

Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso da prática médica nas Minas Gerais oitocentista

“Misericórdias da Santa Casa”: a case study on medical practice in 1800’s Minas Gerais

Maria Leônia Chaves de Resende¹

leonia@ufsj.edu.br

Natália Cristina Silveira²

nateedu@uol.com.br

Resumo. Este artigo procura analisar o papel exercido pela Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei na prática da medicina, durante a primeira metade do século XIX. Utiliza como base a terapêutica aplicada no tratamento dos pacientes na região da Comarca do Rio das Mortes – Minas Gerais.

Palavras-chave: história da ciência, Minas Gerais provincial.

Abstract. This article seeks to analyze the role exercised by the Santa Casa da Misericórdia of São João del-Rei in the practice of medicine during the first half of the nineteenth century. It focuses on the therapies applied in treating patients in the region comprising the Comarca of Rio das Mortes, Minas Gerais.

Key words: history of Medicine, Minas Gerais’ provincial period.

¹ Doutora em História Social pela UNICAMP. Professora e Coordenadora do curso de pós-graduação em História de Minas Gerais, XVIII – XIX / DECIS/Universidade Federal de São João del-Rei.

² Graduada em Filosofia e Pós-graduada em História de Minas.

Misericórdias da Santa Casa

Não é novidade alguma a relevância que as Santas Casas de Misericórdia ocuparam na política assistencialista do Brasil. Multiplicando-se por todo o território, exerceram importante papel, tendo sido a ela atribuídas diversas funções ao longo de todo o período colonial e imperial.

Diferentemente de outras ordens terceiras que também desempenhavam uma determinada função caritativa, a Irmandade da Misericórdia era incumbida fundamentalmente de obras sociais, particularmente, na área da saúde e guardavam, por essa razão, significado

especial para a população local (Boschi, 1986, p. 12). Ainda que atendesse a todos, sem distinção de classe, cor ou credo, tinha como sua função primeira socorrer aos pobres e desvalidos – em geral, pessoas de cor, brancos pobres, também estrangeiros e soldados. Em prol desse compromisso, assumia o dever de zelar pelos doentes, cuidar de crianças enjeitadas ou expostas, órfãos, alienados, de assistir aos prisioneiros, lazarentos e ainda se incumbia de sepultar os mortos (Russel-Wood, 1981, p. 221).

A Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, fundada com o propósito de atender aos enfermos carentes da Vila, em 1783, também cumpriu esse mesmo

papel³. De fato, até 1819, apenas acolhia os doentes pobres, tendo resolvido a aceitar pensionista somente a partir de então. Seja como for, em 1831, a atribuição de amparar os miseráveis era reafirmada por ocasião da visita do Conselho Geral que recomendava, com veemência, a concessão de recursos financeiros “para que essa continuasse a prestar socorros à desvalida humanidade” (Alvarenga, 2005, p. 122-134).

E não eram poucos os desvalidos na comarca. Relegados a própria sorte, desnutridos e vivendo em condições insalubres nos calabouços, os prisioneiros logo contraíam doenças. Eram os mordomos da Irmandade da Misericórdia que se incumbiam deles. Da mesma maneira, zelavam pelos estrangeiros e soldados – considerados também desamparados.

Ao encargo da Santa Casa também estavam as “expostas ou enjeitadas” – como comumente eram identificadas as crianças abandonadas na “roda de expostos”. Em Portugal, o cuidado para com os expostos ficava a cargo do município, mas com a fundação das Santas Casas, essa responsabilidade passou a ser função destas. Por essa razão, em 1827, a Câmara Municipal de São João del-Rei, em ofício ao Imperador, requeria que essa missão fosse transferida a essa instituição. No ano de 1831, a Santa Casa assumiu o compromisso, desde que a Câmara Municipal pagasse 600 réis a cada trimestre. Em outubro de 1832, decidiu-se, finalmente, pela transferência da incumbência à Santa Casa (Resende, 1996, p. 17).

Sob o patrocínio da Santa Casa estavam também os alienados. Em 1833, atendendo a um ofício da Câmara Municipal, resolveu a mesa administrativa construir um cômodo no pátio “para abrigo mais proporcionado para os doidos” (Alvarenga, 2005, p. 20). Em 1838, foi autorizada a construção de um novo estabelecimento, que funcionou até o primeiro quartel deste século, quando foi tomada a decisão de demolir as celas, para a construção do Pavimento Almeida Magalhães (Ribeiro, 1971, p. 56).

Nos fundos da Santa Casa, um lazareto foi erguido para os leprosos, que dava para o córrego do Lenheiro. Em julho de 1881, a mesa administrativa resolveu que o mesmo deveria ser demolido, usando para isso duas justificativas: a primeira em função das condições do lugar, considerado impróprio, pois era úmido e insalubre; a segunda referia-se ao valor econômico do terreno que teve seu valor triplicado por estar próximo a linha férrea. Ao desocupá-lo, a Santa Casa poderia lucrar, em aluguéis e arrendamento (Alvarenga, 2005, p. 140).

Além disso, possuía seu próprio cemitério, terreno doado por D. Luiza Bustamante, que funcionou do ano de 1819 a 1897, quando finalmente foi desativado, ficando os enterros por conta da Irmandade do Santíssimo Sacramento, até a construção do cemitério municipal (Alvarenga, 2005, p. 7 e 149). A preocupação pela construção do cemitério público estava diretamente ligada ao “projeto civilizatório”, difusor da idéia de saneamento, limpeza e asseio. Afinal, a rápida putrefação de cadáveres colocava em risco constante a saúde da população. Amparado nesse discurso higienista, vários costumes foram modificados e o hábito corriqueiro das irmandades de realizar os sepultamentos dentro das igrejas passou a ser severamente criticado (Ferreira, 2000, p. 68).

Perante tantas obrigações sociais, a Santa Casa arcava com muitas despesas, passando a depender de doações e fundos para custear seu funcionamento. Além dos bilhetes premiados, concedidos por D. Pedro I, para a loteria, eram os donativos a principal fonte de recurso para sua manutenção. Imóveis, dinheiro, escravos, tudo era legado ao patrimônio da Irmandade pelos fiéis, que ainda eram membros da rede de esmoleres que mendigavam em nome da instituição.

Práticas terapêuticas da Santa Casa

No Brasil colonial, as práticas terapêuticas fundamentaram-se principalmente na idéia que todo tipo de doença era decorrente de “desarmonias e corrupções de humores”. A medicina deveria, então, promover novamente o equilíbrio. Os métodos adequados para recompor essa harmonia e eliminar as corrupções – razão de quase todo tipo de doença – eram pautados em sangrias e purgantes. Por esse motivo, a base de todo tratamento estava ligada obrigatoriamente à sangria e ao purgativo, que eram freqüentemente usados nas prescrições. Era costume já tão corriqueiro que, muitas vezes, as pessoas sãs recorriam ao barbeiro sangrador ou ao boticário purgador só como prevenção (Ribeiro, 1971, p. 91).

A partir de 1808, criou-se a Fisicatura, que foi sediada no Rio de Janeiro até o ano de 1828. Através desse órgão, foram definidas as diversas práticas terapêuticas da arte de curar existentes no país. Sua função era, na verdade, reforçar a hierarquização de tais práticas, divididas em duas categorias distintas: uma popular,

³ Arquivo Histórico Ultramarino, doc. 9482, constando “Requerimento de Manuel de Jesus Fortes. Morador na vila de São João del-Rei, solicitando a D. Maria I a mercê de autorizar erigir a Casa de Misericórdia e estabelecer irmandade com o compromisso, estatuto e demais privilégios na referida vila”. Essa solicitação foi apreciada, em 1785, conforme Arquivo Histórico Ultramarino, Projeto Resgate, doc. 9550, em que há um “Aviso de Martinho de Melo Castro, secretário de estado, para o conde da Cunha, ordenado que se consultasse o pedido de Manuel de Jesus Forte”. Em Minas Gerais se destacaram ainda a de Ouro Preto (1738), Sabará (1787) e Diamantina (1790).

considerada para os praticantes de ofícios inferiores (sangradores, curandeiros, parteiras tiradores de dentes entre outros) e outra erudita, para a elite ilustrada nas artes de curar (médicos, cirurgiões e boticários).

Apesar dessas restrições, qualquer pessoa poderia se dirigir a Fisicatura, requerendo um exame para obter a licença para o exercício de sua função. Em contrapartida, os regulamentos determinavam a punição aos renitentes que exerciam o ofício sem o devido credenciamento. Mesmo com a imposição de multas ou prisões, era impossível se controlarem essas práticas, devido ao vasto território e a falta de pessoal para exercer a fiscalização. Muitas vezes, curandeiros e sangrados sequer tomavam conhecimento da ilegalidade de seus atos, uma vez que aqueles que a eles recorriam não lhes exigiam qualquer título. Além do mais, com a escassez de médicos, eles dominavam a profissão, prescrevendo sistematicamente as sangrias. Como se vê, as advertências morriam nas páginas dos letrados, sem ecoar em outros recantos. Portanto, contrariando a legislação, o que se dava na prática nem sempre estava em consonância às determinações da lei reguladora (Pimenta, 2003, p. 309).

Em contrapartida, o que acontecia, de fato, nas instituições médicas que deveriam adotar os tratamentos recomendados? O exercício da medicina na Santa Casa de São João del-Rei, na primeira metade do século XIX, é um bom estudo de caso para se pensar o que ocorria no dia-a-dia, levando em conta as informações sobre os médicos, pacientes, doenças e tratamento aplicado.

Os médicos

As informações sobre os médicos são esparsas, mas sabemos que a Irmandade da Misericórdia nomeava um devidamente remunerado. Não encontramos apontamentos a respeito de quais foram os primeiros médicos a atuarem na Casa de Caridade. Tudo indica, contudo, que foram aqueles que serviram à irmandade de São Miguel e Almas, os licenciados Antônio José da Silva Lapa e Manoel da Costa Brandão (Alvarenga, 2005, p. 18). Seja como for, desde 1718 já há registro de contratação de médico pela Câmara de São João. Este também foi o caso de Dr. José de Macedo Correia, médico formado na Universidade de Coimbra, que tinha “por obrigação cuidar dos doentes sem cobrar”. Por provisão de 1783, Antônio Felisberto da Costa recebeu a licença para “usar da arte de cirurgia” por tê-la “aprendido e praticado”. Em 1815, atuou na cidade, onde residiu por 28 anos (Cintra, 1982, p. 450-437).

Em 1817, foi feito o ajuste para o cargo de cirurgião, sendo contratado o licenciado João Rodrigues da Cruz “para curar de medicina e cirurgia dos pobres e doentes”, pela quantia de 100 mil réis por ano. Em 1819, haveria de deixar a função por decisão da Mesa Administrativa. Nesse mesmo ano, foi admitido como “cirurgião do partido”, com as mesmas obrigações, o tenente Inácio Gomes Midoens. No ano seguinte, foi nomeado Casemiro Lúcio de Azevedo Coutinho Rangel como seu ajudante, para “fazer as sangrias necessárias, tirar dentes, por ventosas e bichas”, pela quantia de trinta mil réis anuais, tendo sido também exonerado, em 1831 “por abandono” por se retirar da Vila sem dar ciência à Mesa. Midoens logo depois teve um atrito com o Boticário da Casa, José da Rocha Quintela, devido “à classificação de cozimento e infusão”. Foram ambos advertidos, e o cirurgião severamente repreendido por haver “cortado folhas do livro de receitaário”. Em represália, deixou de comparecer ao hospital sem sequer comunicar à instituição. Por essa razão, em 1822, foi destituído por deixar “em desamparo os enfermos” (Alvarenga, 2005, p. 20).

Em seu lugar, foi ajustado para a função Antônio Felisberto da Costa, que exerceu o cargo até 1826. Naquela ocasião, passou a atuar na entidade, o Dr. George Such, inglês, que “aplicou vacina contra varíola com vírus vindo diretamente de Londres”. Seus serviços foram contratados por 400 mil réis por ano, atuando até 1828 (Ribeiro, 1971, p. 57). Em 1829, outro nome de destaque foi o do Dr. Gabriel André Maria de Poesquelles, francês, formado na Universidade de Paris, que veio para São João, para tratamento de saúde. Foi logo admitido, pela Câmara Municipal, para dar aulas de obstetrícia, tanto para médicos como para enfermeiras, instituindo-se, assim, o primeiro curso de parteiras de São João del-Rei, senão de toda a Província de Minas. Em seu lugar, ocupou o cargo, em 1830, o Dr. José da Cunha, que ficou mais de trinta anos como clínico da Casa (Cintra, 1982, p. 57, 157, 275).

Para substituir o cirurgião Rangel, empregaram Dr. João Zucchini, por 275 mil réis, por “sua perícia e aptidão em operações anatômicas e cirúrgicas”. Em 1835, ausentou-se, “sem participar à mesa”, sendo, por essa razão, descontados seus vencimentos. Em 1838, Zucchini embarcou para a Europa, sendo novamente contratado outro médico-cirurgião, o Dr. Guilherme Cavendishi Lee. Este último solicitou seu desligamento naquele mesmo ano e foi, prontamente, substituído pelo Dr. Pedro Souza Cardoso (Alvarenga, 2005, p. 21).

Como se vê, a Santa Casa teve no seu corpo de funcionários os médicos mais gabaritados, todos com formação notória e renomada – demonstrada ainda

pela riqueza de obras especializadas listadas em seus inventários e testamentos⁴. Seja como for, o que nos interessa agora mais de perto é entender a sua prática médica: a quem, o que e como socorriam na Santa Casa.

Doentes

Ainda que Russel-Wood considerasse difícil analisar o perfil dos pacientes da Santa Casa, por causa de falta de provas documentais (Russel-Wood, 1981, p. 221), recorremos ao *Livro de Entrada e Saída de Pacientes*, no período de 1817-1838, escrito por Manoel Inácio de Mello Soares, em que constam vários dados relevantes sobre os internos: nome do paciente, dia, mês e ano da entrada e da saída, condição, proprietário (se o paciente era escravo), origem, cor, naturalidade, ocupação, doença e diagnóstico. Dessas informações, elaboramos um banco de dados composto de 3.480 registros, que foram tabulados em diversas Tabelas: Tabela I (cor), Tabela II (origem étnica), Tabela III (período de internação), Tabela IV (motivo da saída), Tabela V (idade) e Tabela VI (doenças).

Nosso propósito é mapear o perfil dos internos bem como examinar a conduta médica no tratamento dos enfermos sob seus cuidados. Antes, no entanto, algumas ressalvas são necessárias em função da natureza das fontes primárias, que dificultaram a padronização a que nos propusemos. Assim, em relação à Tabela VI (doenças), definimos o elenco quando essas eram indicadas textualmente pelo médico ou constavam indicações muito claras, que não deixavam margem de dúvidas sobre a tipologia da doença. Todavia, quando isso não foi possível, decidimos meramente mencionar como “estado de enfermidade” – termo muito corrente nos registros. Assim, constarão, na Tabela VI, dois tipos de caracterização: uma genérica, que é relativa a um “estado de enfermidade”, e outra, que especifica propriamente a doença. Evitamos, com esse procedimento, atribuir uma enfermidade a um diagnóstico, o que poderia distorcer os resultados.

Sobre a Tabela II (origem étnica), respeitamos as designações indicadas nas fontes e somente agrupamos quando foi o caso de analisar a condição jurídica. Isso quer dizer que, nos casos em que havia referência da origem do paciente, mas não da sua condição, computamos somente quando era evidente. Por exemplo, os estrangeiros de procedência européia foram rotulados como livres e brancos. Outro elemento complicador na análise diz respeito à Tabela IV (motivo da saída), já que era recorrente o uso de expressões evasivas o bastante para não esclarecer, de fato, o motivo real da liberação médica. Tome-se, por exemplo, o termo

“despedido”. Embora não pudéssemos afirmar categoricamente, entendemos que tal termo não significava que o paciente havia se curado – situação expressa claramente em outras anotações postas ao lado do dia da saída: “saiu curado”. Havia ainda a menção “saiu”, sem definir com precisão o que, de fato, implicava. Assim, nesta Tabela, respeitamos as categorias usadas pelo escrivão: ausentou, despedido, faleceu, fugiu, saiu são, saiu. Quando não houve qualquer registro, optamos por fazer a indicação s/d (sem definição). A despeito de tais limitações dos dados e atentas às distorções que essa imprecisão poderia acarretar, entendemos que, ainda assim, foi possível chegar a um bom termo.

Neste tópico, vamos, então, analisar o perfil dos pacientes da Santa Casa, tendo como elementos de análise a cor do paciente (Tabela I), origem étnica (Tabela II), período de internação (Tabela III), motivo da saída (Tabela IV), idade (Tabela V).

Em relação à cor do paciente, muito embora se observe um grande número de pacientes não-cadastrados pela cor, correspondendo a 61% da totalidade, é possível chegar à conclusão de que, proporcionalmente, os percentuais de “crioulo” (13%) e “pardo” (14%) são próximos, constituindo a maioria dos internos, com a somatória de 27%. Seguem-se “brancos” (8%) e os “pretos” de origem africana (3%). Em menores porcentagens aparecem os “cabras” (1%). Um número reduzido de internos índios, mestiços, brancos da terra e negros da terra – com clara alusão à população de procedência indígena – foi tratado no hospital. Provavelmente, algum remanescente das entradas e bandeiras nos sertões, ocorridas no final do período colonial, que passaram a viver nas vilas e lugarejos, na condição de administrados dos colonos ou, talvez, da guerra contra os botocudos em 1808⁵.

Tabela I – Cor.

Cor	Quantidade	Percentual %
Branco	281	8,0
Cabra	51	1,0
Crioulo	468	13,0
Pardo	472	14,0
Preto	106	3,0
sem definição	2096	61,0

Ao se levarem em conta os dados apresentados, podemos inferir que a maior parte dos enfermos que davam entrada na Santa Casa para tratamento médico era negra ou mulata – provavelmente escravos ou forros. Para reforçar essa colocação, pode-se observar que a

⁴ Há inúmeros outros inventários de médicos no Arquivo do Museu Regional de São João del-Rei. Só para citar um, veja Antônio Felisberto da Costa [1801], caixa 426. Entre eles figuravam “Medicina doméstica”, “Anatomia Prática” em dois volumes; “Elementos de matéria médica”; “Elementos de Medicina Prática”; em dois volumes; “Dicionário de Medicina”; “Medicina Razoável”, de Huxan Dem de nove volumes; “Dicionário de anatomia e cirurgia” em três volumes, “Anatomia com estampas”; “Tratado das Águas Minerais”, por Monet; “Dicionário de História Natural”; “Tratado do Coração”, “Medicina Experimental” em oito volumes; entre outros, assim como uma carteira de cirurgia.

⁵ Ver. Maria Leônia Chaves de Resende. Minas dos Cataguases: Entradas e Bandeiras nos sertões de Eldorado. *Vária História*. Belo Horizonte: FAFCH/UFMG, n.33, 2005, p.186-202.

somatória do percentual relativo à origem étnica procedente de nações africanas (Tabela II) representa 88% (daqueles que receberam designação). É importante ressaltar, contudo, que poucas informações temos sobre a condição jurídica do paciente – apenas computada para livres (252), escravos (358), forros (92), restando ainda 2.778 casos sem especificação, o que obviamente dificulta uma análise conclusiva.

Tabela II – Origem étnica.

Origem étnica	Quantidade	Percentual %
Africano	05	1,0
Alemã	09	3,0
Angola	78	22,0
Benguela	77	21,0
Cabinda	09	3,0
Cassange	03	1,0
Congo	37	10,0
Costa	14	4,0
Europeu	06	2,0
Francês	02	1,0
Indígena	12	1,0
Inglês	03	1,0
Mufumbe	04	1,0
Mina	39	11,0
Monjolo	06	2,0
Moçambique	11	1,0
Português	03	1,0
Prussiano	11	3,0
Rebolo	31	9,0

Com relação ao período de internação, a permanência é de até um mês (1.615 casos), seguido de um a dois meses (708 casos). Raros foram os internos que permaneceram por mais de três meses. Apenas 14 pessoas estiveram por um período acima de dois anos. Podemos inferir, a partir daí, que o tempo de internação era relativamente pequeno. Não é improvável que isso se explique como uma forma de amenizar os custos com a manutenção do paciente. Afinal, muitos eram enviados à Santa Casa para aliviar os encargos financeiros dos tratamentos que recaíam sobre os proprietários. Vários senhores alegavam não terem condições para arcar com as despesas, como foi o caso de Maria Joaquina e José Africano, que, pela idade avançada, foram alforriados para poderem se tratar “visto que lhes faltam os meios”. Dado o abuso corriqueiro praticado pelos senhores, que libertavam seus escravos por meio das “alforrias ou doação à Misericórdia”, a Santa Casa se negou, a partir de 1865, a aceitar escravos doentes, sem os devidos exames preliminares (Sabino, 1998, p. 24). Além do mais, é importante lembrar que os serviços da Santa Casa não eram autofinanciáveis, fazendo com que a Irmandade

dependesse de fundos particulares e públicos para a maior parte de suas despesas.

Tabela III – Período de internação.

Meses	Número de Pacientes
0 a 1	1615
1 a 2	708
2 a 3	319
3 a 4	172
4 a 6	128
6 a 12	97
12 a 24	24
+ de 24	14
Sem definição	403

Instigante é a análise do motivo da saída dos enfermos. Os índices mostram um percentual de 19,8% por “falecimento”. Há também 1,1% para “fuga” e 0,6% para os que se “ausentaram”. Somente 0,8% “saiu são”. Outros 23,5% saíram – sem, contudo, haver indicação de cura. Há um grande número de “despedidos” – termo do qual não foi possível precisar o significado. Ao que parece, podem ter sido liberados por razões diversas – melhora ou o não-pagamento dos custos. Nota-se que os índices de pacientes que “saíam” (sem indicação de cura) ou eram “despedidos” representavam 72,3%. Se relacionarmos o tempo de permanência na instituição (um mês) e o alto percentual de saída (sem indicação explícita de cura), poderíamos deduzir que a Santa Casa funcionava mais como um lugar de refúgio, em que as pessoas buscavam alívio para suas enfermidades. Isso poderia, ainda, ser explicado seja porque muitas doenças, à época, não tinham, de fato, cura, seja porque a Santa Casa não poderia arcar com os custos de um a longa estada para a realização do tratamento necessário.

Tabela IV – Motivo da saída.

Motivo da Saída	Representação Numérica	Representação %
Ausentou	21	0,6
Despedido	1698	48,8
Faleceu	690	19,8
Fugiu	38	1,1
Saiu são	28	0,8
Saiu	819	23,5
Sem definição	186	5,3

A Tabela V, que trata da idade do paciente, apresenta os seguintes dados: 44% dos enfermos estavam entre dez e 45 anos; 28% tinham mais de 45 anos e, em 26% dos registros, não constavam as anotações referentes à idade². Ao se levarem em conta esses números, a maioria dos internos se encontrava em idade produtiva, de acordo com

² Desidério da Silva Rodarte. *Plantas medicinais*. São João del-Rei [s/d]. (manuscrito).

o padrão definido pelos estudos demográficos, podendo indicar que as doenças eram contraídas pelas condições precárias de trabalho.

Tabela V – Idade do paciente.

Idade dos Pacientes	Representação Numérica	Representação %
de 0 a 9 anos	75	2,0
de 10 a 45 anos	1526	44,0
mais de 45 anos	961	28,0
Sem definição	918	26,0

Doenças

Um amplo e diverso espectro de doenças aparece registrado nas fontes documentais desde os tempos coloniais. Foi seguramente em função de uma política de povoamento, a partir dos séculos XVI e XVII, que as doenças epidêmicas, com alto poder mortífero e de fácil transmissão, se disseminavam. Algumas atravessariam os séculos e voltariam a atormentar a população, como a sífilis, a varíola, a febre amarela, entre outras. Nas Minas Gerais, especialmente nas áreas auríferas, onde o contato e o convívio eram bastante estreitos, muitas enfermidades grassaram sobre a população local. Os registros da Santa Casa de São João del-Rei não deixam dúvidas da incidência de uma gama dessas doenças.

Tabela VI – Doenças.

Doenças / Estado	Número de casos
Estado de enfermidade	529
Doença venérea	212
Doença do pulmão	181
Bouba	158
Doença do estômago	141
Doença do fígado	128
Disenteria	124
Hidropisia	116
Lepra	109
Loucura	107
Reumatismo	99
Herpes	76
Sarna	66
Hepatite	47
Elefantíase	45
Epilepsia	36
Pleurisia	35
Paralisia	34
Enterite	31
Escorbuto	30

10

As avaliações médicas apresentavam corriqueiramente um diagnóstico bastante genérico, limitando-se

apenas a relatar os sintomas, sugerido pelas anotações de “estado de enfermidade” (529 casos). No entanto, quando definiam com mais precisão as moléstias, eram as doenças venéreas (212) as que mais atormentavam os moradores na região. Salta aos olhos a grande incidência de sífilis, gonorréia e cancro – todos casos claramente diagnosticados nos internos da Santa Casa. Além disso, outras evidências na anamnésia, como “herpes venéreo”, “úlceras venéreas”, “feridas venéreas”, “sarna venérea”, “chagas venéreas”, “gomias venéreas” indicavam que o enfermo havia contraído ou manifestava sinais dessas enfermidades.

Causa de grande penúria era a sífilis amplamente registrada nos pareceres médicos da época. Não é aleatório que considerassem como a “mais difundida das doenças”, sendo tomada como o signo da permissividade que caracterizava os habitantes do país (Carrara, 2004, p. 432). Alguns autores sustentavam que tal doença provinha da África, trazida pelos escravos, outros atribuíam aos nativos americanos. Há ainda aqueles que a consideravam uma herança portuguesa, alastrada por todo o território através do intercuro sexual com índias e escravas (Ribeiro, 1971, p. 28). Como bem lembrou Russel-Wood, era a doença “da casa grande e senzala”; do fazendeiro e do escravo; da dona-de-casa, do soldado e do padre (Russel-Wood, 1981, p. 228). Tomando isso em conta, não causa surpresa o que se passou na Comarca do Rio das Mortes, região de estreito contato interétnico.

Merecem destaque, ainda, as doenças do pulmão (181), seguidas das boubas ou bubão (158), estômago (141), fígado (128), disenteria (124), hidropisia (116), lepra (109), loucura (107), reumatismo (99) e herpes (76).

Doença bastante corriqueira era a pulmonar – quase sempre diagnosticada pelo “catarro pulmonar” e/ou “inflamação no bofe”. Apareceram outras como tuberculose, pleurisia, tísico. Ministrava-se a planta “Grindelia”, mais conhecida como girassol silvestre, nos casos de bronquites crônicas e afecções catarrais ou ainda o “cipó chumbo para as moléstias do peito”³. Não é impensável que essas doenças se devessem muito mais às condições precárias em que os internos trabalhavam, como nas minas ou no trabalho duro das fazendas, do que propriamente a fatores médicos – situação agravada pela exposição à umidade das betas e ao sol nas plantações.

As referências às doenças do estômago geralmente são colocadas como “embaraço gástrico”, para o que recebiam as flores em infusão de “coração de Jesus ou erva sapo”. Popularmente aconselhava-se a erva tostão para as moléstias do fígado, sem contar com a “cepa de cavalo ou espinha de carneiro”.

³ Desidério da Silva Rodarte. *Plantas medicinais*. São João del-Rei [s/d]. (manuscrito).

Outra menção comum eram os relatos de disenteria. Havia, inclusive, razões diferentes para a doença: ora provinha de suores recolhidos e dos ventos do Mediterrâneo apanhados de súbito, ora do uso de frutos facilmente deteriorados e bebidas feculentas. Para os indígenas, a doença se manifestava devido ao uso do sal, já outros a consideravam como resultado de lesões hepáticas e intestinais (Ribeiro, 1971, p. 18). Para atenuar a hidropisia – acúmulo de líquido em cavidades do corpo – administrava-se “cainca, cipó cruz ou raiz preta”.

Casos de “loucura”, citados como “alienado com fúria”, “alienação mental”, “demente”, “muito débil”, foram mencionados. Em se tratando de paralisia, o “cipó de mil homens ou jarrinha”, raiz amplamente usada como contra-veneno, era adotado.

Era a lepra, seguramente, uma das moléstias que maior horror causava. Tinha-se alastrado por várias províncias, como Maranhão, Pernambuco, São Paulo, Rio de Janeiro, alarmando a população, que clamava ao poder público por providências urgentes. A política adotada foi a segregação dos doentes, procurando, com esse expediente, salvaguardar os não-infectados do contato. Destinaram, por essa razão, um lugar fora da cidade para o tratamento dos lázaros em várias províncias (Ribeiro, 1971, p. 29). O mesmo ocorreu em São João del-Rei. No lazareto da Santa Casa, os pacientes “anazário, lázaro e/ou morfético” eram submetidos a banhos sulfurosos, preparos arsênicos e à cauterização das feridas com “pedra infernal”.

Outra doença mencionada foi o “escorbuto” (30) que, por ser tão comum de se encontrar na população escrava, ficou conhecida como “Mal de Luanda” – “um belo exemplo do preconceito racial”, pois afinal já era conhecido muito tempo antes pelos marinheiros (Russel-Wood, 1981, p. 206-228). Ocorria, principalmente, devido às longas viagens marítimas em que os negros eram sujeitos a condições de falta de higiene e a uma dieta carente de vitamina C, frutas e carnes. Daí a incidência de a doença aumentar em decorrência do crescimento do tráfico, causando a morte de cerca de centenas de escravos após a travessia (Ribeiro, 1971, p. 26).

O prejuízo com a perda das “peças” promoveu o interesse pela busca da cura. O cirurgião baiano José Cardoso de Miranda, envolvido com o comércio de escravos, que também atuou em Minas, apresentou, em 1741, uma relação do “novo método para curar a infecção escorbútica”, em que descrevia o primeiro medicamento, baseado em uma composição de chá de ervas e de dieta de alimentos frescos, com carne de galinha, alface, alcachofra e beldroegas (Furtado, 2005, p. 90).

Há muitas outras enfermidades. A varíola, por exemplo, que foi uma das doenças mais devastadoras sobre toda a população desde o século XVI, esteve também

aqui presente, tendo ocorrido em dez casos. Não diferente ocorreu com a “dispepsia” (14), “cirro” (8), “apoplexia” (11), “astenia” (19), “cólera” (2), “impingem” (22), “hemiplegia” (15), “paraplegia” (7), “caquexia” (21), “hemoptise” (19), “ascite” (14) – todas doenças de que se ocuparam os médicos da Santa Casa.

Se for certo que os procedimentos médicos adotados no tratamento dos pacientes recorriam à importação de produtos da farmacopéia portuguesa, não se pode deixar de reconhecer que a flora medicinal local era a panacéia de todos os males. A “botica da natureza” – como Sérgio Buarque de Holanda cunhou o farto conhecimento etnobotânico transmitido pelos índios – foi objeto de grande interesse, desde o período colonial, pelos viajantes, administradores, boticários, naturalistas, comerciantes e largamente aplicada em Minas Gerais. Além do mais, havia uma grande circulação de conhecimentos, de maneira que muito do saber popular observado no Brasil acabou sendo sistematizado pelos intelectuais portugueses. Esses conhecimentos, por sua vez, desembocavam aqui, na sua forma erudita, por meio de tratados e livros médicos, norteando os tratamentos adotados. Neste “efeito bumerangue”, há uma inversão do lugar que América ocupou na produção do saber: passa a ser o epicentro de onde idéias novas irradiavam. (Furtado, 2005, p. 92).

E as práticas médicas bem demonstram isso. O arsenal de ervas, animais e minerais era quase sempre atrelado a um receituário variado, cujo preparo continha fórmulas extravagantes, administrado por meio de chás e licores, vinhos e xaropes, pós e extratos, emulsões e misturas, pílulas e porções, pomadas e injeções. No “Mapa das plantas do Brasil, suas virtudes, lugares em que florescem, extraído de ofícios de vários médicos e cirurgiões”, publicado em 1814, no jornal mineiro *Patriota*, encontramos uma listagem de plantas medicinais, acompanhada de sua descrição e os lugares em que eram encontradas (Ribeiro, 1971, p. 191).

Para as enfermidades que já citamos anteriormente, como as doenças venéreas, de acordo com o manual, aplicava-se “caroba”, cujas folhas, em cozimento ou em pó, “curavam o vírus venéreo bobático”. A erva “tostão” era cozida e usada em banhos contra a gonorréia. A “pitanga” era empregada para dores, fossem “reumáticas, gotosas ou venéreas”. No caso do reumatismo, mais propriamente se fazia um chá de folhas de “catinga de mulata” para banhos de imersão, desvanecendo as dores das articulações. Também usava-se o “guaiambé”, arbusto cujas folhas os índios empregavam no cozimento para as dores reumáticas.

Para os problemas pulmonares, o “cipó de chumbo”, planta parasita, era amplamente utilizado como expectorante. No final do século era ainda reeditado como “tônico leve” empregado “como anti-catarral e

antiheptóico” (Chernoviz, 1892). Administrava-se ainda “andorinha”, “em cozimento, bebido ou aplicado”, em clister, ou seja, uma injeção de lavagem no reto, para as diarreias e disenterias e nas afecções pleurísticas. As raízes do “fumo bravo” eram sudoríferas e se prestavam nos casos de “feridas podres e malignas”. A “jurupeba” ou “jerveva” era considerada como um dos mais poderosos diuréticos, sendo administrada sobre as secreções causadas pelo escorbuto. A raiz amarga do “pacari ou unha de anta chapada” era “tônica, útil na cólica e experimentada como remédio para deter os progressos da morfêia”.

A “bucha de paulista”, indicado nas “caquexias” – desnutrição profunda ou enfraquecimento geral – era aplicada em infusão em água fria como vomitório, para purgar a urina. Quanto aos tumores, se esfregavam as folhas do “taririqui” e sua raiz em cozimento para “desmanchá-los”. Para hidropisia e acistia, a raiz de “calumba ou caninana”, de sabor amargo, acre e cheiro nauseante, era um estimulante e poderoso “purgante drástico”.

As anotações dos livros referentes aos “Balanços da Botica da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, relativos aos anos de 1824 e 1826” também nos dão pistas preciosas sobre as prescrições médicas. Há várias plantas relacionadas, em diferentes arrobas, libras ou onças. Um rol de ervas é listado com suas propriedades como o “cravo da índia”, “noz moscada”, “casca de limão”, “canela”, “alfazema”, “valeriana silvestre”, “extratos de quina”, “flor de anil”, “açafão da índia”, “poaia”, “raiz de tostão, mezereão, calumba”, “flor de marcela”, “erva doce”, “flor de sabugueiro”, “cascas de romãs”, “hisopo erva”, “bagas de zimbro”, “aveia”, “cevada”.

Outras substâncias são inventariadas para a preparação dos medicamentos como “pílulas de ferro composto”, “óleo de linhaça”, “rubia tintorum”, “arsênico”, “água rosada”, “pós aromáticos”, “pomada de chumbo”, “ungüento mercurial”. Há evidências dos utensílios para a manipulação e conservação medicamentosa: “garrafas de boca larga”, “frascos pequenos”, “garrafas azuis redondas”, “louça da terra”, “panela de porcelana azul”, “27 vasos de diversas cores”, “6 garrafas de água da Inglaterra”, “2 almofariz (pilões) de vidro”, “1 funil”, “1 gral (travessa) de pedra pequeno”, “1 manga (filtro para líquidos)”, “1 tesoura para cortar ervas”, “2 espátulas de marfim”, “1 balança e 1 colher de prata”, “1 alambique (destilador) de cobre”⁵. Essa diversidade de cores, materiais e tamanhos dos vasilhames se explica pelo fato de que as substâncias químicas preparadas pelos boticários deveriam ser con-

servadas longe da luz, em lugares secos, fora do contato com o ar, para evitar o risco de deteriorização. Assim, para cada substância era destinado um determinado tipo de recipiente, com cores e tamanhos variados, visando ao acondicionamento e preservação do contato com o ar e luz (Abreu, 2005).

É difícil acompanhar os procedimentos na elaboração dos medicamentos, já que geralmente aparece apenas uma listagem das substâncias utilizadas, muito possivelmente para garantir o sigilo da fórmula. Esse é o caso do “Livro de Fórmulas diversas” da Santa Casa, onde encontramos uma receita de “pílulas antiboubáticas”, em que se recomendava a mistura de “óxido rubrico”, “proto-cloreto de mercúrio”, “extrato gomoso de ópio” e de “salsaparilha”⁶.

Tudo indica que diversas receitas – muitas das quais se perderam – circulavam e eram correntemente reeditadas durante os tratamentos. Tanto é que a cura das doenças venéreas continuou sendo objeto de grande interesse, a ponto de, na segunda metade do século XIX, os boticários ainda se debaterem na busca da cura deste mal. Entre eles, estava Desidério Nepomuceno da Silva Rodarte⁷, que atuou na Santa Casa de São João del-Rei de 1882 a 1896.

Em um de seus manuscritos, descreveu várias características de doença, propondo a composição e manipulação do medicamento. Anotava logo adiante as receitas contra as afeções – todas preparadas sob seu estrito domínio. Na parte em que abordou as doenças venéreas, definia a “blenorragia” como “purgação”, ou seja, “uma inflamação da membrana da mucosa dos órgãos genitais, caracterizada por um fluxo mucoso purulento, que procedia da uretra ou da vagina, disseminando a moléstia pelo contato”. O “cipó carijó ou caboclo”, numa clara referência ao legado indígena, era aconselhado nas inflamações dos testículos, feridas e úlceras. Para a gonorréia, a “cana do brejo, carrapicho de calça, erva de andorinha, a semente torrada de fedegoso e frutos da figueira do inferno” eram muitíssimo populares. Ainda recomendava dois tipos de tratamento: o primeiro, “antiphlogístico”, com administração de bebidas diluentes, todas em grande quantidade, tais como “as infusões de linhaça, cozimento de cevada, banhos de nitrato de potássio”; o segundo, “adstringente”, que, segundo ele, era preferível. Para esse último tratamento, prescrevia o “cozimento de jequitibá rosa, cascas de jabuticaba, carrapicho miúdo” e, no estado agudo, “aguardente alemã e tintura de beladona”, em duas doses a cada meia hora. Entre as incontáveis proezas, fabricou “água antivenérea” e “injeção anti-blenorrágica”⁸.

⁵ Arquivo da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei. Balanços da Botica da Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei relativos ao ano de 1824-1826. [1824-1826], p. 1-12.

⁶ Arquivo da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei. Livro Fórmulas Diversas. [s/d], p. 16.

⁷ As referências aqui colocadas são resultado da pesquisa, em curso, de Natália Cristina Silveira, intitulada “Farmacêutico Desidério da Silva Rodarte: interseções e articulações entre ciência e cultura na Comarca do Rio das Mortes (1881-1930)”.

⁸ Desidério da Silva Rodarte. *Manual de medicina prática*. São João del-Rei [1918]. (manuscrito). Ver também outro manuscrito, de sua autoria, intitulado *Plantas medicinais* [s/d].

Todas essas suas fórmulas extravagantes denunciam o quanto, à revelia de uma certa racionalidade científica, a produção dos “remédios secretos”, tão comuns no Brasil setecentista, ainda eram manipulados pelos boticários que detinham o domínio e conhecimento exclusivo de certas poções (Marques, 2003, p. 166).

Considerações finais

O objetivo principal deste artigo foi tentar compreender o exercício da prática médica ilustrada no início do século XIX. A partir das fontes históricas da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, vimos que uma gama considerável de doenças acometia indistintamente a população. Boa parte dos pacientes assistidos tinha um alívio temporário de suas enfermidades (se considerarmos o baixo percentual dos que saíram curados), dado provavelmente ao fato de serem submetidos ao tratamento por curto prazo de tempo (em geral, não extrapolando o primeiro mês), em função dos custos com a manutenção do interno.

Observamos que, a despeito da alta qualificação do corpo médico, a prescrição era a base da flora medicinal, combinada a fórmulas com substâncias exóticas, o que acabou por se configurar como uma “medicina tropical”. Isso sugere que a prática de curar no Brasil estava inserida num contexto cultural bastante amplo, enraizada em práticas e saberes populares mais que exclusivamente em um conhecimento científico e erudito. De fato, ao que tudo indica, os saberes populares e eruditos não eram tão estanques e isolados, mas circulavam, em via de mão dupla, e transitavam da América para a Europa, redimensionando a complexidade da construção do saber científico.

Se essas considerações dizem respeito à realidade da Santa Casa, em Minas Gerais, podem contribuir como mais um dado para as reflexões em curso sobre a história da medicina – remédio (ou panacéia) para o nosso desconhecimento sobre o tema.

Referências

- ALVARENGA, L. de M. 2005. *Efemérides da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei*. [texto digitalizado para edição do CD-ROM sobre a obra de Luiz de Melo Alvarenga, sob coordenação da Profa. Maria Leônia Chaves de Resende].
- ABREU, D.M. de. 2005. No interior das boticas da Comarca do Sabará na segunda metade do século XIX. In: X Seminário nacional da História da Medicina e da Tecnologia. *Anais...* Belo Horizonte, UFMG.
- BOSCHI, C.C. 1986. *Os leigos e o poder. Irmandades Leigas e Política Colonizadora em Minas*. São Paulo, Ática, 254 p.
- CARRARA, S. 2004. Estratégias Anticoloniais: síflis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. In: G. HOCHMAN e D. ARMUS (orgs.), *Cuidar, controlar, curar. Ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Fio Cruz, 427-453.
- CHERNOVIZ, P.L.N. 1892. *Formulário e guia médico contendo a descrição dos medicamentos, as doses, as moléstias em que são empregados as plantas medicinaes indígenas do Brasil, o compêndio alfabético das águas minerais, a escolha das melhores fórmulas, um memorial therapeutico e muitas informações uteis*. 15ª ed., Pariz, Livraria de A.Roger & F. Chernoviz.
- CINTRA, S. de O. 1982. *Efemérides de São João del-Rei*. Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 622 p.
- FERREIRA, M. dos S. 2000. *O projeto civilizatório e a medicina social em São João del-Rei (1839/1860)*. São João del-Rei, MG. Monografia. Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ.
- FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. 2004. A medicina no século XVIII em Minas Gerais: um balanço historiográfico (uma abordagem preliminar). In: XIV Encontro Regional de História da ANPUH-MG. *Anais...* Juiz de Fora, UFJF.
- FURTADO, J.F. 2005. Barbeiros, cirurgiões e médicos na Minas Colonial. *Revista do Arquivo Público Mineiro*, XLI:89-105.
- MARQUES, V.R.B. 2003. Medicinas secretas – magia e ciência no Brasil setecentista. In: S. CHALHOUB, *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas, Ed. Unicamp, p. 163-196.
- PIMENTA, T.S. 2003. Terapeutas Populares e Instituições Médicas na Primeira Metade do século XIX. In: S. CHALHOUB, *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas, Unicamp, p. 307-330.
- RESENDE, D.C. 1996. *Roda dos Expostos um Caminho para a Infância Abandonada*. São João del-Rei, MG. Monografia. Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ.
- RESENDE, Maria Leônia Chaves de. Minas dos Cataguases: Entradas e Bandeiras nos sertões de Eldorado. *Vária História*. Belo Horizonte: FAFCH/UFMG, n.33, 2005, p.186-202.
- RIBEIRO, L. 1971. *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro, Ed. GB, 211 p.
- RUSSEL-WOOD, A.J.R. 1981. *Fidalgos e filantropos: A Santa Casa de Misericórdia da Bahia (1550/1755)*. Brasília, Ed. UNB, 285 p.
- SABINO, T.R.C.M. 1998. *O revés do abandono (Escravos velhos em São João del-Rei: 1850 a 1880)*. São João del-Rei, MG. Monografia. Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ.

Fontes primárias

- ASC (Arquivo da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei). 1824-1826. Balanço da botica da Santa Casa da Misericórdia.
- ASC. Livro de Fórmulas Várias. s/d
- ASC. Livro de Entrada e saída de pacientes da Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei (1817-1838).
- AF (Arquivo da Família). Desidério da Silva Rodarte. *Plantas medicinais*. São João del-Rei [s/d]. (manuscrito).
- AF. Desidério da Silva Rodarte. 1918. *Manual de medicina prática*. São João del-Rei. (manuscrito).