



AS MISERICÓRDIAS

das duas margens do Atlântico: Portugal e Brasil (séculos XV-XX)

||||| Maria Marta Lobo de Araújo (org.)



Carlini Caniato
editorial

© Maria Marta Lobo de Araújo (Org.), 2009

Todos os direitos reservados.
Proibida a reprodução de partes ou do todo desta obra sem autorização expressa da Editora (art. 184 do Código Penal e Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

As Misericórdias das duas margens do Atlântico :
Portugal/Brasil (séculos XV-XX) / Maria Marta
Lobo de Araújo (org.). — Cuiabá, MT : Carlini &
Caniato, 2009.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-99146-08-2

1. Santa Casa de Misericórdia - Brasil -
História 2. Santa Casa de Misericórdia - Portugal
- História I. Araújo, Maria Marta Lobo de

09-02572 CDD-362.110981
-362.1109469

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Santa Casa de Misericórdia :
História 362.110981
2. Portugal : Santa Casa de Misericórdia :
História 362.1109469

Editores

Elaine Caniato
Ramon Carlini

Conselho Consultivo

Prof.ª Dra. Anna Maria Ribeiro Fernandes Moreira da Costa
Prof. Dr. Ernesto Cerveira de Sena
Prof. Dr. Fernando Tadeu de Miranda Borges
Prof. Dr. João Carlos Barrozo
Prof.ª Dra. Leny Caselli Arzai
Prof.ª Dra. Maria Aderir Peraro

Capa

Rosalina Taques

Projeto Gráfico e Edição Eletrônica

Ramon Carlini

Revisão

Doralice de Fátima Jacomazi



Carlini & Caniato Editorial (nome fantasia da Editora Tanta Tinta Ltda.)
Rua Nossa Senhora de Santana, 139 - sl. 3 - Goiabeira
78.020-610 - Cuiabá-MT - (65) 3023-5714
www.tantatinta.com.br/carliniecaniato

Sumário

Introdução	7
O papel das Misericórdias na sociedade portuguesa de Antigo Regime Laurinda Abreu	13
Notas sobre a Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica durante o século XVIII Renato J. Franco	41
Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso das práticas médicas nas Minas Gerais oitocentista Maria Leônia Chaves de Resende / Natália da Silveira	67
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, sociabilidade e poder Mariana Ferreira de Melo	93
<i>Entre dois Impérios: a Santa Casa da Misericórdia e as "Rodas dos expostos" no Brasil</i> Renato Venâncio	121
Um percurso de 250 anos: as Misericórdias portuguesas de 1750 a 2000 Maria Antônia Lopes	151
Entre a terra e o mar: o cunho oceânico da Misericórdia de Viana da Foz do Lima (séculos XVI-XVIII) Antônio Magalhães	195
<i>Os brasileiros nas Misericórdias do Minho</i> (séculos XVII-XVIII) Maria Marta Lobo de Araújo	229

- 74 Ver, dentre outros, BARRY, Jonathan, JONES, Colin (ed.) – *Medicine and Charity before the Welfare State*. Routledge: London, 1994.
- 75 SOUZA, Laura de Mello e – *Desclassificados do ouro...*; SCHWARTZ, Stuart – *Brazilian emogenesis*: mestiços, mamelucos e pardos. In: GRUZINSKI, Serge; WACHTEL, Nathan (orgs.). – *Le nouveau monde – Mondes nouveaux*. L'expérience américaine. Paris: ERC/ADPF, 1996. p. 07-27; LARA, Sílvia Hunold – *Fragmentos setecentistas*: escravidão, cultura e poder na América Portuguesa. Livre Docência História do Brasil/Unicamp, 2004. p. 141-190.

Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso das práticas médicas nas Minas Gerais oitocentista*.

Maria Leônia Chaves de Resende

(Docente da Universidade Federal de São João del-Rei - Brasil)

Natália da Silveira

(Investigadora-Brasil)

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 elas 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 foi incumbida fundamentalmente de obras sociais, particularmente, na área da saúde e guardavam, por essa razão, significado especial para a população local¹. Ainda que atendesse a todos, sem distinção de classe, cor ou credo, tinha como sua função primeira socorrer os 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

Este texto foi publicado conjuntamente com Natália Cristina Silveira, em uma versão resumida, com o título Misericórdias da Santa Casa: um estudo de caso da prática médica nas Minas Gerais oitocentista. In: *Dossiê história, saúde e poder*, História Unisinos. São Leopoldo: Univ.Vale dos Sinos, vol.4, n.2, jul./dez. 2005, p. 5-13.

expostas, órfãos, alienados, de assistir os prisioneiros, lazarentos e ainda se incumbia de sepultar os mortos².

A Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, fundada com o propósito de atender os enfermos carentes da Vila, em 1783, não fugiu a essa vocação, cumprindo esse mesmo papel³. De fato, até 1819, apenas acolhia os doentes pobres e, em 1831, a atribuição de amparar os miseráveis era reafirmada por ocasião da visita do Conselho Geral que recomendou, com veemência, a concessão de recursos financeiros para que essa continuasse a prestar socorros à “desvalida humanidade”⁴.

E não eram poucos os desvalidos na comarca. Ao encargo da Santa Casa 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 uma de suas funções. Por essa razão, a Câmara Municipal de São João del-Rei, em ofício ao Imperador, requeria para que essa missão fosse transferida a essa instituição. Pouco tempo depois, no ano de 1831, a Santa Casa assumia tal compromisso, tendo a Câmara Municipal se comprometido a pagar 600 réis a cada trimestre. Em outubro de 1832, finalmente, a incumbência passou à Santa Casa⁵.

Sob seu patrocínio 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”. Em 1838, a construção de um novo estabelecimento foi autorizada, onde funcionou até o primeiro quartel do século, ocasião em que se tomou a decisão de demolir as celas, para a construção do Pavimento Almeida Magalhães⁶.

Nos fundos do mesmo prédio, um lazareto foi erguido. Acolheu os leprosos até julho de 1881, quando a mesa administrativa

pôs abaixo a construção, usando para isso duas justificativas: a primeira em função das condições do lugar, considerado impróprio, pois era úmido e insalubre já que era à beira do rio Lenheiro; a segunda referia-se ao valor econômico do terreno que teve seu valor triplicado por estar próximo à linha férrea. Ao desocupá-lo, a Santa Casa poderia lucrar, em aluguéis e arrendamento⁷.

Os presos também eram uma incumbência da Santa Casa. 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.

Perante a tantas obrigações sociais, era de se esperar uma estrutura econômica para sustentar esses encargos e responsabilidades. Por isso mesmo, para custear tais despesas, a Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, não diferente das demais instaladas no Brasil, dependia de doações para garantir sua sobrevivência e funcionamento. Entre os donativos, encontram-se imóveis, dinheiro e, inclusive, escravos. Não foram incomuns títulos de liberdade a escravos, que passavam para a alçada da Santa Casa⁸. Contava para esse fim com uma rede de esmoleres, que pediam doações para o seu sustento, prerrogativa concedida às Misericórdias como fonte de arrecadação de quaisquer recursos financeiros. Esses pedintes ou mendicantes, que em princípio deveriam ser escolhidos entre as pessoas de boa índole, atuavam em nome da instituição e, em recompensa por seus serviços, recebiam, além do reconhecimento social, alguns outros benefícios, como a dispensa ao recrutamento de milícia. Obviamente, tinham a responsabilidade de prestar contas à Santa Casa da quantia que embolsavam em prol da irmandade cujo direito deveria ser autorizado exclusivamente pela

Coroa por Carta Régia. Temos notícias de que para lograr esse intento, o Dr. José Cezário de Miranda Ribeiro, juiz de fora da comarca do Rio das Mortes e provedor da Santa Casa, pediu autorização para que Marcos de Souza Magalhães pudesse atuar como pedinte na Capela de Nossa Senhora da Penha de França da Lage, hoje Resende Costa, em benefício da Santa Casa⁹.

Visando à arrecadação de fundos para suprir o tratamento dos pobres, a Santa Casa passou a cobrar de alguns doentes considerados “pensionistas”. Essa resolução foi tomada em agosto de 1819, quando a partir de então era cobrado dos internos um valor em torno de trezentos réis por dia. Outro recurso utilizado foram as loterias, bilhetes premiados que D. Pedro concedeu à Santa Casa de Misericórdia para apoiar suas atividades assistencialistas aos pobres da comarca¹⁰.

Além do mais, no quadro administrativo da irmandade da Misericórdia estavam aqueles que poderiam dispor de recursos financeiros para a prática do assistencialismo, principalmente aquele que ocupasse o cargo de provedor. Com o reconhecimento da Coroa Portuguesa da importância das Santas Casas, os abastados passaram a ver nelas a oportunidade de adquirir status e prestígios sociais. Além disso, como as Santas Casas desempenhavam cargos que deveriam ser do Estado ou do município, há quem julgue que a irmandade passou a ter um “caráter semi-estatal”¹¹. E, naturalmente, por isso, muitos se interessavam por uma posição de destaque na Mesa administrativa da irmandade.

Para regular seu funcionamento, a Santa Casa dispunha de um regimento interno, aprovado em 1826. Contando com 25 títulos e 252 artigos, contemplava as mais diversas atividades: abordava da administração à composição dos membros da Mesa administrativa, com suas atribuições, dos bens e patrimônio como móveis, roupas, utensílios; dos encargos dos emprega-

dos, capelão, médicos-cirurgiões, enfermeiro e da enfermeira; boticário; sacristão, escrivão do hospital; e, por fim, dos serviços de cozinha, lavanderia e dietas. Nesse regimento, não há referência específica à figura do administrador, uma vez que este cargo só foi criado em 1841. De 1817 a 1841, a administração ficou a cargo do mordomo-mor, que tinha como função a inspeção sobre enfermeiros e enfermeiras. Foi somente em 1846 que a Mesa Administrativa regulamentou o artigo 12 do Regimento, que tratava das competências do administrador. E o primeiro administrador nomeado foi Francisco de Assis Braga, que percebia a remuneração anual de trezentos réis pagos a cada trimestre¹².

Seguramente foi a partir desta regulamentação que se pôde acompanhar mais de perto o desempenho de seus administradores. Dentre eles se destacou a figura de Martiniano Simões de Almeida, acusado de ter desviado dinheiro da instituição, conforme processo-crime aberto para apurar o fato de ter “defraudado os dinheiros da casa”¹³. Como se pode aferir pelos relatos do processo, nem sempre os recursos destinados à assistência da Santa Casa chegavam ao seu destino final... A despeito disso, a Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, mesmo passando por problemas financeiros e administrativos, nunca fechou suas portas desde sua fundação, tendo papel fundamental e decisivo na assistência aos enfermos.

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 – era pautado 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 prevenção¹⁴. 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, 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 à 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 a ofício sem o devido credenciamento. Mesmo com a imposição de multas ou prisões, era impossível se controlar essas práticas, devido ao vasto território e a falta de pessoal para exercer a fiscalização. Muitas vezes, curandeiros e sangradores 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 reguladora¹⁵. Em contrapartida, o que então 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 na prática, levando em conta as informações sobre os pacientes, doenças e tratamento aplicado nas primeiras décadas do século XIX.

Doentes

Ainda que Russel-Wood considerasse difícil analisar o perfil dos pacientes da Santa Casa, por causa da falta de provas documentais¹⁶, recorremos ao “Livro de Entrada e Saída de Pacientes”, no período de 1817-1838, escrito por Manoel Inácio de Mello Soares, em que constam 3.480 registros de pacientes com vários dados relevantes: 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 em que foram tabulados diversos quadros¹⁷. Nosso propósito foi mapear o perfil desses internos, tendo como elementos de análise a cor do paciente (Quadro I), origem étnica (Quadro II), período de internação (Quadro III), motivo da saída (Quadro IV), idade (Quadro V), bem como examinar a conduta médica no tratamento dos enfermos sob seus cuidados.

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 reduzido número de internos índios, mesti-

bre 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 preliminares¹⁸. 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.

Quadro 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 (Quadro IV). 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 ao 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 “saíram” (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 uma longa estada para a realização do tratamento necessário.

Quadro IV - Motivo da Saída

Motivo da Saída	Representação Numérica	Representação %
Ausentou-se	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

O Quadro V, que trata da idade do paciente, apresenta os seguintes dados: 44% dos enfermos estavam entre 10 e 45 anos; 28% tinham mais de 45 anos e, em 26% dos registros, não constavam as anotações referentes à idade¹⁹. Ao se levarem em conta esses números, a maioria dos internos se encontrava em idade produtiva, de acordo com o padrão definido pelos estudos demográficos, podendo indicar que as doenças eram contraídas pelas condições precárias de trabalho.

Quadro 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 no período colonial. 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.

Quadro 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

Doenças / Estado	Número de casos
Lepra	109
Loucura	107
Reumatismo	99
Herpes	76
Sarna	66
Hepatite	47
Elefantíase	45
Epilepsia	36
Pleurisia	35
Paralisia	34
Enterite	31
Escorbuto	30

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”, “gomos 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 país²⁰. 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 escravas²¹. 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 padre²². 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 houbas 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. 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. 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 moléstia do peito”.

As referências às doenças do estômago geralmente são colocadas como “embaraço gástrico”, para o que receitavam 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”.

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 sú-

bito, 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 intestinais²³. 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 adotado²⁴.

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, salvar os não-infectados do contato. Destinaram, por essa razão, um lugar fora da cidade para o tratamento dos lázaros em várias províncias²⁵. O mesmo ocorreu em São João del-Rei. No lazareto da Santa Casa, os pacientes “anazário, lázaro e/ou motfético” 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 conhecida muito tempo antes pelos marinheiros²⁶. 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 cente-

nas de escravos após a travessia²⁷. 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 beldroegas²⁸.

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 10 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 ocupou a Santa Casa.

Botica tropical: plantas e medicina indígenas

A segunda metade do século XVIII foi, por excelência, uma época de exploração. Cartógrafos, engenheiros, médicos, cirurgiões, matemáticos, naturalistas, botânicos e sertanistas envidaram esforços em nome da renovação do conhecimento científico e cultural, promovido e financiado pela Coroa portuguesa. Criava-se, assim, uma “rede de informações sobre as potencialidades econômicas dos territórios administrados pela Coroa portuguesa”, tendo como principal foco o Brasil²⁹.

Uma série de expedições científicas devassaria os domínios de ultramar, especialmente na segunda metade do século XVIII, quando a necessidade de se conhecer a dimensão territorial da colônia, ante o embate diplomático entre as monarquias ibéricas, lançou várias viagens e produziram-se outras tantas memó-

rias. Homens de diversas formações e exercendo as mais variadas funções produziram todo tipo de relato, carta, memórias, relações, dando a conhecer diversos assuntos sobre a colônia. A extensão desses tentáculos metropolitanos acabou alcançando os mais recônditos lugares.

No caso de Minas Gerais, o temor do extravio do ouro e de pedras preciosas fez com que o governo redobrasse suas atenções, palmilhando o território minuciosamente. Funcionários régios, viajantes e alguns militares ou participantes das renomadas expedições, conhecidas como entradas e bandeiras, para além de devassarem todo o interior à cata das riquezas mineiras, ainda informavam sobre outras preciosidades da terra. Guiados por nativos, coletavam amostras da fauna e flora e, como emissários da Coroa, enviavam-nas às diversas instituições como para o Jardim botânico ou para o Hospital Real Militar de Lisboa, onde eram analisados, aclimatadas em horto, visando sua utilização na agricultura, comércio e farmácia. De fato todo esse empenho de colecionar e estudar essas “riquezas do mundo” justificava-se pelo potencial econômico de se abastecer os mercados europeus com esses produtos³⁰.

A prática de se inventariar as plantas e seus atributos passa a ser corriqueira à época. Instruções detalhadas eram emanadas da Academia de Ciências de Lisboa para informar sobre os métodos técnicos da colheita, guarda e remessa botânica, todas prescrições que foram criteriosamente observadas e repassadas por Luis José de Godois Torres, físico-mor das tropas, quando fez suas recomendações sobre o procedimento na colheita das plantas medicinais em Minas Gerais³¹. Explicava que apenas a raiz principal ou a parte perpendicular deveria ser arrancada em maio, tirada de árvores ou arbustos de meia idade, separando-se as raízes menores e fibrosas. As raízes carnosas seriam corta-

das em telhadas e secadas ao sol ou a forno brando, o que se devia se praticar com as outras partes da planta. Nos linhos, o mesmo deveria ser observado sobre o modo e o período de poda bem como o modo de secagem. As cascas resinosas seriam tiradas de agosto até setembro e as restantes de março a julho. As plantas herbáceas, isto é, de pouca duração, deveriam ser colhidas quando as flores desabrochassem, exceto as que tivessem as folhas duras, como a “Hicoria”, que se deviam colher antes da florescência. Já suas folhas, logo após a florescência, mas antes que a planta amadurecesse. Os frutos seriam colhidos quando estivessem próximos a sua maturação. Das sementes bem maduras elegiam-se as grossas, bem nutridas, inteiras, cheirosas e de sabor forte. Tudo, enfim, deveria ser remetido bem acondicionado em caixas com pintas, ou seja, marcadas, bem tapadas externamente com tiras de pano coladas com alcatrão e dentro das mesmas caixas se colocavam pedacinhos de alcanfor embrulhados em papel e espalhados entre os produtos.

As informações sobre as propriedades terapêuticas ou outra função das plantas e as indicações dos lugares onde se encontravam eram prestadas via de regra pelos nativos. Em 1807, João Gomes da Silveira Mendonça informava ao Visconde de Anadia, João Rodrigues de Sá e Melo, a relação de sementes de plantas indígenas que recolhera em Minas Gerais e que enviara à Corte, por ordem do governador. Comentava que os índios eram “mais industriosos a este respeito”, reconhecendo neles os melhores informantes capazes de revelar a aplicação e uso de plantas exóticas na agricultura, farmácia, medicina, indústria – afinal, sentido e objetivo maior dos interesses metropolitanos³².

Naquele mesmo ano, Caetano José Cardoso, cirurgião-mor, apresentava uma “Lista de várias plantas e seus produtos medicinais indígenas da Capitania de Minas Gerais” com o nome de

cerca de 40 de plantas e sua aplicação³³. Só para se ter uma idéia da diversidade e variedade de propriedade das plantas, Cardoso atestava que o cravo de Minas era “acreditada em todo o sertão” por se prestar à cura das “febres podres e malignas”. Usava-se não só como antifebril como também para dissipar cólicas, administrando-se em pó diluído a qualquer infusão. Poderia custar cada libra “80” réis depois de seca. Outra era a Almecega (*Amyris elemifera*), uma resina que naturalmente ou por incisão se retirava de certas árvores muito abundantes no sertão do rio Doce e matas do rio de S. Francisco. De sua goma produzia-se um bálsamo e outros emplastos terapêuticos. Já do cozimento das folhas da Caroba (*Bignonia chelonoides*) produzia-se uma bebida amarga considerada “remédio geral de todo o sertão para o vírus venéreo boubático”. Do pó das mesmas folhas se curavam as chagas, pois tinham a propriedade de desinfetar e cicatrizar tais lesões. Cada arroba era estimada em 10 mil réis. Para ele, todas estas plantas e seus produtos podiam ser adquiridos com muita facilidade e economia, bastando que se encarregassem os Comandantes dos Destacamentos de Indaya, Abaeté, Paracatu e aos das divisões do rio Doce, a tarefa de mandarem fazer a colheita. Todas essas plantas, cujo conhecimento das propriedades era repassado pelos nativos, eram frequentemente despachadas para Portugal, como atesta um recibo da remessa de sementes e sua descrição, feita por João Felipe da Fonseca, em 1807, ao Dr. Dominico Vandeli, depositadas no Jardim Botânico de Lisboa³⁴.

Justamente pelo seu valor econômico e médico, as informações enviadas a Lisboa eram bem recompensadas. Francisco Xavier Machado, capitão do Regimento Regular da Cavalaria de Minas Gerais, solicitava, em 1800, soldo dobrado, todas as honras, privilégios e liberdade e isenções pela diligência aos dilata-

dos sertões, em 1790. Afinal, havia percorrido 350 léguas, em 18 dias, passando por sertões e desertos, expondo-se a muitos perigos, trabalhos imensos, penando fome, sede e o calor do sol ardente, padecendo de doença que lhe deixou em convalescência por seis meses, e, por isso, obrigado a contrair dívida para se tratar. O objetivo de sua diligência era conduzir a importante e “avultada” remessa de mineralogia e botânica que entregara na Corte³⁵. Assim, dos sertões de Minas, seguiriam dezenas de canastras com carregamentos de amostras de espécimes medicinais que alimentavam o intento da Coroa³⁶.

Portanto, se é 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 também foi recurso decisivo. A “botica da natureza” – como Sérgio Buarque de Holanda cunhou o farto conhecimento etnobotânico transmitido pelos índios³⁷ – não foi só objeto de grande interesse pelos viajantes, administradores, boticários, naturalistas, comerciantes, mas também sistematizado e circulou na forma de tratados e compêndios de medicina, como os produzidos por Luís Gomes Ferreira, João Cardoso de Miranda e José Antônio Mendes. Foi também largamente aplicado como bem demonstra a prática médica. Afinal, todo um arsenal de ervas, animais e minerais estava atrelado a um receituário variado, cujo preparo continha fórmulas extravagantes, administrados por meio de chás e licores, xaropes, pós e extratos, emulsões e misturas, pílulas e porções, pomadas e injeções eram recursos corriqueiros em Minas Gerais.

Evidência disso é o “Mapa das plantas do Brasil, suas virtudes, lugares em que florescem, extraído de ofícios de vários médicos e cirurgiões”, cuja listagem de plantas medicinais, acompanhada de sua descrição e os lugares em que eram en-

contradas, foi publicada em 1814, no jornal mineiro *Patriota*,³⁸ Para algumas enfermidades, como as doenças venéreas, de acordo com esse 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”³⁹. 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 morféia”.

A “bucha de paulista”, indicada 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 acístia, a raiz de “calumba ou caninana”, de sabor amargo, acre e cheiro nauseante, era um estimulante e poderoso “purgante drástico”.

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 foi sempre 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 Rodarte, que atuou na Santa Casa de São João del-Rei. Em um de seus manuscritos, descreveu várias características de doença, propondo a composição e manipulação do medicamento ainda que seja difícil acompanhar os procedimentos, já que aparece apenas uma listagem das substâncias utilizadas, muito possivelmente para garantir o sigilo da fórmula. Mesmo assim anotava logo adiante da afecção – o uso apropriado das ervas, todas preparadas sob seu estrito domínio. 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 anti-venérea” e “injeção anti-blenorrágica”⁴⁰.

Todas as fórmulas e usos de ervas denunciam o quanto, à revelia de uma certa racionalidade científica, a prática médica acabava se baseando em muito no conhecimento nativo que, por meio de uma rota transatlântica, acabou aportando em terras lusitanas. Nes-

se “efeito bumerangue”, a América deveria ocupar, então, um outro lugar no estatuto da produção do saber: deveria ser tomada como o epicentro de onde novos conhecimentos irradiaram⁴¹.

Considerações finais

O objetivo principal deste texto foi tentar compreender o exercício da prática médica no início do século XIX, a partir das fontes históricas da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, que registraram uma gama considerável de doenças que acometiam 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 ao fato de serem submetidos a um tratamento por curto prazo de tempo (em geral, não extrapolando o primeiro mês), provavelmente em função dos custos com a manutenção do interno.

Constatamos que a prescrição do boticário da Santa Casa era em boa medida à base da flora medicinal, combinada a fórmulas com substâncias exóticas, o que acabou por se configurar em 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 do Brasil para Portugal, 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 papel que o saber nativo teve na prática médica no Brasil – e por que também não – em Portugal.

Notas

- 1 BOSCHI, Caio César - *Os leigos e o poder*. Irmandades Leigas e Política Colonizadora em Minas São Paulo: Ática, 1986, p. 12.
- 2 RUSSEL-WOOD, A. J. R., - *Fidalgos e filantropos*: A Santa Casa de Misericórdia da Bahia (1550/1755). Brasília: Ed. UNB, 1981.
- 3 Arquivo Histórico Ultramarino (doravante AHU), 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 AHU, 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 Santa Casa de Ouro Preto (1738), Sabará (1787) e Diamantina (1790).
- 4 ALVARENGA, Luiz de Melo - *Efemérides da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei*. 2005. p. 122, 134. (texto digitalizado para edição do CD-ROM sobre a obra de Luiz de Melo Alvarenga, sob coordenação da Profa. Maria Leônia Chaves de Resende).
- 5 RESENDE, Diana Campos - *Roda dos Expostos um Caminho para a Infância Abandonada*. São João del-Rei: 1996, p. 17. (Monografia. Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ).
- 6 RIBEIRO, Lorival - *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro: Ed. GB, 1971, p. 56.
- 7 ALVARENGA, Luiz de Melo - *Efemérides da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei*. 2005. p.140.
- 8 SABINO, Tereza Raquel Coimbra Magalhães - *O Revés do Abandono*. Escravos velhos em São João del-Rei (1850-1880). Monografia de Final de curso da pós-graduação em História de Minas (séculos XVII-XIX). Universidade Federal de São João del-Rei. 1998. p. 21-22.
- 9 ASC (Arquivo da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei). Carta enviada pelo Tesoureiro da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei a S. M. I D. Pedro I, pedindo permissão para que Marcos de Souza Magalhães passe a esmolar em nome da Santa Casa na Capela de N. S. da Penha de França da Lage, da freguesia de São José.
- 10 ALVARENGA, Luiz de Melo - Op. cit., p. 184.
- 11 BOSCHI, Caio César - Op. cit., p. 66.
- 12 ALVARENGA, Luiz de Melo - Op. cit., p. 139.
- 13 Arquivo do Museu Regional de São João del-Rei, Processo-crime Martiniano Simões de Almeida, 08-09.
- 14 RIBEIRO, Lorival - *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro: Ed. GB. 1971. p. 91.
- 15 PIMENTA, Tânia Salgado - *Terapeutas Populares e Instituições Médicas na Primeira Metade do século XIX*, In: CHALHOUB, Sidney - *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003. p. 309.
- 16 RUSSEL-WOOD - Op. cit., p. 221.
- 17 Algumas ressalvas são necessárias em função da natureza das fontes primárias, que dificultaram a padronização a que nos propusemos. Assim, em relação ao Quadro 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, no Quadro 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. Afinal, a enfermidade é também parte de um processo histórico-cultural que tem características materiais e biológicas e que conta com elementos de construção social. A presença da enfermidade, a etiologia, sintomatologia, os agentes causais, o tratamento, os prognósticos são fatores relevantes pra compreender a ideia da sociedade. Sobre o Quadro 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 quando era evidente a dedução. Por exemplo, os estrangeiros de procedência europeia foram rotulados como livres e brancos. Outro elemento complicador na análise diz respeito ao Quadro 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: "saíu curado". Havia ainda a menção "saíu", sem definir com precisão o que, de fato, implicava. Assim, neste quadro, respeitamos as categorias usadas pelo escritor: ausentou, despedido, faleceu, fugiu, saíu são, saíu. Quando não houve qualquer registro, optamos por fazer a indicação s/d (sem definição). A despeito de tais limitações dos dados e atentos às distorções que essa imprecisão poderia acarretar, entendemos que, ainda assim, foi possível chegar a um bom termo.
- 18 SABINO, Tereza Raquel Coimbra Magalhães - *O Revés do Abandono*. Escravos velhos em São João del-Rei (1850-1880)..., p. 24.
- 19 Desidério da Silva RODARTE - *Plantas medicinais* São João del-Rei ls/dl. (manuscrito).
- 20 CARRARA, Sérgio - *Estratégias Anticolônias: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras*. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego (org.). *Cuidar, controlar, curar*. Ensaio histórico sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro, Rio Cruz, 2004. p. 432.
- 21 RIBEIRO, op. cit., p. 28.
- 22 RUSSEL-WOOD - Op. cit., p. 228.
- 23 RIBEIRO, op. cit., p. 18.
- 24 Esta erva era amplamente usada pelo Brasil. Era usada no Pará "ralada e dada a beber em suficiente quantidade, era evidente remédio para todos os tipos de cãibras e outras moléstias ainda que fossem inflamatórias". *Plantas do sertão do Grão-Pará*, por João Pedro Ribeiro. Academia de Ciências de Lisboa, Série Azul, Ms. 627. Lisboa.
- 25 RIBEIRO, op. cit., p. 29.

- 26 RUSSEL-WOOD, op. cit., p. 206, 228.
- 27 RIBEIRO, op. cit., p. 26.
- 28 FURTADO, Júnia Ferreira. Barbeiros - Cirurgiões e médicos na Minas Colonial. *Revista do Arquivo Público Mineiro*, Ano XXI, 6-12, 2005, p. 0.
- 29 Ângela Domingues. Para um melhor conhecimento dos domínios coloniais: a constituição da rede de informação no império português em finais do Setecentos. *História, Ciência e Saúde*. Manguinhos. Vol.VIII (suplemento), 823-38, 2001.
- 30 Dentre outros, o Capitão da Companhia de Infantaria Auxiliar dos Homens Pardos José Gervásio de Souza Lobo (1758-1806) "auxiliou oficialmente o padre e professor Joaquim Veloso de Miranda ao fazer desenhos de plantas para serem enviados ao Horto Real de Lisboa".
- 31 BN (Biblioteca Nacional), SM (Seção de manuscritos), Documentos sobre a Capitania de Minas Gerais, S.1. (1810 - 1814), Documento n. 113, "Preceitos que se devem guardar na colheita das Plantas Medicinais que se haverem de tirar nesta Capitania".
- 32 AHU, n. 3.344, cx. 183, doc.7. 33 BN, SM, Documentos sobre a Capitania de Minas Gerais, S.1.,(1810 - 1814), Documento, n. 115, "Lista de varias plantas e seus produtos e Medicinais Indígenas da Capitania de Minas Gerais".
- 34 No Museu Bocage, computei 63 indicações de remessas botânicas vindas de todas as partes do Brasil. A título de exemplo, ver Museu Nacional de História Natural, Museu Bocage, Catálogo de Remessas, 5.2 - MB (Museu Bocage), Re (Remessa), N. 564, [1781] - Relação das ervas medicinais do Rio de Janeiro com indicação de seus préstimos, por Francisco Dias Carneiro. III: 5,5 - MB, Re, n. 567, [1783] - Relação do envio da capitania do Ceará Grande de madeiras, pedras, açúcar e objetos de uso em 5 caixotes, 6fls.: 5,20 - MB, Re, n. 583, [1788] - Abecedário de várias ervas, raízes e frutos medicinais produzidos no Brasil, cidade da Paraíba do Norte e sua comarca das quais usam os nacionais nos seus curativos*, com 3 caixas pertencentes a esta relação, 16 fls.
- 35 AHU, n.11.761, cx. 163, doc.2.
- 36 Muitas outras informações foram enviadas como o manuscrito da "descrição florestal de 158 árvores que crescem no sertão do Abaeté" que o Barão de Exchevege copiou e ofereceu, em 1819, à Real Academia da Ciências, chamando a atenção para o fato de no original constar os desenhos das folhas da coleção das madeiras, depositadas no real Museu do Rio de Janeiro. Academia de Ciências de Lisboa, Ms. 1554.
- 37 HOLANDA, Sergio Buarque de - A botica da natureza. In: *Caminhos e Fronteiras*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 74-89.
- 38 RIBEIRO, op. cit., p. 191.
- 39 CHERNOVIZ, Luiz Napoleão Chernoviz - Formulário e guia médico contendo a descrição dos medicamentos, as doses, as moléstias em que são empregados as plantas medicinais indígenas do Brasil, o compendio alfabético das águas minerais, a escolha das melhores formulas, um memorial therapeutico e muitas informações uteis. Paris: Livraria de A.Roger & P. Chernoviz, 15ª edição, 1892.
- 40 Desidério da Silva Rodante. *Manual de medicina prática*. São João del-Rei [1918]. (manuscrito). Ver também outro manuscrito, de sua autoria, intitulado *Plantas medicinais* [s/d].
- 41 FURTADO, Júnia Ferreira. Barbeiros - Cirurgiões e médicos na Minas Colonial..., p. 92.

Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, sociabilidade e poder

Mariana Ferreira de Melo

(Docente do Centro Universitário da Cidade (Univercidade), Rio de Janeiro - Brasil)

A irmandade da Misericórdia, fundada em Lisboa a 15 de agosto de 1498, foi uma das principais instituições do mundo português moderno. Sua presença marcou a colonização portuguesa nos seus mais diversos domínios no ultramar, no Oriente, na África e na América. A instituição tem suas raízes na tradição medieval de confrarias e associações leigas voltadas para a prática da caridade, através da prestação de assistência material e espiritual a seus membros, familiares, e aos cristãos necessitados. A fundação da Misericórdia de Lisboa insere-se, no entanto, no processo de remodelação, centralização e laicização das instituições de assistência em Portugal, iniciado com a concentração de hospitais ainda nos fins do século XV. Ela apresenta um caráter inovador que se refere, por um lado, a extensão de suas práticas assistenciais, orientadas pela ideia de realização das catorze obras de misericórdia. Por outro lado, sua relação com o Estado português a mantinha sobre a proteção régia, através da concessão de uma série de privilégios, e lhe garantia uma posição de destaque ante as demais irmandades existentes no Reino e no ultramar.

O prestígio conferido pelos monarcas portugueses à Misericórdia de Lisboa logo se estendeu às suas congêneres que, uma