



Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial

Physicians and potion makers at the Imperial Court: a colonial legacy

Os argumentos deste artigo são parte do primeiro capítulo da dissertação de mestrado, *A doença e a cura: saberes médicos e cultura popular na Corte Imperial*.

Márcio de Sousa Soares

Mestre em história
Rua Dr. Alvaro Grain, 233
28053-130 Campos dos Goitacases – RJ Brasil
marciossoares@trendmail.com.br

SOARES, M. de S.: 'Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. VIII(2): 407-38, jul.-ago. 2001.

Este artigo tem por objetivo analisar as representações e práticas populares em relação à doença e à cura na cidade do Rio de Janeiro no século XIX. A partir dos relatos de viajantes, procura-se enfatizar que tanto a doença quanto a cura possuíam significados específicos que conduziam os segmentos populares a buscar seus próprios caminhos para a preservação ou restabelecimento da saúde, independentemente da ausência ou presença de médicos. Dessa forma, a partir da constatação da enorme popularidade das mezinhas domésticas e da fé no adjutório espiritual, em contraposição aos esforços da medicina acadêmica para reservar para si o 'monopólio da competência' da arte de curar, procura-se reavaliar o pressuposto consagrado pela historiografia de que o pequeno número de médicos que atuava no Brasil oitocentista configurava-se em um problema vivenciado indistintamente por todos os segmentos sociais.

PALAVRAS-CHAVE: médicos, mezinheiros, história da medicina, cultura popular, Rio de Janeiro.

SOARES, M. de S.: 'Physicians and potion makers at the Imperial Court: a colonial legacy'.

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol. VIII(2): 407-38, July-Aug. 2001.

This article aims at analyzing popular practices and representations related to diseases and healing in the city of Rio de Janeiro in the nineteenth century. Based on European travelers' reports, the author emphasizes the fact that both illness and healing used to bear specific implications, which led the low-income population to search for their own means to keep or recover good health regardless the presence or the absence of physicians. After showing evidence of the enormous popularity of homemade medicines and the belief in spiritual healing as opposed to the efforts of academically-formed doctors to keep the "monopoly of competence" in healing, the author attempts to reassess the historical belief that the small number of physicians in Brazil in the 1800's troubled indistinctly all social strata.

KEYWORDS: physicians, potion makers, history of medicine, folklore, Rio de Janeiro.

O reduzido número de médicos foi uma característica de todas as áreas da América Portuguesa, que se acentuava nas regiões interioranas mais afastadas das áreas portuárias, onde a concentração de médicos e boticas era maior e mais fácil a importação de remédios do reino. No entanto, isso não significa dizer que a situação dos moradores das cidades litorâneas fosse muito melhor do que a daqueles que viviam nos sertões. No que diz respeito ao acesso a médicos e remédios, as vantagens de se viver nas cidades portuárias eram, muitas vezes, mais aparentes do que reais. Os moradores de cidades como Rio de Janeiro e Salvador, por exemplo, às vezes nem ao menos podiam contar com o auxílio dos cirurgiões embarcações que acompanhavam os navios que freqüentemente atracavam em seus portos (Santos Filho, 1991, vol. 1, pp. 59-64).

A julgar pelas freqüentes internações de marinheiros e soldados em trânsito nos hospitais militares e nas Misericórdias, é fácil concluir que os práticos de navio mal davam conta de cuidar dos doentes a bordo que, não raro, ao serem acometidos por uma doença mais grave durante a travessia oceânica, consumiam todos os seus esforços e os medicamentos guardados nas caixas de botica existentes nas embarcações. E mesmo nos hospitais, os próprios cirurgiões reconheciam, de acordo com os parâmetros da época, que muitas vezes os recursos colocados a sua disposição eram considerados reduzidos e precários (Carvalho, 1914, p. 510).

Os poucos físicos existentes na vastidão do território colonial geralmente 'fixavam' residência naqueles núcleos mais populosos, ou seja, nas principais vilas e sedes das capitânicas. Menos comum era encontrá-los em vilarejos do interior e de população mais rala. Nos primeiros tempos da colonização, poucos médicos e licenciados reinóis habilitaram-se a vir espontaneamente para o Brasil; raríssimos eram aqueles que procediam de outras regiões européias. Os ganhos pelo exercício da profissão eram extremamente modestos. Ademais, não raro, as pessoas migravam de um povoado para outro, sempre em busca de melhores condições de vida; por conseguinte, se num dia determinada vila podia contar com a assistência de um facultativo, noutro poderia ver-se repentinamente subtraída de tal concurso (Santos Filho, 1991, vol. 1, pp. 63-4).

Até o final do século XVIII, pelas determinações legais de Lisboa, o cuidado com as questões relativas à saúde pública na Colônia ficava a cargo dos comissários enviados pela Coroa e do Senado das Câmaras Municipais. Cabiam, então, a essas instâncias de poder a fiscalização e a aprovação de provisões e licenças a médicos, cirurgiões, boticários, parteiras e barbeiros. Essas concessões eram expedidas após a verificação oficial das habilitações ou da experiência apresentadas por aqueles que se propunham ao exercício da arte de curar:

A princípio, os cirurgiões, barbeiros, boticários e parteiras aprovados pelas autoridades competentes possuíam atribuições bastante limitadas. Aquele que conseguisse comprovar no mínimo quatro anos de prática em um hospital ou botica recebia autorização para o exercício de sua arte. Pelas leis do reino, somente os físicos ou licenciados estavam autorizados para o exercício da medicina. Os boticários, por exemplo, recebiam autorização apenas para o comércio de drogas, preparo de medicamentos e aviamento de receitas. Aos cirurgiões era permitido tão-somente tratar de lesões externas, ficando-lhes proibida a administração de medicamentos e o cuidado de moléstias internas (idem, *ibidem*, pp. 304, 327-9, 340-1).

Os barbeiros, por sua vez, concorriam na prática com os cirurgiões, pois também eles recebiam autorização para realizar pequenas intervenções cirúrgicas, tais como: sangrar, sarjar, aplicar ventosas, pensar ferimentos e extrair balas e dentes. Segundo Debret (1989, t. II, pp. 73-4), os oficiais de barbeiro que atuavam na cidade do Rio de Janeiro, em princípios do século XIX, eram quase sempre negros ou mulatos. Além de prestarem serviços de barbearia e de pequena cirurgia propriamente ditos, ocupavam-se também com outras atividades dos mais variados tipos, tais como o conserto de roupas e o arranjo de pequenas bandas musicais, então muito comuns na Corte; quando não atendiam os fregueses nas calçadas das ruas, geralmente suas lojas funcionavam em suas próprias moradias.

Naturalmente que a ineficácia e a impossibilidade de uma fiscalização mais acurada faziam com que as restrições impostas à atuação dessas pessoas não passassem de letra morta. O que contava mesmo era que, para enfrentar as adversidades causadas pelas doenças no transcurso do cotidiano, os habitantes das cidades, vilas e sertões recorriam a quem estivesse ao seu alcance: cirurgiões, barbeiros, boticários, parteiras e seus respectivos aprendizes; muito eventualmente aos médicos e, no mais das vezes, àqueles que, sob a ótica do poder eclesiástico, médico ou estatal, eram desprezados como ‘curandeiros’ por conjugarem seus conhecimentos empíricos a rezas e práticas mágicas (Pimenta, 1997, p. 44 e *passim*).

Nos primórdios da colonização, as boticas da Companhia de Jesus foram praticamente os únicos estabelecimentos existentes para o fornecimento de medicamentos à população. Era nessas boticas e nas enfermarias improvisadas em nome da caridade que muitos padres acabavam por exercer a função de físicos, boticários, barbeiros e cirurgiões. A botica do Colégio do Rio de Janeiro, por exemplo, em princípios do século XVIII, além de atender diretamente a população, fornecia medicamentos aos demais estabelecimentos da cidade e das regiões circunvizinhas, chegando mesmo a exportá-los para Lisboa (Santos Filho, 1991, vol. 1, pp. 127-8).

Mezinheiros habilidosos, os missionários cuidavam de toda sorte de doenças que atormentavam a vida dos colonos. Enquanto alguns padres

já vinham da Europa especializados como boticários, outros aprendiam o ofício no decorrer da experiência do viver na Colônia. Até a sua expulsão em 1759, os membros da Companhia conseguiram, a partir do aprendizado com os nativos, elaborar diversos medicamentos à base da flora local que se tornaram famosos em todo o império colonial português e na Europa (Ribeiro, 1995, pp. 33-5). Todavia, é preciso sublinhar que, para aqueles religiosos, a doença era consequência do pecado ou das artimanhas do demônio. Mais importante do que os remédios ordinários eram os sacramentos, considerados verdadeiras mezinhas espirituais. Para os inacianos, a cura era decorrência da vontade divina. O socorro prestado pelos padres exortava, acima de tudo, o sentimento cristão do enfermo; o alvo maior da atenção dos jesuítas era a alma pecadora, e não o corpo doente propriamente dito.

Conforme sublinhou Ribeiro (op. cit., pp. 11-20), além de reclamarem do reduzido número de médicos, as autoridades coloniais aludiam constantemente às grandes dificuldades de aquisição de remédios procedentes de Lisboa. Com efeito, segundo testemunho das autoridades coloniais, a importação de medicamentos era precária e morosa. A situação era agravada ainda mais, diziam os queixosos, pelo fato de que, durante as viagens marítimas, muitos desses fármacos deterioravam-se com grande facilidade. Amiúde as prateleiras das poucas boticas existentes na Colônia apresentavam-se ‘desfalcadas’, ressentindo-se da ausência de diversos medicamentos prescritos pelas farmacopéias adotadas em Portugal. E, como se isso não bastasse, denunciavam as autoridades, muitas vezes, além de chegarem ‘estragadas’, as drogas importadas eram comercializadas a preços ‘exorbitantes’.

Diante de constantes denúncias que partiam do Brasil para Lisboa, uma ordem régia determinou, no ano de 1744, que os regulamentos de inspeção das boticas portuguesas também fossem observados no Brasil. Era uma entre outras tantas tentativas de a Coroa realizar, por intermédio dos comissários nomeados pela Fisicatura-Mor do reino, uma inspeção mais acurada, a ser realizada a cada três anos, sobre o estado dos medicamentos importados do reino, a qualidade dos remédios vendidos nas boticas e a regulamentação dos preços na tentativa de coibir aqueles considerados ‘abusivos’ (Santos Filho, 1991, vol. 1, p. 339).

Por intermédio da correspondência oficial dos vice-reis com Lisboa percebe-se que, aos olhos do poder, a situação das boticas do Rio de Janeiro no final do século XVIII não era diferente. O que mais exasperava as autoridades coloniais era a ‘desqualificação’ dos boticários, quase sempre acusados de colocar seus interesses mercantis acima do cuidado que deveriam ter com a integridade das drogas; integridade necessária à preservação da saúde daqueles que recorriam às suas prateleiras, argumentavam os representantes do poder público.¹

A denúncia da malícia comercial efetuada pelas autoridades vinha acompanhada por uma série de preconceitos quanto à ‘falta de luzes’, de instrução que acentuavam a ignorância dos boticários. Não muito

¹ IHGB – Lata 53, maço 6 (correspondência do conde de Resende com a Corte de Portugal, 1796).

diferentes foram as impressões de vários viajantes europeus que percorreram o Brasil ao longo do século XIX. Luccock (1975, p. 71), por exemplo, ao se referir ao fato de os boticários, além de vender remédios, prescreverem medicamentos à população, opinava que

A habilidade dos boticários em diagnosticar e curar doenças era pouquíssimo superior ao conhecimento que tinham do corpo humano. O detalhe dos seus processos absurdos de tratamento provocaria incredulidade, tanto maravilha pelo fato de os pacientes escaparem vivos e inteiros ... pois que aquilo que aos respectivos proprietários faltava em habilidade pareciam eles se esforçar por suprir com a exibição.

A utilização de fontes desse tipo exige a máxima cautela pelos juízos de valor negativos de que estão impregnadas. Primeiramente, é preciso considerar que Luccock era um estrangeiro cujo referencial de ‘civilização’ era a Europa Ocidental. Seu ofício era o de comerciante; confessa, noutra passagem de seu relato, que de medicina nada sabia; portanto, nada mais prudente do que não aceitar pacificamente sua avaliação sobre o fato de que os procedimentos terapêuticos dos boticários eram ou não eficazes. Ainda que fosse um especialista no assunto, seus juízos não prescindiriam de cuidado, devido aos enormes preconceitos do saber médico acadêmico em relação às práticas populares. Cumpre assinalar que a maior parte dos boticários que atuavam no Brasil – até pelo menos meados do Oitocentos – assentava seus conhecimentos na experiência empírica, e não na formação acadêmica, salvo pouquíssimos graduados nas universidades européias.²

No entanto, a constatação de tamanho preconceito não significa que as observações do viajante devam ser desprezadas; elas trazem, mesmo que indiretamente, informações valiosas que permitem uma leve aproximação das relações estabelecidas entre os droguistas e seus clientes. Malgrado suas opiniões adversas sobre “os processos absurdos de tratamento” empregados pelos boticários, Luccock não consegue deixar de assinalar, estupefato, que os pacientes escapavam “vivos e inteiros”, ou seja, alcançavam a cura ou, pelo menos, concluíam que a tinham alcançado. Involuntariamente esse comentário indica, portanto, que aquelas pessoas reconheciam nos boticários a capacidade de curar.

É preciso salientar que as descrições sobre as boticas e o comportamento de seus proprietários contidas nessas fontes, produzidas por estrangeiros – muitos deles versados em medicina e botânica – e pelas autoridades administrativas locais, são resultado das observações de pessoas pertencentes aos estratos culturais das elites, quase sempre avessas ao ‘outro’ representado pelo universo da cultura popular. Esse estranhamento conduzia-os invariavelmente a enfatizar a malícia, os erros e as confusões decorrentes de uma pressuposta ignorância dos boticários e de seus aprendizes e caixeiros. É possível que, em alguns

² De acordo com Santos Filho (1991, vol. 1, pp. 331-2) a instituição formal do ensino da prática farmacêutica em Portugal ocorreu somente em 1772, por ocasião das reformas pombalinas aplicadas à Universidade de Coimbra. No Brasil, a formação acadêmica na prática de farmácia só se tornou possível após a chegada de d. João VI e a instituição do ensino médico-cirúrgico.

casos, a má fé, o não saber ler e escrever e o erro fizessem mesmo parte do cotidiano de muitos droguistas; quanto a isso, os testemunhos são recorrentes, ou seja, não se trata de invenção premeditada dos observadores. Mas a aceitação desse tipo de juízo de valor é uma verdadeira armadilha para o historiador que busca a compreensão do universo da cultura popular.

Um dos aspectos mais interessantes desse tipo de documentação para a pesquisa histórica é a observação das entrelinhas, ou seja, as informações involuntárias deixadas por esses letrados. Lidas dessa forma, é possível perceber que, não obstante o que era considerado condenável, como os equívocos no aviamento de receitas, a venda de “produtos estragados” e a substituição de determinados componentes por outros, ou mesmo que, no mais das vezes, os conhecimentos dos boticários estivessem assentados única e exclusivamente sobre as bases da experiência cotidiana – o que, do ponto de vista das autoridades públicas e dos médicos, era suficiente para os recriminar –, não raro esses droguistas, assim como os demais curandeiros, conseguiam alcançar a cura para diversos males daqueles que lhes consultavam aos balcões. Em outras palavras, havia um amplo reconhecimento popular quanto à capacidade dos boticários de sanar doenças, posto que, malgrado as restrições dos cronistas da época, suas lojas estavam sempre cheias de gente em busca de remédios e de opinião quanto ao tratamento de suas enfermidades.

Os arautos da civilização

Até meados do século XIX, ainda eram pouquíssimos os médicos com formação acadêmica atuando no Brasil, conforme pode ser observado pelos dados referentes aos moradores da Colônia que se dirigiram para a Universidade de Montpellier apresentados na Tabela 1.

Tabela 1
Estudantes de medicina da Universidade de Montpellier nascidos no Brasil (séculos XVIII e XIX)

| Naturalidade | Século XVIII (1767-93) | Século XIX (1806-63) |
|--------------|------------------------|----------------------|
| | N | N |
| RJ | 6 | 5 |
| MG | 5 | 4 |
| BA | 1 | 3 |
| PE | 2 | 1 |
| RS | - | 1 |
| Ignorada | - | 1 |
| Total | 14 | 15 |

Fonte: Herson (1996, pp. 305-51) e Pedrosa (1959, vol. 243, pp. 35-71).

Ao longo do século XVIII, em um intervalo de 26 anos, apenas 14 estudantes nascidos na Colônia haviam cursado medicina em Montpellier. Em relação ao século XIX, foram apenas 15 os médicos naturais do Brasil que se formaram naquela mesma escola, em um intervalo de tempo de 57 anos, ou seja, duas vezes superior em relação ao século antecedente. Certamente que, em se tratando do período colonial, a política metropolitana que impediu a criação de universidades na América Portuguesa concorria para a existência de um pequeno número de médicos nas terras brasileiras.

Devido à proibição imposta pela metrópole ao estabelecimento do ensino universitário em seus domínios ultramarinos, somente a nata dos segmentos letrados das elites coloniais tinha recursos suficientes para custear a formação de alguns de seus filhos nas universidades européias. Além de possuir as condições financeiras necessárias, quem se candidatasse à formação médica em Coimbra ou em Montpellier deveria apresentar como condição *sine qua non*, além do conhecimento obrigatório do latim, o satisfatório em grego e, de preferência, também algo do francês e do inglês, embora essas duas últimas línguas não fossem obrigatórias. Tais exigências não eram obstáculo ao restrito número de letrados na Colônia, considerando-se que a maior parte deles era egressa das escolas jesuíticas, nas quais apenas se falava, lia e estudava em latim; outros recebiam instrução particular ou aprendiam por conta própria, como autodidatas. As demais línguas estrangeiras também não eram empecilho, posto que, no final do século XVIII, o francês também passou a concorrer com o latim como língua culta na Colônia, seguido pelo inglês (Herson, 1996, p. 223). Todavia, em termos absolutos, pouquíssimos eram aqueles que reuniam os cabedais necessários – entendidos aqui como riqueza e instrução – para cruzar o oceano em direção às universidades do Velho Mundo.

Ao investigar a trajetória dos médicos formados em Montpellier, Bella Herson (op. cit., p. 227) constatou que nem sempre eles regressavam ao Brasil imediatamente após a conclusão de seus estudos em medicina. Alguns deles prosseguiram sua formação acadêmica na Europa em outras áreas do conhecimento, enquanto outros permaneceram na França ou em Portugal exercendo atividades médicas e ocupando cargos importantes na Corte. De qualquer forma, aqueles que retornavam ao Brasil munidos com seus diplomas de doutor geralmente atuavam junto às elites das quais faziam parte, fosse no exercício da medicina, na formação de academias literário-científicas ou mesmo no campo da política.

A Tabela 2 agrega os dados relativos ao efetivo numérico de estudantes de medicina nascidos no Brasil e formados pela Universidade de Coimbra nos séculos XVII, XVIII e XIX.

Decerto que, em termos comparativos, no século XIX o número absoluto dos médicos formados em Coimbra foi bem menor do que no século XVIII, o que se explica pela criação das escolas e posteriormente faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Contudo, os

índices percentuais permaneceram muito próximos, salvo em relação ao século XVII, que apresentou o índice mais elevado, de 10,1%. Entretanto, se comparado ao conjunto de brasileiros que se dedicaram a outras áreas do conhecimento nesta mesma universidade, o total de médicos sempre foi muito pequeno.

Tabela 2
Estudantes de medicina da Universidade de Coimbra nascidos no Brasil (séculos XVII, XVIII e XIX)

| Área do conhecimento | Século XVII (1615 a 1700) | | Século XVIII (1701 a 1798) | | Século XIX (1801 a 1861) | |
|----------------------|---------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Medicina | 37 | 10,1 | 107 | 6,1 | 32 | 5,1 |
| Outras | 330 | 89,9 | 1.646 | 93,9 | 594 | 94,9 |
| Total | 367 | 100 | 1.753 | 100 | 626 | 100 |

Fonte: Moraes (s. d.).

O percentual de estudantes nascidos no Brasil que freqüentaram o curso de medicina oferecido pela Universidade de Coimbra corresponde a apenas 6,1% do total para o século XVIII, e a 5,1% em relação ao XIX. A maioria esmagadora dos universitários seiscentistas e setecentistas buscou formação acadêmica em direito, enquanto no Oitocentos a preferência pela magistratura permaneceu na liderança, sendo acompanhada pelo curso de matemática.

A transferência da Corte portuguesa para o Brasil em 1808 fez com que as elites estabelecidas no Rio de Janeiro elaborassem paulatinamente um projeto de ‘civilização’ para os trópicos. Para os novos nobres moradores da cidade, era preciso que ela sofresse transformações para torná-la digna de ter sido elevada à categoria de sede da Coroa portuguesa. Herdeiros da tradição iluminista que preconizava o ‘progresso e a civilização’, os intelectuais e o Estado, num primeiro momento, submeteram a cidade a uma ‘civilização improvisada’. Novas instituições foram criadas, artistas e homens de ciência procedentes da Europa foram convidados a participar da elaboração desse ambicioso projeto ou a fornecer-lhe subsídios.

Do contingente composto pelos artífices desse empreendimento civilizatório, destacou-se, sobretudo a partir da década de 1830, o grupo formado por médicos e higienistas. Pondo fim ao monopólio do ensino médico exercido pela metrópole, o príncipe regente sancionou, em 1809, a lei que criava, no Hospital Militar do Morro do Castelo, a Escola Anatômico-Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, posteriormente transferida, em 1813, para a Santa Casa da Misericórdia com o nome de Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro. A partir de então, a Corte passou a contar com um núcleo institucional próprio, que, ao

longo do Oitocentos, tornou-se responsável pela produção de um saber médico voltado para as questões específicas relacionadas ao espaço urbano carioca.

Dispostos a transformar o que se lhes afigurava como um verdadeiro ‘caos urbano’ – uma cidade ‘suja’ e ‘doente’, ‘corrompida’ pelos miasmas e pelos comportamentos ‘pouco recomendáveis’ da população – em um espaço ‘civilizado’, um pequeno grupo de médicos radicados na cidade fundou, em maio de 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. O objetivo principal dessa agremiação era fornecer pareceres às autoridades governamentais em matérias relativas à higiene e saúde pública. Esse vínculo existente entre a Sociedade de Medicina e o Estado revela o caráter eminentemente político dessa entidade que pretendia organizar o espaço urbano exclusivamente à luz da ciência (Machado *et alii*, 1978). Atendendo a uma solicitação do governo regencial, em 1830, a Sociedade de Medicina nomeou, entre seus pares, uma comissão para cuidar da transformação das academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e de Salvador em faculdades de medicina, o que se concretizou em outubro de 1832.

Paris será o grande emblema de civilização em que se espelharão as elites cariocas. A França tornou-se a principal matriz das concepções artísticas, literárias e científicas que informavam os trabalhos dos mais afamados artistas e intelectuais residentes na Corte. O modelo adotado pelos fundadores da Associação Médica carioca, por exemplo, inspirou-se diretamente na Academia de Medicina de Paris, uma vez que dois dos seus idealizadores, o dr. Sigaud e Jean Maurice Faivre, eram franceses de nascimento e de formação intelectual.

Em 1835, a Sociedade de Medicina foi agraciada pelo Estado com o título de Academia Imperial de Medicina, tornando-se, a partir de então, juntamente com a recém-criada faculdade, o principal *locus* da produção de um discurso que se arrogava sábio e competente – porque fundamentado no conhecimento científico – a ditar os procedimentos terapêuticos que desejava ver norteando os comportamentos sociais e a sugerir normas sanitárias para serem postas em prática pelo Estado em nome da preservação da saúde pública. A Tabela 3 refere-se aos estudantes de medicina formados pela Faculdade do Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX.

Os dados apresentados indicam que, mesmo após a fundação da Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro, o número de médicos formados na cidade era muito pequeno. Além do mais, a graduação na faculdade carioca não significava que todos os recém-formados exercessem a medicina na Corte, pois certamente alguns daqueles doutores, naturais de outras províncias ou mesmo do interior do Rio de Janeiro, voltaram para suas regiões de origem. Pressuponho que a maior parte daqueles 24 doutorandos cuja naturalidade é ignorada tenha nascido no Brasil, mas não é possível precisar quantos, pois alguns estrangeiros, naturalizados ou não, tinham o hábito de aportuguesar o nome.

Tabela 3
Estudantes de medicina da Faculdade do Rio de Janeiro (1831-50)

| Províncias | N | % |
|--------------|------------|------------|
| RJ | 188 | 47,4 |
| MG | 68 | 17,1 |
| RS | 22 | 5,6 |
| BA | 17 | 4,3 |
| SP | 8 | 2,0 |
| AL | 7 | 1,7 |
| PE | 6 | 1,6 |
| MA | 5 | 1,2 |
| CE | 3 | 0,8 |
| GO | 3 | 0,8 |
| SE | 2 | 0,5 |
| PA | 2 | 0,5 |
| PI | 1 | 0,3 |
| MT | 1 | 0,3 |
| Ignorada | 24 | 6,1 |
| Estrangeiros | 39 | 9,8 |
| Total | 396 | 100 |

Fonte: Academia Nacional de Medicina. *Teses do Rio de Janeiro*.

Não tenho como mapear a totalidade dos médicos estrangeiros que se estabeleceram na cidade após a vinda da família real para o Brasil. Os 39 que aparecem computados na Tabela 3 foram médicos nascidos e formados no exterior que, tendo ou não obtido o grau de doutor em suas instituições de origem, defenderam tese no Brasil como pré-requisito necessário exigido pelo governo imperial para a revalidação de seus diplomas, que lhes facultava o direito ao exercício legal da medicina no país. Todavia, nem todos os médicos estrangeiros que atuavam na cidade aparecem com teses catalogadas pela faculdade do Rio de Janeiro, pois, de acordo com o Regulamento da Junta Central de Higiene – órgão consultivo sobre a matéria de saúde pública criado pelo governo imperial em 1850 –, aqueles que tivessem alguma obra científica publicada ou que comprovassem ter lecionado em universidades estrangeiras estavam dispensados do exame.³

Assim como os dados anteriores ao censo de 1872 referentes à população do Rio de Janeiro são inexatos, as fontes disponíveis não permitem precisar a quantidade de médicos diplomados que exerciam sua profissão na Corte. As estimativas apresentadas pelos viajantes e pelas autoridades públicas são extremamente desconstruídas. No período em que estive no Rio de Janeiro, entre 1808 e 1815, Luccock (1975, p. 29) refere-se a um total de duzentos médicos atuando na cidade. Já o francês Louis de Freycinet (*apud* Freyre, 1990, p. 121) alude à existência de mais de seiscentos profissionais, entre 1817 e 1820, incluindo médicos e cirurgiões. Os números apresentados pela Secretaria de Polícia da

³ Não obstante as determinações do Regulamento da Junta Central de Higiene, entre 1850 e o final da década de 1870, alguns médicos estrangeiros que não se enquadravam na exceção prevista pelo mesmo regulamento conseguiram licenças e autorizações de autoridades ministeriais do Império e de presidentes de província para clinicarem no Brasil à revelia dos pareceres em contrário ou dos protestos daquela instituição (Sampaio, 1995, pp. 114-21).

Corte no mapeamento populacional empreendido em 1834 apontam para a existência de apenas 181 médicos brasileiros e 33 estrangeiros exercendo legalmente sua profissão.

Sem dúvida, esse número restrito de intelectuais da medicina foi um dos limites para a implementação, já na primeira metade do Oitocentos, de seu sonho de transformar a Corte num espaço civilizado, como deixam entrever as publicações médicas da época. No entanto, é preciso considerar que as dificuldades encontradas pelos médicos para colocar seus planos em prática não se explicam apenas pela questão do efetivo numérico reduzido, mas também pelos enormes obstáculos enfrentados, pelo menos até a década de 1870, em torno da instituição da medicina no Rio de Janeiro, tudo isso somado às acirradas disputas de poder e, sobretudo, ao fato de a sociedade não atribuir aos saberes médicos legitimidade suficiente para lhes garantir o monopólio da competência em matéria de curar doenças (Schwarcz, 1993, pp. 192-8 e *passim*).

Não me foi possível apresentar dados relativos à quantidade de esculápios que atuavam na cidade do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX porque o acervo de teses da Academia Nacional de Medicina está bastante desfalcado, fazendo com que a ausência de diversos livros comprometa a série. Todavia, os estudiosos da história da medicina no Brasil são unânimes em assegurar o crescimento do número de médicos formados no Rio de Janeiro, além do crescimento da entrada de esculápios estrangeiros na cidade. Serão eles que, na segunda metade do século XIX, dando continuidade ao sonho e à luta de seus antecessores que idealizaram a Sociedade de Medicina, enfrentarão as batalhas contra os mezinheiros — desqualificando-os como curandeiros e charlatães —, na tentativa de desacreditá-los junto à opinião pública e conseguir do Estado a repressão das atividades terapêuticas consideradas ilegais em favor de sua ciência.

A doença e a cura no imaginário popular

Apesar do pequeno efetivo de médicos radicados na Corte Imperial, sobretudo na primeira metade do Oitocentos, das queixas constantes das autoridades públicas e das observações dos viajantes, estou convencido de que este quadro não se constituía em um problema para os segmentos populares da sociedade carioca. Não creio que esse acanhado número de profissionais da medicina fizesse realmente falta para a maior parte dos habitantes da muito leal e heróica cidade do Rio de Janeiro.

A argumentação que sustentarei, ao longo deste artigo, é a de que a doença e a cura possuíam significados específicos que conduziam os enfermos a buscar outros caminhos para a preservação e o restabelecimento da saúde, independentemente da ausência ou presença de médicos. Em primeiro lugar, importa sublinhar que no Ocidente

cristão, pelo menos até meados do século XIX, o acompanhamento da doença e da agonia que precedem a morte não estava sob poder da ciência médica. A medicalização da morte, no sentido da concentração de todos os esforços para combatê-la e, por conseguinte, prolongar a vida do doente ao máximo, é um fenômeno extremamente recente na história ocidental. Mesmo se porventura um médico acompanhasse uma pessoa da doença até a morte, seu papel era o de ajudar o enfermo a se curar ou a morrer. Esse cuidado não assumia caráter de luta contra a natureza, pois combater a morte era, para muitos, uma verdadeira blasfêmia contra os designios de Deus (Rodrigues, 1983, p. 157; Ariès, 1981, vol. 2, pp. 613-37).

O tratamento das enfermidades geralmente era conduzido pelos próprios familiares do doente. Entre os devotos da fé católica, quem estava quase sempre à cabeceira do moribundo nos momentos derradeiros era a figura de um padre, e não a de um médico. Ao confessor reservava-se o direito de ser a única pessoa presente junto ao leito do doente quando este exalasse o seu último suspiro.

Monsenhor Pizarro de Araújo (1945-51, vol. 5, p. 13) sustenta que a pastoral, datada de 6 de março de 1775, obrigava os médicos e cirurgiões a “precaver os enfermos nos princípios das curas e perigos delas com os santos sacramentos, para que, fortalecidos em tempo, resistissem às sagacidades do inimigo”. Como herança do período medieval, até o século XVIII, a medicina manteve-se subordinada aos ditames da fé católica na Europa Ocidental, e os próprios médicos setecentistas reconheciam que a harmonia do enfermo para com Deus era necessária para o restabelecimento da saúde.

No Rio de Janeiro oitocentista, a crença na origem sobre-humana das enfermidades e no poder da fé para afastá-las era tão abrangente que, por exemplo, a primeira recomendação expressa da Fisicatura-Mor ao cirurgião Fideles José Alves, aprovado para o exercício da medicina prática no Rio de Janeiro em 1818, era não deixar falecer enfermo algum sem sacramentos (Pimenta, 1997, p. 70). Para as enfermidades julgadas mais graves, o viático eucarístico era popularmente considerado um remédio mais poderoso, capaz de restabelecer a saúde, do que qualquer droga de botica. Em última instância, assim como a doença era considerada fruto do pecado ou das artimanhas do demônio, a cura dependia da vontade divina, não dos remédios (ver Figura 1).

Os negros, por sua vez, em sua maioria centro-africanos, cuidavam-se segundo as tradições de seus antepassados, evocando o auxílio de forças espirituais. Para eles, o poder de curar era atributo daqueles que possuíam o dom de comunicação com os espíritos ancestrais (ver figuras 2 e 3). É preciso, portanto, deixar claro que a ausência de um médico ao lado dos enfermos não decorria de sua escassez, mas, antes, do fato de que, no imaginário popular, as explicações para as origens das doenças, as possibilidades de cura e as imagens do corpo passavam

longe daquelas apresentadas pela medicina acadêmica no Brasil a partir da institucionalização do ensino médico no país.

Até o final do Oitocentos, os saberes médicos não haviam conquistado um amplo reconhecimento social que lhes assegurasse base sólida para sustentar um monopólio da competência sobre a doença e a cura. A observação das cifras apresentadas nas tabelas 2 e 3 permite concluir que, pelo menos até meados do século XIX, a medicina não gozava de muito prestígio nem mesmo entre as elites letradas, uma vez que a maioria esmagadora dos que se dirigiam à Universidade de Coimbra, por exemplo, preferia outras áreas do conhecimento. Isso significa dizer que o trabalho de convencimento conduzido pelos médicos quanto à sua competência exclusiva da arte de curar também teve de ser direcionado para as elites das quais faziam parte. Tanto que era fato corriqueiro que pessoas dos mais altos estratos da sociedade recorressem aos chamados mezinheiros e/ou curandeiros, uma vez que muitas delas partilhavam da crença da origem sobre-humana das enfermidades, reconhecendo-lhes a capacidade de curar doenças e de neutralizar feitiços.

A luta dos médicos pela extensão do reconhecimento social de sua ciência será travada com afincos justamente no decorrer da segunda metade do Oitocentos, quando, após a superação das grandes dificuldades em torno da instituição do ensino médico no Rio de Janeiro, os profissionais da medicina empenharam-se na tarefa de se tornar um grupo cada vez mais importante na mobilização da opinião das elites, ampliando sua influência nas esferas de poder municipal e imperial das quais alguns deles eram parte integrante.

Mesmo assim, apesar de todo poder e influência que aos poucos iam sendo conquistados ao longo desse período, a resistência dos segmentos populares às novas concepções e práticas ditadas pelos médicos no que se refere à doença e à cura, assim como às imposições das novas regras que a medicina acadêmica pretendia imprimir na sociedade, será muito grande. Não aquela resistência popular compreendida como uma reação cega e automática de quem está sendo pressionado, mas, sobretudo, uma resistência informada por uma cultura relativamente autônoma, capaz de nortear seus procedimentos terapêuticos e fundar valores e tradições dos quais não estavam nem um pouco dispostos a abandonar somente porque alguns homens de ciência assim o desejavam.

No imaginário popular oitocentista, era bastante arraigada a crença de que as doenças possuíam natureza sobre-humana, ao serem provocadas, por exemplo, pela feitiçaria ou pela ação de um mau-olhado (ver figuras 4 e 5). Moléstias e sortilégios estavam diretamente relacionados e, muitas vezes, confundiam-se, posto que o próprio feitiço era considerado uma doença capaz de ser combatida com a ingestão de mezinhas apropriadas. O mau-olhado era considerado extremamente nocivo, sobretudo às crianças, e resultava no terrível quebranto: uma

doença que despertava profundas angústias, uma vez que era considerada capaz de provocar a morte dos inocentes. O remédio contra os males advindos do mau-olhado era assegurado pelo uso de amuletos e pelas benzeduras; portanto, a cura e a profilaxia contra semelhantes enfermidades não estavam nas mãos dos médicos (ver Figura 6).

Até meados do século XIX, os testamentos apresentavam repetidas vezes – e naturalmente com diversas variações –, entre muitos outros, o seguinte motivo alegado para sua redação: “estando doente de cama com doença que Deus foi servido dar-me temendo-me da morte...”. A recorrência desta formulação indica que, no imaginário popular oitocentista, as enfermidades mantinham-se situadas na ordem do destino, conforme antiqüíssima tradição cristã que as concebia fundamentalmente como artimanhas do demônio, fruto do pecado, conseqüência do castigo, advertência ou provação imposta por Deus (ver figuras 7 e 8).

No contexto desse imaginário religioso, geralmente o doente católico procurava o remédio nos sacramentos da Igreja, sobretudo no Santíssimo, conjugados ao arrependimento, à contrição e à prece. Por conseguinte, quase sempre, nesses casos, a cura era atribuída aos talismãs, às relíquias, aos objetos sagrados ou à intercessão da Virgem e dos santos – principais intermediários entre Deus e os homens –, conforme pode ser observado pelas referências dos viajantes aos inúmeros ex-votos depositados junto às igrejas como testemunho da graça recebida, sob a forma de representação da intervenção do santo evocado operando o milagre da cura (ver figuras 9 e 10). O viajante norte-americano Thomas Ewbank (1976, pp. 119-20 e *passim*) ficou extremamente impressionado com a quantidade de objetos de cera e de tábuas votivas existentes nas diversas igrejas espalhadas pela cidade do Rio de Janeiro.

Todavia, a concepção que atribuía origem sobre-humana à doença e que conduzia os enfermos católicos a manifestar sua devoção religiosa não excluía a realização de práticas mágicas na tentativa de restabelecimento da saúde, além da busca do auxílio das ervas – não raro como parte integrante de rituais mágico-religiosos – e dos saberes práticos daqueles que se devotavam à arte de curar. Era comum à maior parte das pessoas a busca pelo auxílio de barbeiros, parteiras, cirurgiões, boticários e, sobretudo, de mezinheiros – qualidade que alguns barbeiros e parteiras também possuíam –, mas isto se dava muito mais em função de uma escolha do que em decorrência do pequeno número de médicos.

Luccock (1975, pp. 120-1), ao se referir a um doutor germânico do Rio Grande do Sul, observou que ele não tinha concorrentes em um raio de trinta milhas. Todavia, os doentes que venciam essa distância em busca de auxílio eram pessoas reputadas “ricas e com aparência respeitável”. Do ponto de vista do referido viajante, bem grandes deveriam ser os padecimentos dos doentes das camadas populares daquelas paragens:

...pois que raro é que pensem em recorrer a conselho médico, enquanto a natureza se acha quase por completo exausta, para, então, serem muitos deles arrastados em toscos carros, através do ínvio sertão, por muitas léguas cansativas, expostos à chuva, ao vento, ao sol e talvez a todos estes alternativamente.

Esta passagem é bastante reveladora. Independentemente da opinião pessoal do autor quanto aos dissabores conseqüentes da relutância demonstrada pela gente comum em procurar o auxílio daquele médico, sua observação indica que esse recurso era acionado por membros das elites locais, enquanto as camadas populares raramente chegavam a fazê-lo e, mesmo assim, só em último caso. A compreensão dessa recusa se explica porque as representações populares sobre as doenças e os meios para alcançar a cura eram outros. Relatos como esses sugerem que a desconfiança e o medo em relação aos médicos eram muito grandes. Sobre essa resistência popular aos médicos, o dr. Imbert (1839, vol. 1, p. 8) – médico francês radicado na Corte – faz uma observação muito semelhante àquela realizada por Luccock, segundo a qual a presença médica em algumas localidades não era suficiente para estimular a procura por parte dos populares pelos seus socorros: “Raras vezes acontece que o médico seja mandado para junto do doente imediatamente após o ataque de sua moléstia; uma vez que ela não se apresente com um aparato de sintomas medonhos, é uso deixar passar dois, ou três dias para ver, dizem, a marcha que há de seguir a enfermidade...”

Ao contrário do que insistia boa parte da documentação da época, o recurso aos mezinheiros, em detrimento dos poucos médicos existentes na cidade, resultava de uma preferência – portanto, de uma escolha deliberada –, e não da falta de esculápios. Ora, se os médicos eram deliberadamente preteridos pelos chamados curandeiros e charlatães, por mais reduzida que fosse sua quantidade, isso não significa a existência de uma lacuna preenchida por aqueles que, distantes de uma formação acadêmica, se entregavam ao exercício da arte de curar junto às camadas populares. Não é a ausência de médicos que explica a ampla aceitação dos curandeiros, mas antes a concepção de que a origem das doenças tinha uma natureza sobre-humana sobre a qual essas pessoas possuíam a faculdade de intervir. Tanto era assim que, ao longo da segunda metade do século XIX, quando o número de médicos atuando na cidade do Rio de Janeiro crescia a cada ano, colocando seus serviços à disposição dos habitantes, a preferência popular pelos chamados curandeiros era enorme, como freqüentemente era denunciado pela Academia de Medicina. Mesmo nos países da Europa Ocidental – onde, de longa data, havia faculdades de medicina e um número um pouco maior de médicos em comparação com o ultramar –, a popularidade daqueles a quem chamavam de charlatães e curandeiros era enorme, e o recurso às mezinhas domésticas bastante acentuado (Thomas, 1991; Lebrun, 1983).

Não obstante apareçam na documentação como um dissabor para a gente pobre da Colônia, no meu entender, as enormes dificuldades de importação dos medicamentos europeus que marcaram o período colonial, às quais se refere Márcia Ribeiro (op. cit.), eram na verdade um grave problema para as autoridades aqui estabelecidas, talvez menos afeitas aos recursos terapêuticos forjados pelos saberes populares locais. Ora, índios, africanos e portugueses das camadas populares, assim como alguns membros das elites, sempre haviam, em suas regiões de origem, recorrido às mezinhas e ao mundo dos mortos para curar suas enfermidades muito antes de se cogitar a colonização do Brasil.

A documentação consultada permite aferir que, não raro, mesmo recorrendo ao auxílio dos médicos, pessoas das elites apropriavam-se das mezinhas populares para o tratamento de suas moléstias. Thomas Ewbank (1976, p. 189) testemunhou, em meados do século XIX, alguns episódios que representam muito bem esse processo de apropriação por parte das elites de métodos terapêuticos populares na cidade do Rio de Janeiro:

Minhocas fritas vivas em óleo de oliva, e aplicadas quentes com emplastro, removem o panarício que é muito comum entre negros e brancos. A senhora Peres disse-me que assim curou uma das suas escravas. O mesmo aconteceu na família de J.

Um remédio popular para dor de dentes é preparado assim: um camaleão vivo é posto numa vasilha de barro com uma tampa hermeticamente fechada e reduzido a cinza. Uma porção desta cinza é esfregada entre um dedo e o polegar e aplicada sobre as gengivas e posta na cavidade cariada. O senhor H. L., senador de Santa Catarina, achou eficiente este processo. Sua senhora guardou a cinza restante para algum eventual uso futuro.

Vale lembrar que senhores e escravos, por exemplo, conviviam muito próximos uns dos outros no cotidiano da cidade, o que certamente poderia facilitar o intercâmbio cultural entre eles; e, além do mais, importa repeti-lo, mesmo entre as elites, os médicos não eram, como pretendiam ser, os senhores absolutos da arte de curar.

Em uma carta datada de 24 de outubro de 1811, o português Luís Joaquim dos Santos Marrocos, funcionário das Reais Bibliotecas de S. A. R. D. João VI, relata ao seu pai que, na esperança de atalhar seus achaques do peito, combinava a ingestão de vinho quinado em jejum – receita pelos médicos aos quais recorria – com certas “mezinhas”. Dois anos depois, ao redigir outra carta, em 28 de setembro de 1813, descreve uma dessas mezinhas que lhe fora recomendada por um certo padre Teixeira, visando remediar suas dores de cabeça, supostamente provocadas pelos ataques de hemorróidas que lhe importunavam:

Um frango inteiro sufocado, com sangue, penas e tudo, posto ao lume em uma panela a cozer com meia camada de água; depois de cozido e bem delido, coar a dita água, quando estiver em porção de um quartilho; espremer o mesmo frango num pano forte e, dividindo a dita água ou caldo em duas porções iguais para dois dias, se tomará uma ajuda com uma porção morna, juntando-se-lhe uma colher de sopa de açúcar refinado e outra de banha de flor de laranja (Marrocos, 1934, p. 5).

Creio, portanto, que dificilmente os populares da Colônia sentissem falta dos remédios prescritos pelas farmacopéias correntes na Europa, embora, em alguns casos, a sua utilização não fosse totalmente desprezada quando surgia alguma oportunidade de se ter acesso a eles, enquanto que, como se verá pouco mais adiante, em outros casos, o desprezo era total em favor das mezinhas domésticas.

Aqui chegando, os adventícios passavam a procurar virtudes terapêuticas no reino mineral, na flora e na fauna locais para a composição de suas mezinhas. Adaptando-se às novas condições encontradas, experimentavam, por iniciativa própria, novos ingredientes e, sobretudo, apropriavam-se diretamente, ou por intermédio dos mamelucos, dos saberes indígenas. Assim, a experiência acumulada pelo cotidiano produzia novas mezinhas, resultado do amálgama de tradições indígenas, ibéricas e africanas, às quais todos tinham acesso ilimitado. Geralmente usadas por conta própria, de acordo com os saberes domésticos enraizados pela tradição ou atendendo às recomendações específicas dos curandeiros, as mezinhas domésticas constituíam prática bastante comum no Brasil. O recurso que se fazia a elas surgiu no período colonial e permanecia bastante disseminado no século XIX, tanto nas áreas rurais quanto nos centros urbanos. Os moradores da Corte Imperial do Rio de Janeiro, por exemplo, eram constantemente abastecidos de ervas pelas negras de tabuleiro, ou então as cultivavam nos próprios quintais.

O reverendo Robert Walsh (1985, vol. 1, pp. 177-8), de passagem pelo Rio de Janeiro entre 1828 e 1829, narra dois episódios, dos quais foi testemunha, que confirmam essa preferência popular pelas mezinhas domésticas. Relata o viajante que,

certa vez, um brasileiro em cuja casa fiquei hospedado falou-me sobre uma sacola que era o dispensário que supria todo o seu estabelecimento com os únicos remédios usados por eles. Chamou seu escravo e mandou que trouxesse a bolsa das cobras. O negro trouxe imediatamente uma sacola de lona de onde tirou algumas cobras secas, dizendo que eram poderosos remédios para doenças do peito. Sempre que ele ou qualquer pessoa de sua família contraíam essas doenças, pegavam um pedaço do animal, trituravam num pilão, recolhiam algumas ervas e ferviam tudo junto. Ele dizia que algumas colheradas dessa infusão acabavam com o ataque mais renitente.

Mais eloqüente ainda é o segundo episódio narrado sobre uma forma de tratamento da erisipela. Consta nos apontamentos do reverendo que

um dia, passeando com um amigo meu, encontramos um homem que sofria dessa doença (erisipela). Perguntamos a ele se havia experimentado alguns remédios específicos que citamos; respondeu que não, porque havia tentado o melhor tratamento do mundo e, como não fizera efeito, tinha desistido de experimentar o resto. Curioso para saber a respeito desse tratamento, perguntei-lhe como era e respondeu-me que tinha tomado sangue de galo preto e untado com ele as partes afetadas. Esse homem morreu pouco tempo depois, recusando-se obstinadamente a tomar outro remédio.

Para aquelas pessoas, apesar de toda a ironia destilada pelo viajante, um punhado de cobras secas fervidas com ervas e alguns goles do sangue de um galo preto ou o unguento dele derivado eram realmente tudo de que precisavam para alívio de suas doenças. Em momento algum encontrei, na documentação consultada, qualquer evidência de que os próprios segmentos populares se ressentissem da ausência de médicos e de suas drogas. Ao contrário, esse tipo de protesto partia sempre de viajantes estrangeiros, autoridades administrativas e de médicos que, para legitimar suas argumentações, estendiam suas próprias representações como um problema pertinente a todo o conjunto da sociedade. O próprio vice-rei, conde de Resende, em 1796, numa carta endereçada a dona Maria I, na qual lamenta a falta de médicos e suas funestas conseqüências, sobretudo para os escravos e gente pobre da cidade do Rio de Janeiro, involuntariamente permite entrever que, para os segmentos populares, não havia qualquer espécie de problema nessa ausência, uma vez que “...os ignorantes e curadores (eram) escolhidos muitas vezes com preferência por espalharem que possuem certos remédios e segredos para todo o gênero de moléstias...”⁴

Do alto de seus preconceitos culturais quanto aos saberes e práticas populares, o vice-rei do Brasil era incapaz de perceber que a preferência popular pelos ignorantes e curadores na verdade decorria de uma concepção distinta sobre a origem das doenças e os métodos de cura; enxergava apenas ignorância e impostura diante dos saberes apresentados pelo ‘outro’; generalizava, como pertencendo a todos, um problema que se desenhava aos seus próprios olhos e ao pensamento ilustrado do segmento social ao qual pertencia e representava como autoridade pública. Nesse sentido, uma boa parcela da produção historiográfica mais recente — assim como praticamente a totalidade dos estudos mais clássicos sobre o tema — me parece excessivamente prisioneira das representações construídas pelas fontes documentais utilizadas.⁵

De fato, havia poucos médicos na Colônia e no Império; no entanto, creio ser preciso repensar e frisar que o significado que essa tímida

⁴ IHGB — Lata 53, maço 6 (correspondência do conde de Resende com a Corte de Portugal, 1796). Este mesmo documento foi interpretado por Márcia Moisés Ribeiro de maneira diferente.

⁵ Ver *Anais do IV Congresso de História Nacional* (Rio de Janeiro, Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, 1949); Santos Filho (op. cit.). Sobre as pesquisas mais recentes, ver Herson (1996); Ribeiro (1995); Del Priore (1997, pp. 81-8).

expressão numérica possuía para alguns segmentos das elites não era o mesmo para as classes populares. Além do mais, é preciso toda atenção contra o risco representado pelo anacronismo. A presença do médico ao lado do doente, acompanhando-o até a sua morte, e o amplo reconhecimento social da legitimidade/competência do seu saber são, na verdade, conquistas que a medicina logrou consolidar, a duras penas, somente no século XX. Definitivamente, uma possível sensação de falta da figura de um doutor à cabeceira de um doente, como se sua presença fosse necessária ou até mesmo desejável, é uma impressão equivocada que o presente projeta sobre o passado, revelando certa dificuldade em reconhecer-lhe a alteridade.

A preferência popular pelos curandeiros e pelas mezinhas domésticas no século XIX, motivada pela concepção sobre-humana das doenças, certamente também era estimulada pela percepção generalizada entre os próprios agentes sociais da época de que a nascente medicina acadêmica era impotente diante de um grande número de moléstias que atormentavam a saúde das pessoas.

Um dia, quando examinava a flora local nos arredores do Rio de Janeiro, o reverendo Walsh (op. cit., p. 177) foi abordado por dois homens brancos que, segundo o viajante, supondo tratar-se de um médico selecionando ervas medicinais, pediram-lhe que os curasse:

Eles suspenderam suas calças e mostraram-me as pernas deformadas, quase da espessura de seus corpos emaciados, comprimidas por faixas em certas partes, formando dobras, e cobertas por feridas purulentas, repugnantes até mesmo de se olhar. Senti muito por não conhecer nada que pudesse aliviá-los, principalmente porque disseram que tinham sido dispensados pelos hospitais e considerados incuráveis por todos os médicos. Era abordado com freqüência por essas pessoas.

Conforme pode ser observado por este depoimento, muitas vezes eram os próprios médicos que admitiam essa impotência da medicina. A tísica pulmonar e o mal-de-lázaró, que grassavam largamente entre os mais pobres, ceifando-lhes a vida com rapidez, eram doenças endêmicas incuráveis, reconheciam, entre outros, os doutores Imbert, Sigaud e Chernoviz. Frente às epidemias, os melhores esforços envidados pelos médicos revelavam-se, quase sempre, inócuos. Em 1838, o doutor Francisco Gomes Alves de Matos Prego, ao responder a uma solicitação da Corte sobre as moléstias mais freqüentes nos Campos dos Goitacases, dizia que as febres quartãs “quando aparecem são sempre tenazes e zombam freqüentes vezes dos tratamentos ordinários.”⁶

Ao traçar, em 1872, um esboço histórico das epidemias ocorridas no Rio de Janeiro ao longo do século XIX, o dr. Pereira Rego (1872, p. 6) admitia, algo consternado, mas acima de tudo sem perder as esperanças na ciência, que

⁶ BNRJ – Seção Manuscritos, II-34-16-32. Observações sucintas e breves acerca de cinco quesitos relativos às moléstias mais freqüentes do município de Campos dos Goitacases.

As epidemias, dependendo muitas vezes de condições apreciáveis, são na pluralidade dos fatos o resultado de causas desconhecidas, incógnitas, misteriosas mesmo, as quais só se revelam por seus efeitos mais ou menos desastrosos ...

A ignorância das causas ordinárias das grandes epidemias que na sucessão dos séculos têm devastado o mundo, a dificuldade e mesmo a impossibilidade que daí resulta às vezes para estabelecer medidas profiláticas gerais tendentes a prevenir ou atenuar suas devastações, assim como uma terapêutica adequada para combatê-las, pela obscuridade que reina em nosso espírito acerca da sua índole especial, não devem embaraçar os esforços da ciência na pesquisa dos meios de descortinar o véu misterioso que até hoje tem escondido às suas investigações estes arcanos da natureza...

Por fim, é preciso salientar que as relações entre as camadas populares e os médicos não eram as mais amenas. Novos procedimentos terapêuticos, como a vacinação, por exemplo, introduzidos pela medicina acadêmica, alimentavam o medo, despertavam desconfianças e rejeições (Chalhoub, 1996). Uma forte razão que provocava resistência popular aos médicos dizia respeito ao local onde o encontro entre ambos era mais comum. O contato mais próximo entre as pessoas mais pobres e os profissionais da medicina dava-se nos hospitais da cidade, instituições que eram extremamente malvistas por aqueles segmentos sociais.

Voltado para os pobres, o socorro hospitalar destinava-se a acolher os deserdados de toda sorte. Quase sempre, somente aqueles a quem faltava um teto e/ou o concurso de parentes dirigiam-se espontaneamente ou eram remetidos para os hospitais, quando não tinham condição ou escolha para conduzir o tratamento de suas enfermidades em casa. Locais de isolamento e reclusão, os hospitais – todos notavam – não passavam de depósitos de infelizes em sua última escala para a morte.

Fazia parte do imaginário coletivo da época o desejo de que a doença e a *hora mortis* fossem vivenciadas preferencialmente no interior do espaço doméstico (ver Figura 11). Temia-se, acima de tudo, a morte súbita, posto que era corriqueira a crença na necessidade da preparação para o bem morrer, o que significava deixar o mundo com a consciência tranqüila diante de Deus e dos homens. Causava repugnância a qualquer pessoa pensar em adoecer ou morrer longe da assistência dos parentes (Reis, 1991).

Essa preferência, comum a todos os segmentos sociais, é bastante compreensível, considerando-se que, quando um indivíduo adoecia de uma moléstia mais grave, a probabilidade de ele vir a falecer era muito grande. As pessoas de posses, quando recorriam à assistência dos médicos, faziam-no em seus domicílios ou nas residências dos próprios facultativos. Como os pobres não simpatizavam com os médicos e muito menos possuíam os recursos, salvo uma ou outra exceção, necessários para pagar uma visita médica domiciliar, fatalmente

o encontro entre ambos quase sempre ocorria, muito a contragosto do enfermo, no hospital, e este era o último lugar para onde desejavam ir (Soares, 1999, p. 91 e *passim*).

Outro aspecto não menos importante, que contribuía para provocar um distanciamento ainda maior entre as camadas populares e o hospital, decorria do processo de transformações que se operavam no campo das concepções e práticas da ciência médica europeia a partir do final do século XVIII e que se fizeram sentir no Brasil à medida que a organização do ensino médico avançava ao longo da segunda metade do século XIX. Conforme sublinharam Jacques Revel e Jean Pierre Peter (1988, pp. 141-59) – inspirados nos trabalhos de Michel Foucault –, no crepúsculo do Setecentos, surge uma discussão no interior das academias de Medicina europeias em torno do princípio de que não existiriam senão corpos e doenças. Para a medicina acadêmica, o corpo torna-se um objeto, espaço neutro aberto à observação e ao saber. De acordo com estes novos postulados médicos, o doente transformava-se no suporte abstrato da doença, exorcizado de sua história particular e, no limite, um obstáculo que se interpunha entre o sábio e o objeto do seu saber: a enfermidade.

Em outras palavras, para a ciência médica, não importava aquilo que o enfermo pensava ou sabia sobre seu mal, e sim, única e exclusivamente, a objetividade dos sintomas que ele apresentava. Na esteira das transformações propostas por esses novos saberes médicos, o hospital deveria ser o local de observação direta do médico sobre a doença. Nas reformulações pelas quais passava a medicina acadêmica, a enfermidade transformava-se em uma entidade abstrata exterior ao homem; um inimigo a ser combatido e capaz de ser derrotado por um tratamento específico. O interesse médico deslocava-se do doente para a doença; o indivíduo enfermo tornava-se um ‘caso’, o portador de um distúrbio patológico.

Na medida em que essas novas propostas eram discutidas e que se tentava colocá-las em prática, o isolamento hospitalar do doente vinha acompanhado por um profundo processo de exclusão dos saberes e representações populares sobre suas enfermidades e seus procedimentos para a obtenção da cura. Inevitavelmente tais investidas granjearam enorme desconfiança e medo por parte das classes populares em relação às formas de tratamento reconhecidas pela medicina acadêmica, além de provocarem uma colisão frontal entre o desejo popular de tratar das doenças e morrer em casa e a proposta médica de transferir e circunscrever a doença e a morte ao interior dos hospitais.

Embora na maior parte das vezes estivessem ausentes do cotidiano das práticas populares de tratamento de doenças, é necessário frisar que, *grosso modo*, até meados do Oitocentos, os médicos da Corte não estavam tão distantes das representações do corpo e das práticas de cura adotadas pelas classes populares. As pesquisas de Ribeiro (op. cit.) comprovam que, no período colonial, não havia fronteiras rígidas que

separassem os domínios da ‘ciência médica’ e do ‘maravilhoso’. Assim, muitos médicos compartilhavam, por exemplo, da crença na subordinação do corpo às influências cósmicas dos astros, na eficácia do valor terapêutico dos excrementos ou na intervenção de Deus ou do demônio como causa da cura ou da doença.

Ao que tudo indica, os médicos radicados na cidade do Rio de Janeiro passaram a adotar uma postura mais científica e a condenar as práticas populares de cura, a partir de então cada vez mais julgadas ilegítimas, após a fundação da Sociedade de Medicina em 1829. Até aquela data, quando o órgão máximo em matéria médica no Brasil havia sido a Fisicatura-Mor, extinta em 1828, os médicos da Corte, meio que a contragosto, reconheciam e aceitavam, como uma espécie de mal necessário, que populares e, portanto, pessoas leigas em medicina, mas experientes na arte de curar, pusessem em prática seus conhecimentos, desde que se submetessem a um exame de um físico ou cirurgião nomeado pela entidade. Tratava-se, com certeza, de uma tentativa de controle sobre essas práticas. Mas, conforme demonstrou Pimenta (1997, p. 116 e *passim*), havia algo mais do que isso. Ao passarem cartas de aprovação, os professores de medicina da Fisicatura acabavam por reconhecer que muitos populares detinham a capacidade de curar. Não me refiro apenas a sangradores e parteiras, mas também aos chamados curandeiros, uma vez que a autora citada comprovou que aquela instituição expedia licenças que legalizavam os ofícios de curandeiro ou curador.

Será a partir da fundação da Sociedade de Medicina e da institucionalização do ensino médico que os esculápios da Corte que a ela se filiaram passarão a tomar, sobretudo ao longo da segunda metade do século XIX, certa distância das concepções e práticas populares em matéria de curar doença. Boticários, sangradores, parteiras e curandeiros, que até então eram tolerados e relativamente aceitos pelas autoridades médicas da extinta Fisicatura, tornar-se-ão alvo de severas críticas da medicina acadêmica, que, no processo de luta pela conquista de legitimidade social para sua ciência, fez tudo que esteve ao seu alcance para suprimir tais práticas ao colocá-las sob a chancela da impostura.



Figura 1 –
A primeira saída de
um velho
convalescente,
aquarelada por
Debret, representa o
cumprimento de uma
promessa de um
homem rico,
conduzindo uma
enorme quantidade
de velas à porta de
uma igreja, em
contraste com as
ofertas de duas
mulheres negras,
representadas no
segundo plano. Na
opinião do artista
francês, os pobres
pensavam ser mais
agradável a Deus
receber seu módico
presente das mãos de
uma criança (Jean
Baptiste Debret).



Figura 2 – Aquarela representando um cirurgião negro praticando a sangria (Jean Baptiste Debret). Nas tradições religiosas centro-africanas, correntes na região do Congo-Angola, o ser humano era um todo composto de quatro elementos que asseguravam a vida em virtude de sua harmonia: o corpo (*nitu*), o sangue (*menga*), considerado uma espécie de fluido vital, posto que carregava a alma (*mo-oyo*), e o duplo, que vinha a ser tanto a sombra do corpo quanto o espírito. Ora, se o sangue era considerado o condutor do espírito e levando-se em conta que, para os centro-africanos, as enfermidades eram provocadas por forças espirituais malévolas que atuavam sobre o espírito/corpo do vivente, fica então explicada a enorme popularidade da sangria como forma de tratamento para a expulsão das doenças entre os africanos na cidade do Rio de Janeiro. Ao sangrarem seus corpos, os negros da Corte estavam buscando restabelecer a saúde, atuando diretamente sobre o veículo que conduzia seus próprios espíritos.



Figura 3 — Os negros de origem centro-africana consideravam que os amuletos (designados *minkisi* pelos *bakongo*) — como este em forma de uma pequena bolsa — eram capazes de proteger e curar doenças porque aprisionavam um espírito benfazejo (Jean Baptiste Debret).

Figura 4 — Penca de balangandãs — misto de adorno e de forma de proteção talismânica empregado pelas negras. Geralmente presos à cintura ou aos pulsos, os balangandãs eram, de acordo com os observadores estrangeiros, adereços muito comuns entre escravas e libertas da cidade do Rio de Janeiro e de Salvador. (Funarte/Instituto Nacional do Folclore. Balangandãs feitos com prata, marfim, osso e pedra, século XIX).



Figura 5 – Segundo o testemunho do viajante Thomas Ewbank, a cruz era considerada um dos símbolos religiosos mais poderosos entre a população da Corte. Esta aquarela representa um grupo de tropeiros que transitava entre o Rio de Janeiro e a região das Minas. Observe-se que os três homens colocados no primeiro plano possuem crucifixos em torno do pescoço, certamente visando à proteção contra os perigos mais comuns durante as viagens: ataques de salteadores e de quilombolas, acidentes, picadas de cobra e doenças (Jean Baptiste Debret).



Figura 6 – Conforme antigas crenças populares, havia partes do corpo consideradas mais vulneráveis à penetração dos malefícios e das doenças, tais como a boca, o nariz, os olhos e os ouvidos. Nesta gravura é possível observar três negras buscando proteger-se com a estimadíssima erva arruda (Jean Baptiste Debret).





Figura 7 – O demônio era uma criatura considerada capaz de provocar enfermidades nas mulheres através do humor melancólico. “Milagre que fez o Senhor (ilegível) a Anna das Chagas que estando perseguida com num malino que aparecia-lhe velo e apegando-ce ao dito sr. logo se achou com muitas milhoras no anno de C 1763” (Coleção Márcia de Moura Castro, Belo Horizonte, MG).



Figura 8 – Como herança da religiosidade popular colonial, era bastante comum no século XIX a crença de que a cor vermelha era capaz de afugentar os demônios e curar doenças. Daí a freqüência de sua presença nos dosséis e lençóis representados nos ex-votos. Note-se também que a saia da ofertante representada na Figura 7 também é vermelha. “Milagre q fez a Srª S^{ca} Anna a Fran^{ca} inocente q estando perigosamente inferma sem esperanças de vida; apegou-se com a D^{ta} Snr^a logo declinou saude ficando livre e enteram^{te} sam. 1798” (Coleção Márcia de Moura Castro, Belo Horizonte, MG).



Figura 9 – “M^{ce} q fez N. S. do Carmo a Filisberto d' M^{ca} q tendo huma criança a morte, e já sem sentidos Amay da d^a apegou-ce com a d^a S. e logo teve melhoras no anno de 1822” (Coleção Márcia de Moura Castro, Belo Horizonte, MG). Além do incentivo às orações, a Igreja endossava a idéia de que as promessas eram uma outra maneira de o sofredor alcançar a misericórdia divina. Os ex-votos testemunham a fé no adjutório dos santos para curar enfermidades. A figuração do milagre representado nas tábuas votivas é uma espécie de conto resumido por imagens que expressam os temores e as alegrias daqueles que tiveram o curso de suas vidas alterado pela intervenção de um santo. Por meio desses ex-votos, homens e mulheres, senhores e escravos, ricos e pobres confessavam publicamente suas esperanças, alegrias e uma profunda confiança naquelas entidades celestiais. A representação desses milagres fez de seus ofertantes as testemunhas, por vezes silenciosas, de que aqueles eram tempos de graça e de bem-aventurança, em que o contato entre os vivos e os santos fazia parte da vida cotidiana dos homens, renovando-lhes as esperanças de conforto e proteção contra as agruras da vida.

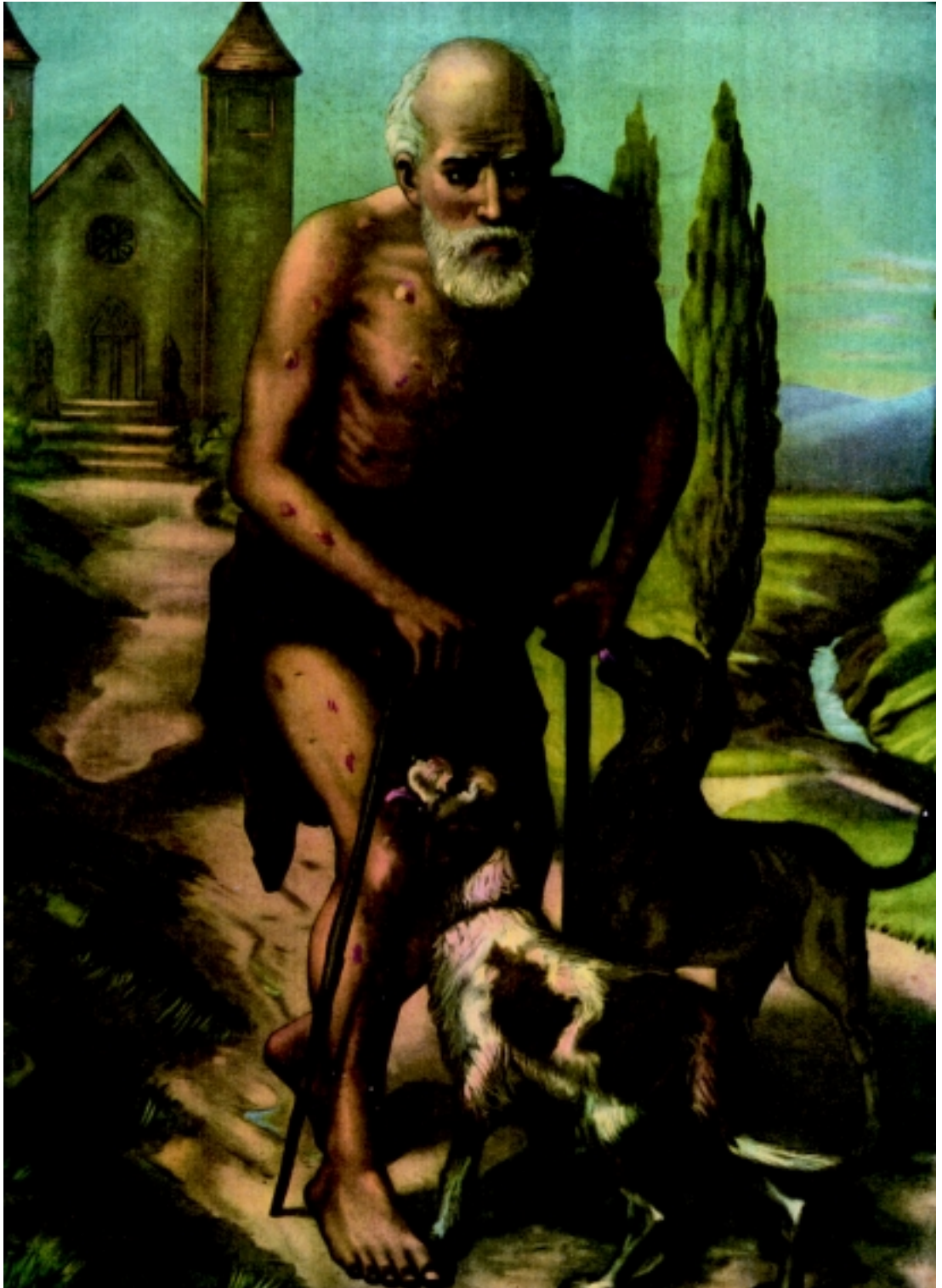


Figura 10 – De acordo com os relatos de Thomas Ewbank, *são Roque* era bastante popular na cidade do Rio de Janeiro no século XIX. Além de ser frequentemente evocada em tempos de epidemia, a imagem deste santo também materializava a crença popular de que a saliva dos cães era benéfica para o curativo das chagas da pele (autor desconhecido).



Figura 11 – O tratamento das enfermidades e os preparativos para a morte eram geralmente conduzidos pelos familiares dos doentes em suas próprias casas (Coleção José Mindlin, SP).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, José de Souza** *Memórias históricas do Rio de Janeiro.*
Azevedo Pizarro de Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 9 vols.
 1945-51
- Ariès, Philippe** *O homem diante da morte.*
 1981 Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- Carvalho, Pedro** ‘Histórico da hospitalização militar no Brasil’.
Cúrio de *Anais do Primeiro Congresso de História Nacional*, RIHGB, pp. 503-33.
 1914
- Chalhoub, Sidney** *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial.*
 1996 São Paulo, Companhia das Letras.
- Debret, Jean Baptiste** *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil.*
 1989 Belo Horizonte, Itatiaia, 4 vols.
- Del Priori, Mary** ‘Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino’.
 1997 Em *História das mulheres no Brasil*. São Paulo, Contexto.
- Ewbank, Thomas** *A vida no Brasil ou diário de uma viagem ao país do cacau e das palmeiras.*
 1976 Belo Horizonte, Itatiaia.
- Freyre, Gilberto** *Sobrados e mucambos: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento*
 1990 *do urbano*. 9ª ed., Rio de Janeiro, Record.
- Herson, Bella** *Cristãos-novos e seus descendentes na medicina brasileira (1500-1850).*
 1996 São Paulo, Edusp.
- Imbert, J. B. A.** *Manual do fazendeiro ou tratado doméstico sobre a enfermidade dos negros*
 1839 *generalizado às necessidades médicas de todas as classes.*
 2ª ed., Rio de Janeiro, Typografia Nacional.
- Lebrun, François** *Médecins, saints et sorciers au XVII^e et XVIII^e siècles.*
 1983 Paris, Temps Actuels.
- Luccock, John** *Notas sobre o Rio de Janeiro e partes meridionais do Brasil.*
 1975 Belo Horizonte, Itatiaia.
- Machado, Roberto** *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.*
et alii Rio de Janeiro, Graal.
 1978
- Marrocos, Luís Joaquim** *Cartas de Luís Joaquim dos Santos Marrocos (1811-1821).*
dos Santos Rio de Janeiro, Anais da Biblioteca Nacional, 56, pp. 5-459.
 1934
- Morais, Francisco** ‘Estudantes de medicina de Coimbra nascidos no Brasil’.
 s. d. Em *Brasília/Coimbra. Instituto de Estudos Brasileiros da Faculdade de Letras*
da Universidade de Coimbra. Suplemento ao vol. 4.
- Pedrosa, Manuel Xavier** ‘Estudantes brasileiros na Faculdade de Medicina de Montpellier no fim
de Vasconcelos do século XVIII’. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*,
 1959 vol. 243, pp. 35-71.
- Pimenta, Tânia Salgado** *Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-Mor no Brasil*
 1997 *do começo do século XIX*. Dissertação de mestrado, São Paulo, Unicamp.
 (mimeo.)
- Rego, José Pereira** *Esboço histórico das epidemias que têm grassado na cidade do Rio de Janeiro*
 1872 *desde 1830 a 1870*. Rio de Janeiro, Typografia Nacional.
- Reis, João José** *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX.*
 1991 São Paulo, Companhia das Letras.

- Revel, Jacques e Peter, Jean Pierre*
1988 'O corpo: o homem doente e sua história'. Em Jacques Le Goff e Pierre Nora (orgs.), *História: novos objetos*. 3ª ed., Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 141-59.
- Ribeiro, Márcia Moisés*
1995 *Ciência e maravilhoso no cotidiano: discursos e práticas médicas no Brasil setecentista*. Dissertação de mestrado, São Paulo, USP. (mimeo.)
- Rodrigues, José Carlos*
1983 *Tabu da morte*. Rio de Janeiro, Achiamé.
- Sampaio, Gabriela dos Reis*
1995 *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial*. Dissertação de mestrado, São Paulo, Unicamp. (mimeo.)
- Santos Filho, Licurgo dos*
1991 *História geral da medicina brasileira*. São Paulo, Hucitec.
- Schwarcz, Lília Moritz*
1993 *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Soares, Márcio de Sousa*
1999 *A doença e a cura: saberes médicos e cultura popular na Corte Imperial*. Dissertação de mestrado, Niterói, UFF. (mimeo.)
- Thomas, Keith*
1991 *Religião e o declínio da magia: crenças populares na Inglaterra, séculos XVI e XVII*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Walsh, Robert*
1985 *Notícias do Brasil*. Belo Horizonte, Itatiaia.

Recebido para publicação em outubro de 2000.

Aprovado para publicação em novembro de 2000.