz Pinto de Souza Coutinho, Vila Bela, 5 de fevereiro de 1771. In: *Revista do Arquivo Público de Mato Grosso*, Cuiabá, 1987.

FONTES, Glória Marly. *Alexandre Rodrigues Ferreira (Aspectos de sua vida e obra)*. Conselho Nacional de Pesquisa, Instituto Nacional da Pesquisa da Amazônia. Amazonas, 1966.

FLORENCE, Hércules. *Viagem fluvial do Tietê ao Amazonas de 1825 a 1829*. São Paulo: Ed. Cultrix, Ed. da Universidade de São Paulo, 1977.

FONSECA, José Gonçalves da. *Situação de Mato Grosso e Cuiabá: Estado de umas outras minas e novos descobrimentos de ouro e diamantes*. José Gonçalves da Fonseca. Notícia da situação de Mato Grosso e Cuiabá: estado de umas e outras minas e novos descobrimentos de ouro e diamantes. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, vol.29, parte 1ª., (1866).

LEONARDO, Manuel Ferreira. Notícia Verdadeira do terrível contágio que desde outubro de 1748 até o mês de maio de 1749 tem induzido a notável consternação todos os sertões, terras e cidades de Belém e Grão Pará. Lisboa, Oficina de Pedro Ferreira, 1749.

MELGAÇO, Barão de. “Apontamentos cronológicos da Província de Mato Grosso” *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, vol. 205, out/dez-1949.

MORÃO, Simão Pinheiro. Queixas Repetidas em Ecos dos Arrecifes de Pernambuco contra os abusos médicos que nas suas Capitanias se observam tanto em dano das vidas de seus habitantes. Lisboa: Junta de Investigação do Ultramar, 1965.

PISO, Guilherme. *História Natural e Médica da Índia Ocidental em cinco livros*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura/ Instituto Nacional do Livro, 1957.

SÁ, Barbosa de. Relação das Povoações de Cuiabá e Mato Grosso de seus princípios até os presentes tempos. Cuiabá: Ed. UFMT, 1975.

VISCONDE de Anadia a Manoel Carlos de Abreu e Menezes. Palácio de Queluz, 1 de outubro de 1802. In: *Revista do Arquivo Público de Mato Grosso*, Mato Grosso, 1987.

GLOSSÁRIO

Almorreimas: hemorróidas.

Ar de estupor: paralisia. Também chamada de “pasma, espasmo ou parlesia”.

Bálsamo católico: medicamento usado “nas feridas feitas com qualquer instrumento, havendo sangue”, nas cólicas, dor de dentes, almorreimas etc.

Bexiga: varíola.

Cancro: tumor maligno com células proliferas, que lentamente vão tomando todo o corpo.

Caquexia: problemas no fígado, designado também de opilação.

Catarrões: bronquite. Denominado de catarros no peito.

Constipação: calafrios, tosses.

Corrução, corrupção: ver maculo.

Defluxão: escoamento de humores. Contrário à fluxão.

Disenteria: também chamada de “caimbras de sangue, cursos de sangue”, “câmaras de sangue”, diarreia.

Dranculose: Provocada por um verme que penetra no organismo por ingestão da água contaminada, causando inchaço nos membros inferiores. Conhecida também como “verme de Guiné”, “verme de Medina”.

Embira: tipo de casca ou cipó utilizado para produzir cordas ou fibras.

Espírito de vitriolo: curava qualquer chaga na boca, principalmente após inflamação da garganta.

Febre: era tida como a própria doença e não como um sintoma. Recebeu no decorrer dos séculos várias denominações: maligna, ardente, biliosa, efêmeras, pútridas etc.

Filariose: Exagerado aumento dos vasos linfáticos, endurecimento e espessamento da pele e dos membros e outras partes do corpo. Conhecida como elefantíase ou “pé de São Tomé”. A doença era transmitida pela picada de certos mosquitos. Esse estado patológico gerou muitas confusões, inclusive com a lepra.

Fluxão: entumecimento doloroso no corpo, causado por um fluxo de humores.

Gota coral: velha designação da epilepsia. Simão Pinheiro Morão já recomendava: “nas horas do acidente é necessário a primeira coisa compor o enfermo de maneira, que nem o apertem tanto que não possa fazer os seus movimentos convulsivos, nem o larguem de sorte, que lhe deixem maltratar as partes do corpo com os ímpetos do acidente, principalmente a língua, que muitas vezes com as forças desordenadas, e com os dentes a rasgam e a maltratam” (Simão Pinheiro Morão, 1965. p. 154)

Gota serena ou amarose: diminuição da vista até a cegueira.

Hidropsia: acumulação de líquido no aparelho digestivo. Poderiam ser de três tipos: Anasarca, quando todas as partes do corpo incham. Ascitis, somente o ventre é afetado e Timpanitis, o ventre também incha, porém, as dores são maiores.

Licenciado: aprovado em exame oficial para o exercício de profissão que exigisse formação universitária.

Maculo: espécie de diarreia com relaxamento dos músculos anulares. Chamada de doença de bicho e corrupção, era causado por parasitas.

Madre: útero

Mal de São Lázaro: lepra ou morfeia.

Malária: chamada de calentura, sezões, febre palustre.

Opilação: Deficiência de nutrição, acompanhada de opressão do peito, respiração difícil e fadiga. Com o decorrer do tempo passou a ser chamada de amarelão.

Óleo de amêndoas: medicamento interno usado para aliviar “dores de pedra” e dores externas.

Pleuriz: doença do aparelho respiratório.

Queixas gálicas (sífilis): o desconhecimento da etiologia e a sintomatologia, levou a muitas confusões com outros quadros patológicos. Boubá, leishmaniose, sarna e outras dermatoses foram rotuladas como morbo gálico. As expressões sarnas gálicas, feridas gálicas, gomas gálicas, ataques gálicos, gota gálica, achaque gálico foram algumas denominações usadas para os diversos estágios da doença. O médico Simão Pinheiro Morão, considerava o gálico, uma das impigens mais comuns no Brasil e o tratamento mais

eficaz era à base do azougue (mercúrio), pois a sangria e a purga não sanavam o problema (Simão Pinheiro Morão, 1965, p. 63).

Tísica: tuberculose. Na época identificada pela expressão “deitando sangue pela boca, tosse com sangue”, fraqueza no peito.

Ventos: flatos, ventos ou ventosidades. Dificuldade em expelir gases, decorrente de problemas no aparelho digestivo.

Fontes: Lycurgo Santos Filho. *História Geral da Medicina Brasileira*. Vol. 1. São Paulo: HUCITEC, 1991. Iraci Del Nero do Costa. “Análise da morbidade nas Gerais (Vila Rica, 1799-1801)”. In: *Revista Brasileira de História*. Jul/set, vol LIV, nº 107, São Paulo, 1976. Simão Pinheiro Morão. *Queixas repetidas em ecos dos Arrecifes de Pernambuco*. Lisboa: Junta de Investigação do Ultramar, 1965. *Novo Dicionário Enciclopédico Luso-Brasileiro*, s/d.



Tipografia: Minion Pro
Tamanho: 11