

A institucionalização do saber médico e suas implicações sobre a rede de curadores oficiais na América portuguesa

Laurinda Abreu [*]

[*]Universidade de Évora — Évora — Portugal.
E-mail: laurinda.abreu@mail.telepac.pt

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1037-2804>

Resumo: O principal objetivo deste texto é contribuir para a discussão sobre as temáticas da saúde, da doença e da cura no Brasil colonial por meio da análise do movimento de médicos, cirurgiões e boticários que, em algum momento do seu percurso profissional, referiram-se à América portuguesa como espaço de atuação, residência ou nascimento. O suporte documental é constituído por 2.688 registros, respeitantes a 1.325 indivíduos, constantes de uma base de dados relacional sobre agentes de saúde que reúne documentação dos arquivos centrais com cerca de 24 mil registros nominativos, entre 1430 e 1826, para Portugal e seu império. Trata-se de um trabalho de caráter exploratório, balizado entre 1549 e 1808, desenvolvido com base no quadro normativo e institucional definido pelo Reino e implementado pelos seus agentes no Brasil.

Palavras-chave: Institucionalização; Agentes de saúde; América portuguesa.

The institutionalization of medical knowledge and its implications for official healthcare professionals in Portuguese America

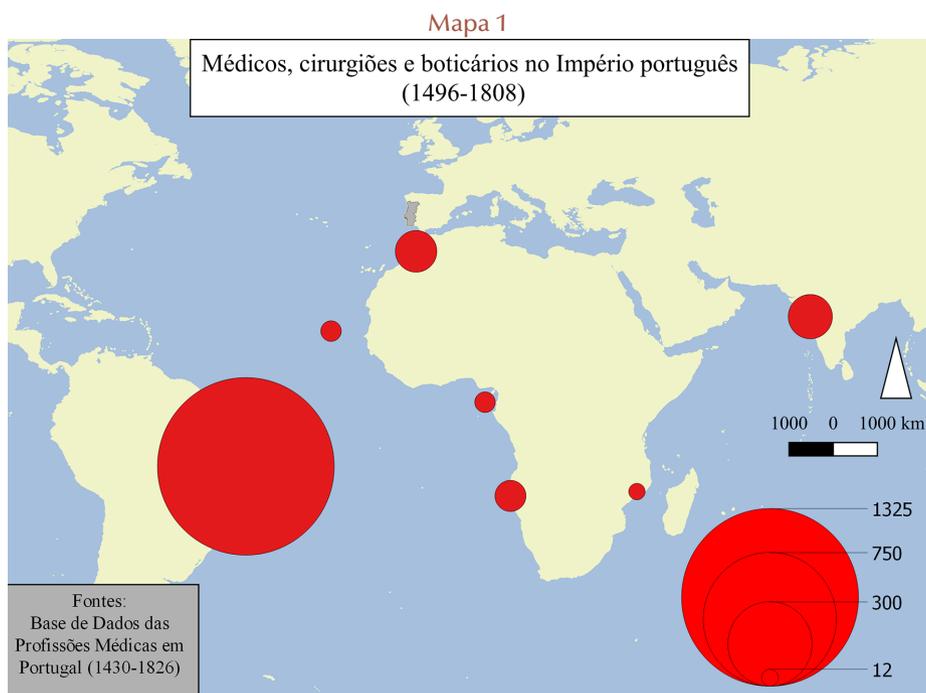
Abstract: The main aim of this paper is to contribute to the debate on health, sickness and treatment in colonial Brazil by examining the movements of the physicians, surgeons and apothecaries who were born, lived or worked in Portuguese America at some point in their careers. The documentary basis consists of 2,688 records on 1,325 individuals, extracted from a relational database containing 24,000 nominative records from Portuguese central archives relating to healthcare professionals in Portugal and its empire between 1430 and 1826. This exploratory research focuses on the legislative and institutional framework established by the monarchy and implemented by its agents in Brazil between 1549 and 1808.

Keywords: Institutionalization; Healthcare professionals; Portuguese America.

É vastíssima a produção historiográfica sobre as temáticas da saúde, da doença e da cura no Brasil colonial e são vários os enfoques de análise privilegiados. Entre as ideias veiculadas, três são relativamente consensuais: o relevante papel dos jesuítas no universo dos remédios, das boticas e da cirurgia (Filho, 1991; Leite, 1956; Leite, 2011; Fleck, 2014); o domínio das práticas curativas conciliando saberes e crenças das diversas tradições culturais presentes no território, manifestamente resistentes a qualquer tentativa homogeneizadora europeia (Ribeiro, 1997; Marques, 1999; Nogueira, 2014, p. 15-26; Viotti, 2014, p. 5-27; Sá, 2009, p. 325-344); e a reduzida expressão do número de médicos e cirurgiões diplomados e sua concentração nas zonas litorais e/ou nas sedes das capitanias ou vilas mais densamente povoadas.

Quanto a este último ponto, os autores divergem: uns apontam o quase abandono a que Portugal terá votado o Brasil nessa área e outros, como Ribeiro (1997), Marques (1999) e Jesus (2001), defendem a necessidade de contextualizar e problematizar o conhecimento disponível sobre a presença de recursos de saúde oficialmente reconhecidos.

O propósito deste texto é contribuir para essa discussão a partir da análise das informações recolhidas numa base de dados relacional que reúne documentação dos arquivos centrais, com cerca de 24 mil registros nominativos, maioritariamente sobre licenças de trabalho e nomeações de médicos, cirurgiões e boticários para lugares da administração central ou local, entre 1430 e 1826, em Portugal e no seu império. O objetivo inicial era fazer um estudo comparativo entre as diferentes colônias, objetivo rapidamente abandonado em função do número de ocorrências relacionadas com a América portuguesa — 2.688 registros relativos a 1.325 indivíduos (Mapa 1). Optou-se, assim, por se circunscrever a análise ao Brasil entre 1549, data do primeiro registro disponível, e 1808, quando, já na Bahia, a Coroa decidiu reformar os mecanismos de regulação das profissões de saúde, que levaria à extinção do organismo que os tutelava, a Junta do Protomedicato, no início do ano seguinte (alvará de 7 de janeiro de 1809). A fisicatura, que então nascia, já estudada por Tânia Salgado Pimenta (1997), passava também a centralizar informação sobre sangradores, parteiras, saca-molas (dentistas), entre muitos outros curadores.



Fonte: Base de dados sobre as profissões médicas, 1430-1826.

Antes de avançar, importa advertir que os dados recolhidos não compreendem todos os agentes de saúde que atuaram no Brasil ao longo do período mencionado. Isso se deu por duas razões: a prática privada só em casos pontuais era recenseada nos organismos da administração central e muitos dos examinados não chegaram a solicitar as licenças definitivas, que implicavam custos de registro em chancelaria.¹ Isso é revelado por Joaquim José Perpétuo, boticário em Vila do Príncipe, que só quando temeu a ação fiscalizadora do recém-criado Protomedicato, em 1782, ocorreu a substituir o diploma provisório que em 1770 recebera do seu examinador, o comissário e juiz delegado do cirurgião-mor.²

Ciente do caráter exploratório deste trabalho, procurarei acompanhar a evolução do movimento de médicos, cirurgiões e boticários que, em algum momento do seu percurso, referiram-se ao Brasil como espaço de atuação, residência ou nascimento. Não se trata, portanto, de estudar os processos de circulação de conhecimento, problemática também já sobejamente tratada (Cook e Walter, 2013, p. 337-351; Bastos e Barreto, 2011). O ângulo de abordagem é o Reino, não só porque de Portugal partiu o quadro normativo e institucional

¹ Arquivo Nacional Torre do Tombo (ANTT), *Chancelaria (CHR) D. João V*, liv. 96, fl. 328.

² ANTT, *CHR. D. Maria I*, liv. 84, fls. 147v-148.

que os enquadrava, mas, sobretudo, porque não foi possível dialogar com a maioria da produção científica brasileira nem com as fontes locais. Por estudar em profundidade, ficaram também muitos documentos do Arquivo Histórico do Conselho Ultramarino, um espólio obrigatório para a análise dos processos de transferência do conhecimento que cruzaram o Atlântico, em ambos os sentidos.

De Portugal para o Brasil: agentes de saúde e enquadramento normativo

O investimento da Coroa portuguesa na dotação do Brasil — ou dos colonos portugueses que se deslocavam para a colônia — com agentes de saúde oriundos da metrópole só adquire relevância na segunda metade do século XVII, seguindo, como expectável, a expansão do povoamento e a organização administrativa do território. Até então, as notícias eram difusas e muito pouco informativas, nomeadamente as relativas aos primeiros médicos contratados pela administração central: Jorge Valadares e Jorge Fernandes, que acompanharam os primeiros governadores-gerais da Bahia, onde se estabeleceram Tomé de Sousa, em 1543 (Furtado, 2011, p. 63), e D. Duarte da Costa, em 1553,³ respectivamente. Com um contrato de três anos, Valadares⁴ se comprometia, entre outras funções, a visitar diariamente os doentes do hospital da cidade.

Em 1556 também já se encontrava na Bahia o cirurgião “mestre Pedro”, que curara e sangrara “a gente da armada do reino até esta cidade”,⁵ e, no ano seguinte, Afonso Mendes, cristão-novo, até então cirurgião-mor do Reino, que preferira perder o cargo e viajar para o Brasil a permanecer em Portugal e ser preso pela Inquisição.⁶ Até ao final do século, nossa base de dados apenas registra mais cinco menções ao Brasil: Luís Antunes, que em 1591 recebeu carta de boticário para atuar em “Pernambuco e nas partes do Brasil”, e quatro “médicos a termo”, nesse caso cirurgiões e estudantes de medicina a quem o físico-mor concedia uma autorização temporária para exercerem medicina, sob condições bastante restritivas, como era norma (Abreu, 2018, p. 231-257). Todos esses médicos tencionavam trabalhar no Brasil e na ilha da Madeira, ou em Cabo Verde e “mais ilhas nas partes do Brasil” ou, ainda, em Guiné e Angola, desconhecendo-se se efetivamente atravessaram o oceano.⁷

A partir do início dos Seiscentos, as chancelarias revelam um aumento gradual, ainda que pouco significativo, do número de particulares que, a título pessoal, rumaram à América portuguesa. Assim aconteceu com dois boticários — um deles com carta de cirurgia (1621) e outro de médico a termo (1633) —, dois cirurgiões — um dos quais também com licença de

³ *Documentos históricos* (DH), v. 35, 1937, p. 184-186.

⁴ DH, v. 35, p. 1937/ p. 359-361.

⁵ Já estava na Bahia pelo menos desde 1553, segundo informação do DH, v. 14, p. 1929, p. 428.

⁶ DH, n. 35, 1937, p. 418. Não atuava como cirurgião-mor, como indica Serafim Leite (1953, p. 85).

⁷ Base de dados sobre as profissões médicas, 1430-1826.

médico a termo (1625 e 1636) —, e um estudante de medicina — presume-se que igualmente a trabalhar como médico nos barcos em 1635.

Quanto a partidos camarários — profissionais de saúde recrutados e custeados pelos municípios —, apenas se encontra para a Bahia a renovação do contrato do médico e o recrutamento de um cirurgião em 1618. A novidade se afirma com os cirurgiões militares, que se evidenciam no decurso da Guerra Luso-Holandesa. A missiva que o capitão do presídio do Grão-Pará dirigiu ao rei em janeiro de 1623, incluindo o pedido de um cirurgião e de uma botica na mesma lista de munições, bandeiras e tambores, os mostra integrados, como se de mais uma peça do arsenal de combate se tratasse.⁸ Também às fortalezas e aos presídios começavam a chegar recursos *médicos* com caráter permanente — por exemplo, a Olinda, em 1622, e à Bahia, em 1626 — no contexto da resistência militar à invasão pela Companhia Holandesa das Índias Ocidentais. Num dos momentos mais sensíveis do conflito, em 1635, o mestre de campo e general do Exército da capitania de Pernambuco, dom Luís de Rojas y Borja, requeria a Filipe III o envio de médicos, cirurgiões e medicamentos para estabelecer um hospital de campanha.⁹ Muitos outros cirurgiões terão participado no esforço de guerra ocorrido entre a invasão de Salvador (1624-1625) e a Insurreição Pernambucana (1644-1654), mas deles os arquivos centrais não guardam memória. Assinam, porém, que foi em reconhecimento ao trabalho prestado em contexto bélico que Manuel Dolival Paiva, cirurgião-mor da armada, solicitou, em 1641, sua integração no número dos cirurgiões da Casa Real, bem como que o médico Diogo Pereira foi agraciado, em 1651, com o foro de Cavaleiro Fidalgo da Casa Real¹⁰ e que Sebastião Martins foi nomeado cirurgião do presídio da praça do Rio de Janeiro.¹¹

Até o fim do século, a primazia se manteve no Exército. Por corresponderem à patente de tenente,¹² os lugares de cirurgiões-mores militares eram bastante disputados, com a rica capitania de Pernambuco e a recentíssima (1678) Colônia do Sacramento no topo das preferências. No caso da última, encontram-se sete oponentes a uma mesma posição, em 1688,¹³ demonstrando a confiança de Portugal na manutenção daquele território. Menos apetecidos eram os lugares de cirurgiões-soldados, tendo sido identificadas, embora não quantificadas, duas situações distintas: por um lado, militares com alguma experiência em cirurgia que praticavam como se fossem profissionais encartados; por outro, cirurgiões, mobilizados à força, transformados em soldados de circunstância, à mercê dos poderosos — “ainda que seja obrigando-o por violência”, escrevia, em 30 de agosto de 1698, dom João de

⁸ AHU, *Pará*, Cx. 1, Doc. 23.

⁹ AHU, *Pernambuco*, Cx. 3, Doc. 175.

¹⁰ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 27, Doc. 6141.

¹¹ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 4, Doc. 709; ANTT, *CHR. D. João IV*, liv. 22, fl. 100; *Registo Geral de Mercês (RGM)*, liv. 22, fl. 216v.

¹² Veja-se, por exemplo, o caso de Luís Furtado de Mendonça, em AHU, *Pará*, Cx 137, Doc. 10415.

¹³ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 9, Doc. 1640.

Lencastre ao capitão-mor da Paraíba, ordenando-lhe que integrasse um cirurgião no terço que estava a ser constituído para a conquista dos Barbados, no Rio Grande.¹⁴

Verdadeiramente relevante, à medida que a centúria se aproxima do seu termo, são as movimentações das populações, por meio das Câmaras que as representavam, exigindo agentes de saúde, o que poderá explicar o fato de em alguns contratos dos cirurgiões militares ser assinalada a incumbência de assistirem os pobres das zonas onde estivessem colocados. O mais das vezes, porém, assumia-se implicitamente que esse era um dever inerente à condição profissional dos visados, até porque muitos deles eram pagos pelos concelhos. É de indefinição de funções que se queixam, já em abril de 1728, os cirurgiões Manuel Ferreira da Costa e Inácio Capelo de Vallencivela, colocados nos regimentos da infantaria da guarnição da praça da Bahia. “Sem saberem o [que era] de sua obrigação”, viam-se constrangidos a curar não somente os soldados aquartelados, mas também os “assistentes extra muros da mesma cidade e suas cazas e nas dos officiaes maiores, aos seus criados e escravos”. Sentindo-se violentados e “com muito discommodo de suas pessoas”, suplicavam ao rei que lhes outorgasse um regulamento “que lhes insinue a sua obrigação” para melhor o servirem.¹⁵ Embora se reconheça quão difícil seria a esses homens cuidar de uma população que não cessava de crescer — a essa altura estariam entre 200 mil a 300 mil pessoas sob a autoridade da Coroa portuguesa —,¹⁶ também fica claro que sua disponibilidade era maior quando essa mesma tarefa era autonomamente remunerada.

O Rio de Janeiro disporia apenas de quatro médicos em 1671, “poucos para tão grande povo”, afirmavam as autoridades.¹⁷ Em Pernambuco havia um, existindo notícias de que nesse ano por lá passara um médico francês “de boa opinião na ciência”, mas “com poucas experiências do Brasil”,¹⁸ que, porém, abandonara o local por não lhe pagarem o ordenado — um mau exemplo para outros médicos, tornando “agora menos gostoso o apetite do oferecimento, que aí se fez ao médico que lá quisesse ir”, queixara-se o governador do Rio de Janeiro.¹⁹

O Reino não só não lhes enviava médicos (“de Portugal não costumam vir médicos”) como lhes retirava os que lá estavam. Envolvido num processo da Inquisição, que o sentenciara por judaísmo em 1658 e o levava ao degredo,²⁰ o médico cristão-novo André Rodrigues Franco, proveniente de Idanha-a-Nova, foi afastado, por diploma de 9 de março de 1673, de todas as funções que então desempenhava na Bahia depois de ter perdido a corrida ao cargo de

¹⁴ DH, v. 38, 1937, p. 445-446.

¹⁵ AHU, *Bahia*, Cx. 27, Doc. 55.

¹⁶ Mafalda Soares da Cunha e António Castro Nunes (2016, p. 9-10).

¹⁷ DH, v. 6, 1928, p. 163.

¹⁸ DH, v. 6, 1928, p. 166.

¹⁹ DH, v. 6, 1928, p. 163-164.

²⁰ ANTT, *CHR. D. Afonso VI*, liv. 20, fl. 83; *RGM, Mercês de D. Afonso VI*, liv. 12, fl. 301v; *Tribunal do Santo Ofício*, Lisboa, proc. 11 463.

cirurgião-mor, em 1665. Sem sucesso, a cidade intercedeu pelo médico, em 1673, lembrando a sua “larga experiencia e sciencia e caridade com que curava aos ricos e aos pobres, a quem nos consta fazia muitas esmolos, como poer ser sujeito que por sua idade facilitava mais a modéstia das mulheres pera comunicar-lhe seus malles”. Advertia ainda que, com sua saída, a população ficava entregue a dois médicos (“da terra”), “ambos mossos [e] saídos das escolas”.²¹

Em novembro de 1694, eram os moradores da Paraíba a requerer que a edilidade recrutasse um médico do Reino.²² São Paulo já vinha a protestar junto do Conselho Ultramarino, pelo menos desde 1638, contra a falta de médico e de botica; sugeria a edilidade que, na ausência de médicos que voluntariamente se quisessem deslocar à vila, o rei deveria obrigar “a algum, que nesta corte tenha menos embaraço”, assegurando ela (a Câmara) boas condições de vida e um bom ordenado.²³ Tal discurso foi repetido em 1700²⁴ e em 1748 — em 1753 o cargo ainda não estava preenchido —,²⁵ requerendo à Coroa um dos “médicos que na universidade aprendem por conta da Real despeza”,²⁶ uma súplica não atendível, pois os bolsiros que cursavam medicina — a situação referida no ofício da vereação — não ficavam à disposição do poder central.

Foi precisamente no contexto da Guerra Luso-Holandesa e da crescente presença de cirurgiões no Brasil que ocorreu a primeira intervenção da Coroa no sentido de regular o exercício das práticas curativas. Fê-lo por meio da indigitação, por diploma de 28 de março de 1634, de Francisco Vaz Cabral, médico formado em Coimbra, como físico-mor e cirurgião-mor do Brasil. Especificava o documento que a decisão tinha tido “o consentimento do Physico-mor e [do] Cirurgião-mor deste Reino”,²⁷ situação que, se significava uma duplicação de ambos os cargos, também os concentrava numa só pessoa, por conseguinte os desvalorizando. Na verdade, Cabral havia-se autoproposto quando, na corte, esses lugares eram socialmente diferenciadores, na maioria das vezes atribuídos a título de mercê a médicos da Casa Real. Fundamentava seu requerimento no serviço que havia prestado como físico-mor na Índia e na ligação pessoal ao bispo e ao governador da Bahia, que já lhe prometera o partido de médico municipal.

Em setembro de 1639, Cabral obtinha também o “cargo de Physico-mor do exercito que va[i] a Pernambuco”, ligando assim dois universos, o civil e o militar, o que não era comum em Portugal. Atente-se, contudo, que não se tratava de assumir o lugar de físico-mor do Exército, o equivalente para os militares à posição de físico-mor do Reino, dado que eram carreiras independentes. No Exército, os títulos de físico-mor e cirurgião-mor, além

²¹ AHU, *Bahia*, Cx. 22, Doc. 2525.

²² AHU, *Paraíba*, Cx. 3, Doc. 189.

²³ AHU, *São Paulo*, Cx. 1, Doc. 7. Também DH, v. 53, 1951, p. 80-81.

²⁴ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 12, Doc. 2403.

²⁵ AHU, *São Paulo*, Cx. 20, Doc. 1969.

²⁶ AHU, *São Paulo*, Cx. 18, Doc. 1811.

²⁷ DH, v. 27, 1934, p. 385-388.

de indicarem os responsáveis máximos por ambos os cargos, designavam também os mais graduados de cada lugar, quer se tratasse de um hospital, um batalhão, um presídio, ou de qualquer outra instalação militar.

Cabral se manteve em exercício até sua morte, em 1665, tendo então sido substituído pelo médico Ventura da Cruz Arrais, que residia na Bahia pelo menos desde o ano anterior. Nessa altura, o médico André Rodrigues Franco, atrás referido, escrevia ao rei denunciando os inconvenientes da acumulação das duas funções, oferecendo-se para servir como cirurgião-mor, contando para isso com o apoio do cirurgião-mor do Reino, que o nomeia cirurgião-mor do Brasil em 3 de dezembro desse mesmo ano, nomeação reconhecida em chancelaria em março do ano seguinte.²⁸ Prevaleceria, no entanto, a opinião do físico-mor, que preferia Cruz Arrais. Personagem controversa, Cruz Arrais se enredaria em guerras com a misericórdia — que o despediu do seu hospital em 1679 —,²⁹ com a Câmara — responsável pelo presídio, onde também exercia — e com o governador, que acabou por demiti-lo do cargo de físico-mor e cirurgião-mor, colocando no seu lugar Manuel de Matos de Viveiros.³⁰ Este, que já então substituíra Cruz Arrais no hospital da misericórdia, teve também vários conflitos, quer a título pessoal, como o que envolveu em 1687 os religiosos capuchos de Santo Antônio, de quem era vizinho,³¹ quer de caráter profissional, com todos os responsáveis dos locais onde trabalhou.³²

Em Lisboa, em junho de 1699, com dois dias de diferença (23 e 25), D. Pedro II procedia a uma invulgar dupla nomeação de um novo cirurgião-mor, Manuel de Pina Coutinho e de um novo físico-mor Diogo Mendes de Leão.³³ A informação de que nesse mesmo ano a Coroa autorizara este último a indigitar comissários para o Brasil sugere que Viveiros pode ter sido o último médico a acumular as duas funções e que os titulares de ambos os cargos retomavam individualmente o controle da situação, remetendo seus representantes no Brasil à condição de subordinados, como acontecia na metrópole. De certa forma, concluía-se a reforma iniciada em 1678 quando o monarca, cedendo às pretensões do seu primeiro médico e do seu primeiro cirurgião, os autorizava a designarem médicos que os substituíssem fora de Lisboa, sob o pretexto de excesso de trabalho na Corte, que os impedia de realizar, pessoal e localmente, os exames e as ações de fiscalização determinadas pelos seus regulamentos.

Apesar de o diploma de 1678 se reportar apenas à delegação de poderes do físico-mor, é por ele que ficamos a saber que o cirurgião-mor havia recebido o mesmo privilégio.³⁴ Não

²⁸ AHU, *Bahia*, Cx. 18, Docs. 2095-2096; DH, v. 19, 1930, p. 238-240. ANTT, *CHR. D. Afonso VI*, liv. 20, fl. 83; *RGM, Mercês de D. Afonso VI*, liv. 12, fl. 30lv.

²⁹ Foi obrigada a readmiti-lo por ordem régia, DH, v. 68, 1945, p. 69-70.

³⁰ DH, v. 68, 1945, p. 69-70.

³¹ AHU, *Bahia*, Cx. 25, Doc. 3037.

³² DH, v. 29, p. 1935, p. 445-448; v. 57, 1942, p. 63-64; v. 4, 1928, p. 189-190; v. 5, 1928, p. 454-455; v. 27, p. 229-231.

³³ ANTT, *CHR. D. Pedro II*, liv. 25, fl. 210v. e liv. 53, fl. 180.

³⁴ ANTT, *CHR. D. Afonso VI*, liv. 32, fl. 116.

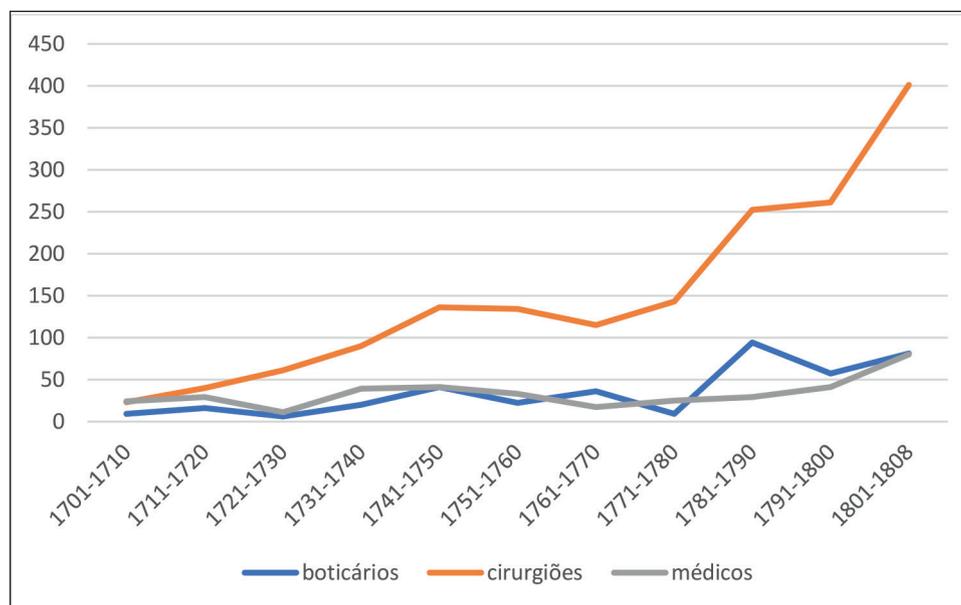
obstante alguns autores indiquem que nesse período o Brasil teria acolhido uma segunda vaga de cristãos-novos — reforçada pelos efeitos do alvará de 1671, que impedia os médicos reconciliados pelo Santo Ofício de exercerem a profissão em Portugal, “sob pena de morte”, ou pela crença, ainda de forma mais vasta, de que seriam maioritariamente cristãos-novos os agentes de saúde portugueses que lá se encontravam —, nossas fontes não o confirmam. O caso de André Rodrigues Franco faz prova de que o Brasil não oferecia assim tanta segurança aos cristãos-novos como alguma historiografia faz supor.

O que podemos comprovar é que, até fins dos Seiscentos, o Brasil, ainda que cada vez mais presente nas carreiras relacionadas com a saúde reconhecidas em Lisboa, não era seu destino preferencial, muito menos para os médicos. Não seriam, no entanto, apenas a distância e as dificuldades de viagem e adaptação a um espaço que dizimava os corpos não habituados às condições epidemiológicas locais a afastá-los da América do Sul. Desde que, em 1568, a Coroa instituíra um esquema de bolsas de estudo financiadas pelas Câmaras para formar médicos e boticários na Universidade de Coimbra — ou sob sua tutela, no caso dos boticários —, o mercado laboral na área da saúde estava em crescimento em Portugal. A arquitetura relativamente complexa da rede de partidos municipais então iniciada mostra uma forma embrionária de redistribuição de recursos — entre as Câmaras financiadoras dos estudos de médicos e boticários e as beneficiadas com seus serviços —, que absorveria boa parte dos bolseiros e também muitos cirurgiões, os quais acabaram por ser favorecidos pelas dinâmicas resultantes da articulação de interesses entre o poder central e os concelhos.

O quadro setecentista

Só a partir da década de 30 do século XVIII é que, na documentação em análise, o registro de agentes de saúde que indicam o Brasil como local de destino ou residência começa a ter alguma expressão (gráfico 1), ainda que reduzida, com o Rio de Janeiro a assumir a primazia desde 1763, quando para a cidade foi transferida a capital do estado. No fim do século, a esmagadora maioria das licenças de cirurgiões (como mais adiante se verá no mapa 5, da p. 516) e boticários era já concedida a residentes e naturais.

Gráfico 1 — Licenças para o exercício de atividades de saúde no Brasil (1700-1808)



Fonte: Base de dados sobre as profissões médicas, 1430-1826.

O Quadro I (p. 505) compara o número de licenças atribuídas em Portugal e no Brasil a boticários, cirurgiões — alguns para “curar de medicina” — e médicos — reconhecimento de graus obtidos no estrangeiro e equiparações profissionais de cirurgiões e estudantes de medicina — registrados em chancelaria. Os totais assinalados para o Brasil incluem todas as referências a indivíduos diferentes encontradas nos fundos arquivísticos consultados. Repita-se que aqueles que exerceram a título privado só excepcionalmente aqui são contabilizados, portanto não é possível saber quantos dos que estão na coluna do Reino efetivamente trabalharam no Brasil.

Para melhor ler esses dados, há que ter em conta dois elementos prévios: um de enquadramento geral — o reforço do controle régio verificado em meados de Setecentos e que também atinge essas áreas de atividade — e outro mais circunstancial, relativo aos períodos de vacância no cargo de físico-mor, suspenso em 1770, e no de cirurgião-mor, sem ocupante entre 1724 e 1738 por morte do titular e entre 1772 e 1779, na sequência da publicação dos Estatutos da Universidade de Coimbra, que previam a transferência da tutela dos empíricos para a universidade, o que implicou a imediata interrupção das atividades do cirurgião-mor. Não tendo a Academia sido capaz de cumprir a missão atribuída pela Coroa, o setor ficou paralisado até a rainha ressuscitar a figura do primeiro cirurgião, pondo fim à “desordem em que estava a arte de cirurgia em todo este meu Reyno por falta de exames e delibramento aos

reos que se achavao presos, nem castigarem outros que pocrediao libremente com grande prejuizo da cauza publica e damnos imparavais da saude de meus vassalos”.³⁵ Ambos os cargos acabariam temporariamente diluídos na Junta do Protomedicato, em 1782 (Abreu, 2013, p. 318-370).

Relativamente aos mecanismos de regulação e fiscalização, salientam-se o *Regimento do que devem observar os comissários delegados do Físico-Mor do reino no Estado do Brasil*, de 1742 — elaborado pelo físico-mor Cipriano da Pina Pestana por ordem de D. João V e pelo mesmo monarca mandado implementar por provisão de 19 de maio de 1744 —, e, no ano seguinte, o *Regimento dos preços porque os Boticários do Estado do Brasil hão de vender os medicamentos*.³⁶

Como já notado, o regimento dos comissários clarificava para o Brasil o alcance da delegação de competências dos representantes do físico-mor, conforme a matriz do Regimento de 1521, mas se centrava sobretudo nas boticas e nos boticários, com breves apontamentos sobre a fiscalização dos cirurgiões e de quaisquer outras pessoas que praticassem medicina sem autorização para tal. O texto deixava explícito que a concessão de licenças para “curar de medicina” permanecia na esfera do físico-mor, o mesmo acontecendo, ainda que a informação seja omissa, em relação à sua mais importante função: a creditação dos cursos médicos realizados no estrangeiro.

Já o regimento que estipulava o preço dos medicamentos pretendia regular um mercado em crescimento exponencial e, com ele, o número de boticários que forneciam populações, hospitais, barcos, presídios, portos, palcos de guerra e missões de exploração. Muitos deles, boticários gananciosos, que tornavam os remédios inacessíveis aos pobres, como denunciavam as Câmaras de Vila do Carmo e de Vila Rica, antes e depois dos novos regimentos,³⁷ as de Mariana e de São João del-Rei³⁸ e mesmo o governador do Rio de Janeiro e Minas Gerais, Gomes Freire de Andrade.³⁹

Pretensões como as constantes na carta enviada em 1739 pelo boticário da Nova Colônia, João Pedro Freire, repetindo um desejo antigo de vender os medicamentos pelo dobro do preço estipulado no regimento, querendo assim fazer recair no comprador perdas e demais custos do negócio,⁴⁰ davam fundamento às acusações que já então circulavam contra esse grupo profissional. Ambos os regimentos, o do preço dos medicamentos e o dos comissários, atualizavam e adaptavam ao Brasil decisões tomadas pela Coroa em 1627, relativamente ao primeiro caso, e, em 1678, ao segundo. Apesar de a delegação de poderes no Brasil estar em vigor desde o fim do século, a formulação especificamente dirigida à colônia fortalecia

³⁵ ANTT, *Chancelaria D. Maria I*, liv. 13, fl. 202.

³⁶ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 54, Doc. 12619.

³⁷ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 42, Doc. 15; Cx. 70, Doc. 30.

³⁸ (Mariana) AHU, *Minas Gerais*, Cx. 79, Doc. 42; (São João del-Rei) AHU, *Minas Gerais*, Cx. 79, Doc. 90.

³⁹ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 45, Docs. 89, 86 e 90.

⁴⁰ O que lhe foi recusado, AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 45, Docs. 10612-10636.

sobremaneira a autoridade do físico-mor, dando-lhe maiores instrumentos de controle. Ainda que o regimento de 1742-1744 apresente as funções de comissário para os médicos e examinadores visitantes para os boticários como uma espécie de serviço público a que não se deviam esquivar nem “os médicos mais aptos” nem “os boticários mais capazes”, sabe-se que, apesar de concitarem reações negativas daqueles que eram fiscalizados, ambas eram financeiramente rendosas, sobretudo a de visitantes, não raras vezes nas mãos dos grandes comerciantes boticários da Casa Real. Esse sistema teria se mantido sem alterações substantivas até a criação do Protomedicato, quando se vislumbra uma complexificação das estruturas locais de fiscalização — a partir de fevereiro de 1784, registram-se nomeações de escrivães dos comissários da repartição de medicina e farmácia na Bahia e em Pernambuco).⁴¹

Olhando, ainda que brevemente, para os números do Quadro 1, pode-se concluir que, não obstante as óbvias desproporções, os ritmos de licenças referentes ao Brasil seguiram, em termos gerais, os do Reino. Isso é uma convergência particularmente visível na década de 1770-1780, em que não houve físico-mor para validar os exames dos boticários, mas também entre 1740-1750, quando se verifica um crescimento dos diplomas de cirurgia por incorporação dos exames realizados durante a ausência do cirurgião-mor, valores que voltam a subir significativamente nos anos iniciais da Junta do Protomedicato.

A evolução mais divergente se reporta aos cirurgiões no fim do século, concretamente após 1799, e reflete os impactos da elevação do Protomedicato à categoria de Tribunal Régio, como adiante se explicará, mais ativo no Brasil do que em Portugal, onde sua atuação foi contestada pelas demais autoridades com competências no campo médico. Um dos motivos dessa contestação, que também teve ecos no Brasil, está estampado nos números de cartas para “curar de medicina”, uma categoria de agentes de saúde em que é menor, em termos relativos, a diferença entre o Reino e a colônia.

⁴¹ Veja-se AHU, *São Paulo*, Cx. 24, Doc. 52.

Quadro 1 — Exercício de atividades de saúde no Brasil e em Portugal (1700-1808)

Tipo	Brasil (boticários)		Reino	Brasil (cirurgiões)		Reino	Brasil (médicos)		Reino
	Licenças	Referências Totais	Licenças	Licenças	Referências Totais	Licenças	Licenças	Referências Totais	Licenças
1701-1710	4	9	133	6	23	439	1	24	11
1711-1720	8	16	183	16	40	518		29	3
1721-1730	5	6	320	5	61	264		11	7
1731-1740	9	20	386	4	90	496		39	12
1741-1750	11	41	408	56	136	961		41	18
1751-1760	15	22	423	41	134	906	1	33	21
1761-1770	26	36	553	67	115	947		17	16
1771-1780		9		103	143	731		25	1
1781-1790	67	94	574	135	252	802	4	29	27
1791-1800	42	57	335	88	261	765	2	41	9
1801-1808	41	81	372	101	401	404	2	80	5
Total	228	391	3687	622	1656	7233	10	369	130

Fonte: Base de dados sobre as profissões médicas, 1430-1826.

Apesar de o número de licenças emitidas e o de atores no terreno não serem fenômenos interdependentes, como dito acima, na documentação que consultamos se verifica uma estreita correlação entre as linhas de tendência de ambos. Assim, nos primeiros cinquenta anos de Setecentos, médicos e cirurgiões estão parcamente representados, à exceção — em termos comparativos, da Bahia e do Rio de Janeiro — em 1753, o Exército estacionado no Rio de Janeiro tinha pelo menos cinco cirurgiões e dois médicos.⁴² Quanto ao mais, apenas se encontram cirurgiões — entre colocações, primeiras nomeações ou renovações de partidos — em Santos (1702),⁴³ Nova Colônia (quatro em 1718), Recife (1724), São Luís (1727, com

⁴² AHU, Rio de Janeiro, Cx. 22, Doc. 4967.

⁴³ AHU, São Paulo, Cx. 1, Doc. 64.

proposta de enviar para lá um médico), Pará e presídio de Itamaracá (1733), tropas da guarnição de Minas Gerais (1733), Cuiabá (1735, pelo falecimento do anterior), Belém (1738), presídio da ilha de Santa Catarina (1739-1740) e Paraíba (1739, médico e cirurgião).⁴⁴ Houve também o pedido de um médico para a capitania de Pernambuco (1703) e de cirurgiões para a fortaleza de Tamandaré (1732) e presídios de Morro de São Paulo (com 170 homens em 1740) e Rio Grande de São Pedro (1739).⁴⁵

Dobrada a primeira metade do século, o cenário se altera significativamente, muito ligado à criação de novos municípios e, sobretudo, às expedições para as demarcações dos limites territoriais. Na sequência do Tratado de Madri (1750) e dos que se lhe seguiram, os cirurgiões, com suas boticas de campanha, se tornam companhia permanente das tropas, secundando engenheiros e matemáticos ou, na sua ausência, acumulando o tratamento dos soldados com a realização de medições e cartas geográficas, “por quem mando fazer algumas mediçoens e cartas geograficas daquelles paizes e os mais exercicios da sua profissão”.⁴⁶

Essas expedições, juntamente com os novos regimentos de infantaria, como as de Pará e Fortaleza do Macapá,⁴⁷ alargaram o mercado para cirurgiões-mores e alguns físicos-mores, estes já detentores de alguma experiência profissional. Foi esse o caso do médico Pascoal Pires de Castro, que havia começado a carreira como voluntário na Fortaleza de Mazagão, atividade que teria facilitado sua entrada no Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, em 1752, de onde passou para as demarcações, tendo sido nomeado, a 1 de junho de 1753, físico-mor do recém-batizado estado do Grão-Pará e Maranhão.⁴⁸

Físicos-mores também se localizam, entre outros lugares, em Goiás, Pernambuco, cadeia de Mariana, Hospital Militar de São Luís, Pará, São Paulo, ilha de Santa Catarina, Bahia e Vila Rica. Mais do que o Exército propriamente dito, eram os hospitais militares que agradavam aos médicos, sobretudo o Hospital Real do Rio de Janeiro, onde as colocações parecem ter obedecido antes às lógicas das redes clientelares do que aos méritos dos médicos. Disso mesmo se queixava José Soares de Oliveira na passagem do século XVIII para o XIX. Apesar de ter vencido o concurso realizado para preencher o lugar, perdeu-o para João Antônio

⁴⁴ (Nova Colônia) AHU, *Colônia do Sacramento*, Cx. 27, Docs. 6144-6146; (Recife) AHU, *Pernambuco*, Cx. 30, Doc. 2761; (São Luís) AHU, *Maranhão*, Doc. 1568; (Pará e Itamaracá) AHU, *Pernambuco*, Cx. 45, Doc. 4062; (Minas Gerais) AHU, *Minas Gerais*, Cx. 24, Doc. 89; (Cuiabá) AHU, *Mato Grosso*, Cx. 1, Doc. 66; (Belém) AHU, *Maranhão*, Cx. 24, Doc. 2500; (Ilha de Santa Catarina) AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 36, Doc. 90; Cx. 46, Doc. 10 860; (Paraíba) AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 35, Doc. 27; Cx. 7, Doc. 678.

⁴⁵ (Tamandaré) AHU, *Pernambuco*, Cx. 44, Doc. 3932; (Pernambuco) AHU, *Pernambuco*, Cx. 20, Doc. 1937; (Morro de São Paulo) AHU, *Bahia*, Cx. 71, Doc. 26; ANTT, *CHR. D. João V*, liv. 111, fl. 120; liv. 110, fl. 219v; (Bahia) AHU, *Bahia*, Cx. 98, Doc. 57; (Rio Grande de São Pedro) AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 36, Doc. 94.

⁴⁶ Veja-se ANTT, *CHR. D. José I*, liv. 82, fl. 174; AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 58, Doc. 5643.

⁴⁷ AHU, *Pará*, Cx. 33, Doc. 3148.

⁴⁸ ANTT, *CHR. D. José I*, liv. 65, fl. 225; *RGM, Mercês de D. José I*, liv. 6, fl. 150; liv. 47, fl. 299; liv. 28, fl. 66; AHU, *Pará*, Cx. 37, Doc. 3451; Cx. 38, Doc. 3553; ANTT, *CHR. D. João V*, liv. 108, fl. 314.

Damasceno, protegido do vice-rei do Estado do Brasil.⁴⁹ Físico-mor desse mesmo hospital também quis ser o conhecido José Pinto de Azeredo, que já levava no currículo o ofício de físico-mor de Angola.⁵⁰

No Arquivo Histórico Ultramarino se contam às centenas, depois de 1750, os pedidos de nomeações de cirurgiões e de patentes para os cargos de cirurgião-mor e físico-mor. À semelhança dos exames profissionais, também a ocupação dessas posições — regra geral por nomeação de vice-reis, governadores e capitães gerais das capitanias — só se verificava após o assentamento nas chancelarias. Mostram os documentos que podiam mediar vários anos entre a indigitação no Brasil e seu reconhecimento em Lisboa. É certo que tal podia resultar apenas da incapacidade logística do Conselho Ultramarino e das dificuldades das comunicações, como acontecia com tantas outras solicitações relacionadas com serviços prestados à Coroa (Subtil e Hespanha, 2011), mas também se detectam medidas dilatórias por parte do governo central para estender esses prazos, adiando, assim, o pagamento dos respectivos salários. Isso mesmo foi experimentado por Joaquim José Freire da Silva, o primeiro médico designado para o presídio e as tropas da capitania de São Paulo. Tendo solicitado a carta patente em 1770, em 1774 continuavam a exigir-lhe que indicasse o nome de seu antecessor.⁵¹ Presente-se, no entanto, que para muitos dos nomeados o simples pedido da patente à Coroa funcionava como uma pré-confirmação do ofício.

Não sendo esse o local para explorar a conexão desses fenômenos com os ciclos militares, econômicos e administrativos, pontuam-se duas tendências distintas, protagonizadas pelos cirurgiões-mores: um fluxo de nomeações até 1780 muito ligado à exploração aurífera na nova capitania de Mato Grosso e às expedições já mencionadas — Cuiabá, Pitangui e Capitania do Espírito Santo, Goiás, Pará, Recife, Rio Grande do Norte, Oeiras do Piauí, Minas, Vila Rica — e outro, após 1800, vivido pelos ajudantes dos cirurgiões-mores, que se candidatavam aos lugares de seus superiores hierárquicos, antecipando o fim iminente de suas carreiras profissionais.

Um movimento também com algum significado é constituído pelos pedidos de aposentações “com honras de cirurgião-mor”. Trata-se, contudo, de uma situação diferenciada, uma espécie de compensação monetária por uma promoção que nunca chegara a acontecer, como se depreende das palavras de António Henriques de Almeida⁵² e Manuel Pereira Pacheco.⁵³ Em termos gerais, a localização desses homens segue as linhas da ocupação do espaço pelos portugueses: primeiramente, a fachada atlântica, referida por Joaquim Romero de Magalhães

⁴⁹ Primeira referência em AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 194, Doc. 16; ANTT, *CHR. D. Maria I*, liv. 66, fls. 123v-124.

⁵⁰ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 223, Doc. 71.

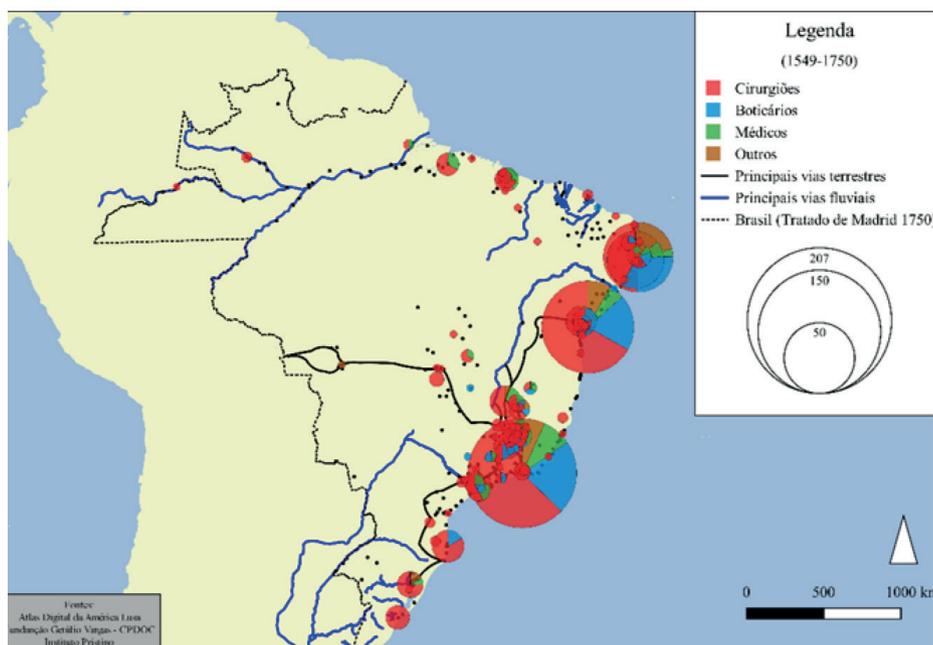
⁵¹ AHU, *São Paulo*, Cx. 27, Doc. 2509; Cx. 30, Doc. 2682.

⁵² AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 244, Doc. 61; Cx. 299, Doc. 135.

⁵³ AHU, *Pará*, Cx. 137, Doc. 10419.

(2011, p. 148), que do noroeste seguia de norte para sul, acompanhando as “principais dinâmicas espaciais da evolução do sistema governativo” (Cunha e Nunes, 2016, p. 8) [mapas 2 e 3].

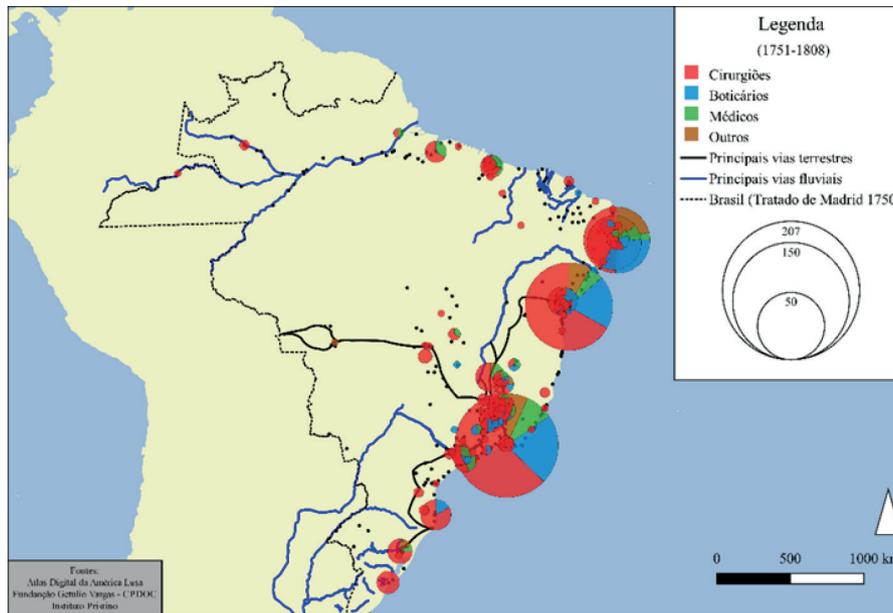
Nos estudos de Dauril Alden (2000), o Oitocentos abria com 62% da população lusa concentrada nas capitâneas de Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro, e 19,7% na de Minas Gerais.⁵⁴ Era também lá que se concentravam cirurgiões, médicos e boticários que deixaram rastro nos arquivos da administração central.



Fonte: Base de dados sobre as profissões médicas, 1430-1826.

⁵⁴ Conforme citado por Cunha e Nunes (2016), p. 9-10.

Mapa 3



Fonte: Base de dados sobre as profissões médicas, 1430-1826.

Partidos de médicos e cirurgiões: empregos escassos e com pouco futuro

No Reino, competia às Câmaras o recrutamento dos agentes de saúde, o que implicava disponibilidade financeira para pagar os salários. É provável que, quando em 1734 o carcereiro da cadeia de Vila Rica acusou a Câmara local de ser a única que não tinha partidos de cirurgiões ou médicos para o “bom regime do bem público e remédio dos pobres”, ele soubesse que tal afirmação não correspondia à verdade. Seu objetivo era pressionar a edilidade a providenciar assistência médica aos presos à sua guarda, o que acabou por acontecer ainda nesse ano (Franco, 2001, p. 222). Outros partidos foram identificados, na primeira metade de Setecentos, na capitania do Pará (1727), em Vila Rica (1730), em São Luís (1734), em Olinda (1704), na Paraíba (1746), em Belém (1735), em Arraial das Minas de Paracatu (1746), na Vila do Carmo (1736)⁵⁵ e Vila da Cachoeira, na Bahia (1735). Outras terras, como Vila de São Francisco de Sergipe do Conde (1712), Goiana (1736), Santos (1736),⁵⁶ Aracati (1755) e Vila Nova da Rainha (1756) (Franco, 2011, p. 222), encetavam esforços para estabelecê-los (ilha de

⁵⁵ Veja-se especificidades do partido de Vila do Carmo em Franco, 2011, p. 222.

⁵⁶ A complexidade de Santos se espelha no documento AHU, *São Paulo*, Cx. 12, Doc. 1155.

Santa Catarina, 1749)⁵⁷ ou recuperá-los (Olinda, 1745) e tentavam convencer o poder central da sua capacidade para financiá-los, bastas vezes com a intermediação dos governadores, como aconteceu em Santos, Paraíba, Mato Grosso, São Luís, Piauí, Paranaguá e Igarçu.

Mesmo, todavia, que todos os partidos reivindicados pelos municípios tivessem sido aprovados, o que não ocorreu, e que os existentes fossem sucessivamente renovados — o caso de Olinda, acima indicado, mostra o contrário —, no cômputo geral o número de médicos e cirurgiões contratados pelas Câmaras foi sempre muito diminuto perante a dimensão territorial e populacional do Brasil. Se bem que os médicos continuassem a ter procura — solicitações de partidos médicos para São João del-Rei, Laguna e Desterro, na década de 60;⁵⁸ para Bahia, em 1772;⁵⁹ Mariana, em 1797 e recrutado em 1799;⁶⁰ dois médicos em Belém,⁶¹ Vila Rica, em 1799;⁶² e Sabará, na década seguinte —,⁶³ a partir dos anos 60 a tendência foi as Câmaras preferirem os cirurgiões. Entre primeiros partidos e renovações, detectam-se contratos de cirurgiões em Vila Bela, Vila de São José das Minas, Paranaguá e São Luís.⁶⁴

Os municípios de São João del-Rei e Vila Rica têm, a esse propósito, um historial bem documentado. Quando, em 1764, o primeiro quis contratar um médico, o ouvidor foi célere a garantir à Coroa que o município tinha rendimentos suficientes para pagar o respectivo salário.⁶⁵ Seis anos depois, o dito médico pedia a intervenção régia para receber todos os vencimentos em atraso. Em junho de 1774, era a própria edilidade a solicitar a abolição do partido alegando dificuldades financeiras,⁶⁶ algo que Vila Rica já havia feito em 1770, ficando apenas com dois cirurgiões,⁶⁷ pondo termo a um período de acusações mútuas por dívidas salariais e má prestação de serviços.⁶⁸

Em 1787, era a Câmara da Vila do Sabará a requerer a substituição do médico por um cirurgião e por um boticário,⁶⁹ embora mais tarde procurasse recuperar o médico. Casos como o de Vila da Campanha da Princesa, que em 1802 recrutou um médico, um cirurgião e

⁵⁷ O caso da ilha de Santa Catarina está ligado à chegada de açorianos. AHU, *Santa Catarina*, Cx. 1, Doc. 53, Doc. 57, Doc. 77.

⁵⁸ (São João del-Rei) AHU, *Minas Gerais*, Cx. 84, Doc. 54 e Doc. 55; (Laguna) AHU, *Santa Catarina*, Cx. 3, Doc. 217; (Desterro) AHU, *Santa Catarina*, Cx. 3, Doc. 226.

⁵⁹ AHU, *Bahia*, Cx. 171, Doc. 6.

⁶⁰ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 143, Doc. 46; Cx. 148, Doc. 8; ANTT, *CHR. D. João VI*, liv. 7, fl. 84; *CHR. D. Maria I*, liv. 67, fl. 289v.

⁶¹ AHU, *Pará*, Cx. 115, Doc. 8874.

⁶² (Vila Rica) AHU, *Minas Gerais*, Cx. 147, Doc. 50.

⁶³ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 162, Doc. 27.

⁶⁴ (Vila Bela) AHU, *Mato Grosso*, Cx. 17, Doc. 54; (Vila de São José das Minas) AHU, *Minas Gerais*, Cx. 105, Doc. 15; (Paranaguá) ANTT, *CHR. D. José I*, liv. 5, fl. 384; AHU, *São Paulo*, Cx. 30, Doc. 2717; (São Luís do Maranhão) AHU, *Maranhão*, Cx. 69, Doc. 5983.

⁶⁵ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 84, Doc. 55. Informação fornecida por Renato Franco, a quem agradeço.

⁶⁶ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 107, Doc. 19.

⁶⁷ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 100, Doc. 5.

⁶⁸ Trata-se de Matias Francisco de Melo de Albuquerque, nomeado em 1745 (ANTT, *CHR. D. José I*, liv. 48, fl. 301). Pormenores sobre esse processo em Franco, 2011, p. 202-203.

⁶⁹ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 126, Doc. 14.

um boticário,⁷⁰ a trilogia clássica em termos de recursos de saúde alistados pelos municípios em Portugal parece ter sido rara no Brasil. Aliás, na nossa documentação são poucos os boticários integrados no sistema de partidos, não sendo de desprezar a hipótese de se tratar de uma opção pessoal, por ser mais rendável trabalharem por conta própria.⁷¹

A Câmara de Santos é um dos exemplos mais bem documentados das dificuldades sentidas pelo poder local para criar e manter os partidos médicos. No início do século XVIII, era apenas servida por um cirurgião-mor militar que tratava de soldados, do povo em geral e de religiosos, cirurgião que já lá não exercia em 1721.⁷² Em 1732, Santos continuava sem assistência médica, nem a havia nas redondezas, a não ser a prestada no hospital por “cirurgiões mal preparados”, afirmava o município. Como as únicas rendas de que a edilidade dispunha, “os subsídios das bebidas”, haviam sido tomadas pela Fazenda Real para pagar o dote de dona Catarina de Bragança, a Câmara implorava à Coroa que a ajudasse a custear o ordenado de um médico,⁷³ sugerindo ainda, ao repetir o discurso da de São Paulo, que lhe mandasse um dos que estudavam em Coimbra “com obrigação de irem para onde forem necessários”.⁷⁴ Autorizada a estabelecer partido de médico em 1733, com a explicitação de que se destinava ao “regimento de infantaria”, ou seja, seria um médico partilhado pelos soldados e pela população civil, só em 1739 a Câmara encontrou quem quisesse ocupar o lugar:⁷⁵ José Bonifácio de Andrade, nascido no Brasil e graduado pela Universidade de Coimbra, que exigiu o dobro do salário estipulado pela Coroa. Quando D. João V ordenou a suspensão do acordo celebrado entre a Câmara e o médico, este ameaçou se retirar⁷⁶ e acabou não só por vencer a contenda, como por acumular com o vencimento de médico do presídio e de visitador das embarcações.⁷⁷

No Brasil, os partidos parecem ter sido extremamente voláteis, ao contrário das preocupações das populações, que continuavam a afluir ao Conselho Ultramarino. É certo que vários municípios puderam ainda contar com o apoio de alguns hospitais, às vezes mesmo contrariando as determinações estatutárias, como aconteceu com o Hospital Real Militar de Goiás, estudado por Mônica de Paula Pereira da Silva Age (2014). Essa ajuda, porém, não deve ser sobrevalorizada, pois a maioria dos hospitais militares era de pequena dimensão, alguns deles temporários — por exemplo, o de Goiás tinha somente nove leitos no fim da década de 40 do século XVIII. Os hospitais de maiores dimensões tinham entre vinte e trinta leitos, como era o caso, respectivamente, dos hospitais do Rio de Janeiro, em

⁷⁰ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 163, Docs. 17, 18 e 19.

⁷¹ Aguarda-se a tese de doutorado de Danielle Sanches, *O trato das plantas: os intermediários da cura e o comércio das drogas na América portuguesa, 1750-1808*.

⁷² AHU, *São Paulo*, Cx. 2, Doc. 200.

⁷³ AHU, *São Paulo*, Cx. 8, Doc. 848.

⁷⁴ Segundo informação régia de 18 de julho de 1731. DH, v. 1, 1928, p. 186-187.

⁷⁵ AHU, *São Paulo*, Cx. 12, Doc. 1155.

⁷⁶ DH, v. 1, 1928, p. 404-405; AHU, *São Paulo*, Cx. 16, Doc. 1535.

⁷⁷ DH, v. 1, 1928, p. 448-449; v. 2, 1928, p. 336-338; AHU, *São Paulo*, Cx. 18, Doc. 1804.

1752, e de Pernambuco em 1724. No primeiro, em meados dos Setecentos, e no de Vila Rica, estabelecido em 1771, a presença do médico e do cirurgião só ocorria em situações de maior gravidade. Desconhece-se qual terá sido o contributo dos hospitais do Pará (em construção em 1754), Cachoeira (1757) e Paraíba (1765), mas, como bem lembra Renato Franco (2011, p. 177-231), além de poucos, eram pobres, situação não muito diferente da verificada no Reino.

A transferência do modelo de recrutamento de profissionais de saúde de Portugal para o Brasil abriu expectativas a médicos e cirurgiões, que rapidamente se esfumaram. A esperança de um emprego estável nos diferentes organismos da administração central ou local só em casos pontuais se concretizou. O fenômeno parece ter afetado mais os médicos do que os cirurgiões, e não apenas em termos de perspectivas de carreira. Um testemunho esclarecedor da pouca valorização dos médicos se colhe em documentação de 1748 e 1749, que relata a troca de correspondência entre o comissário e o provedor da Fazenda Real do Rio de Janeiro sobre a pertinência da construção de um hospital militar na cidade. Entre outras sugestões para reduzir custos, propunha-se que os médicos fossem apenas contratados para trabalhos ocasionais, acrescentando-se que “não faltarão médicos que se sujeitem mediante um módico ordenado”.⁷⁸

A forte competição pelos empregos disponíveis espelha sobremaneira uma oferta muito limitada, ideia reforçada pela prática de trabalho gratuito enquanto se aguardava pela morte ou partida do ocupante do lugar desejado. Se este era um procedimento comum em Portugal, parece ser específico do Brasil a aceitação dos partidos “de saúde” sob “condição de não requerer pagamento sem aprovação de Sua Magestade”, como fez o sargento-mor Manuel Ferraz de Abreu em relação ao partido de cirurgião de Vila do Carmo, em 29 de dezembro de 1736. Quando ele quis receber os ordenados em atraso, foi-lhe lembrado, em maio de 1741, os termos do contrato: sem aprovação régia não havia pagamento e aquela tardava.⁷⁹ Esses são argumentos a ponderar quando se analisam algumas das contendas travadas pelos médicos contra cirurgiões, sangradores e outros potenciais adversários, como a vivida no Rio de Janeiro em 1753.⁸⁰ Isso não significa que para os médicos não fossem importantes as questões científicas e profissionais, porém não eram as únicas que os mobilizavam contra a concorrência. Basta atender à guerra que travaram em 1789, no Rio de Janeiro, contra um colega estrangeiro, o alemão José Strúks, por este ter começado a exercer medicina mal aportara à cidade, preparando-se para ali se fixar.⁸¹ Quatro anos antes, a Câmara se lamentara da falta de médicos.

Apesar de estarem cada vez mais presentes nos partidos camarários e de algumas movimentações no sentido de lhes serem reconhecidas mais competências, os cirurgiões

⁷⁸ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 73, Doc. 6686 (informação fornecida por Renato Franco).

⁷⁹ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 42, Doc. 11.

⁸⁰ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 72, Doc. 16 754.

⁸¹ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 143, Doc. 11.

também experimentavam dificuldades. Não só porque igualmente enfrentavam competidores — como demonstra o apelo feito em 1787 pelo governador de Salvador, Rodrigo Menezes, dando voz a fazendeiros e senhores de engenho para que indivíduos não licenciados pudessem atuar como se o fossem (Wissenbach, 2002, p. 119) —, mas porque alguns deles chegavam a pagar para trabalhar, isto é, tinham de custear as despesas dos seus doentes, ficando à espera de serem ressarcidos pelos seus empregadores, como terá ocorrido no Hospital Militar de Minas e no partido de cirurgia de Vila Rica em 1760 e 1777.⁸²

A combinação entre baixos salários, muitas vezes não pagos, e excesso de trabalho é recorrentemente mencionada e teria justificado alguma mobilidade dos agentes de saúde à procura de condições que lhes fossem mais favoráveis. As dívidas salariais são, de resto, um dos tópicos mais presentes na documentação. Em casos particulares, sobretudo quando se tratava de profissionais militares que complementarmente atendiam as populações, a Coroa podia compartilhar do vencimento, mas na maioria das vezes os ordenados eram custeados pelas rendas camarárias, como mencionado, e, na sua ausência ou insuficiência, pelas fintas, que eram impostos extraordinários que recaíam sobre as populações mais pobres, precisamente aquelas que não tinham capacidade financeira para aceder aos médicos privados.

Sem que se saibam os exatos termos da distribuição dessas participações, a partir do fim dos Setecentos se nota a procura por soluções alternativas, como foi o caso do subsídio literário — tributo pombalino, que incidia sobre o vinho, a aguardente e o vinagre, destinado a financiar as reformas na instrução pública —, que “injustamente” onerou os comerciantes, dizem os de Santos em 1803.⁸³ Diferente foi a solução encontrada para a Paraíba. Quando a Câmara protestou contra as fintas, a Coroa mandou, por carta, de 2 de junho de 1799, que reduzisse o ordenado do médico de 200 para 150 mil réis, sendo 100 mil pagos pelos bens do concelho e 50 pela Fazenda Real. Com um vencimento menor, o médico ficava ainda encarregado de assistir a infantaria que guarnecia a cidade.⁸⁴

Qualquer que fosse o modelo de pagamento, médicos, alguns boticários⁸⁵ e cirurgiões eram indistintamente atingidos por incumprimentos salariais. Câmaras, hospitais, Exército e barcos — médicos da saúde, no primeiro caso, e cirurgiões embarcados, no segundo, uma presença que os cirurgiões da Bahia, apoiados pelo físico comissário da cidade, quiseram tornar obrigatória em 1750 —⁸⁶ acumulavam dívidas, às vezes durante vários anos. As denúncias se sucederam ao longo do tempo em estudo, aumentando significativamente depois de 1760. A não observância

⁸² AHU, *Minas Gerais*, Cx. 79, Doc. 49; Cx. 84, Doc. 24; ANTT, *CHR. D. José I*, liv. 5, fl. 344; AHU, *Minas Gerais*, Cx. 87, Doc. 5; Cx. 107, Doc. 56; ANTT, *CHR. D. Maria I*, liv. 64, fl. 70v; AHU, *Minas Gerais*, Cx. 76, Doc. 44. Procedimento que tendeu a ser substituído por contratos, como relatado por vários autores.

⁸³ AHU, *São Paulo*, Cx. 19, Doc. 937.

⁸⁴ AHU, *Paraíba*, Cx. 34, Doc. 2496.

⁸⁵ Nesse caso, as dívidas mais frequentes decorrem do fornecimento dos medicamentos. Assim aconteceu com as Câmaras da Vila do Ribeirão do Carmo (1741) e do Sabará (1777).

⁸⁶ AHU, *Bahia*, Cx. 112, Doc. 46; Cx. 111, Doc. 4.

das condições contratuais por parte dos empregadores era transversal às grandes cidades, como Bahia e Rio de Janeiro, como às localidades de menor dimensão, e atingiam tanto civis como militares, estes logo à partida diferenciados conforme o local onde trabalhavam — um cirurgião colocado na Colônia do Sacramento ganhava menos que os dos “Terços do Brasil” (1722); os da infantaria do Recife, menos que os da Bahia (1724); os do Pará, menos que os do Maranhão (1733); os da Paraíba, menos que os de Olinda e Recife (em 1740 e 1798).⁸⁷

Aliás, pertencem a cirurgiões militares os primeiros protestos identificados e as dívidas mais longas, como a que Cosme Gomes Pereira relatava em 1726: nunca havia recebido qualquer salário em trinta anos de serviço como cirurgião na Fortaleza do Ceará.⁸⁸ Ao encerrar o século, os cirurgiões-mores dos regimentos e seus ajudantes haveriam ainda de perder o “vencimento do pão”, um complemento salarial que estariam indevidamente a receber e que, por portaria régia de 13 de janeiro de 1799, voltava a ser exclusivamente atribuído “em campanha ou marcha do regimento”.⁸⁹

Apesar de a solicitação de hábitos das ordens militares e serventia de ofícios ser prática comum no Antigo Regime e de nem sempre ser possível estabelecer uma ligação direta com as dívidas aos agentes de saúde, não só alguns documentos explicitamente o afirmam, como se encontra um número bastante elevado de solicitações desse tipo de mercês por médicos e cirurgiões, quando comparado com outras partes do império ou mesmo do Reino: mais de duas dezenas de alusões a hábitos de ordens militares de Cristo — sobretudo atribuídos a médicos — e de Santiago — maioritariamente, a cirurgiões —, a começar pelos cirurgiões-mores da Colônia do Sacramento, na passagem do século XVII para o XVIII.

Para além da concessão de sesmarias,⁹⁰ as mercês de serventia ou mesmo a propriedade de ofícios, quase sempre de escrivão, se tornam mais significativas no início do século XIX, quer isoladamente, quer associadas aos hábitos das ordens militares. Escrivães da Provedoria dos Ausentes, da Comarca de Vila do Príncipe, da Ouvidoria Geral e da Câmara Eclesiástica do Bispado de Minas Gerais, do Juízo Contencioso e Testamentos do bispado do Rio de Janeiro, da Câmara e Órfãos da vila de Santo Amaro, das Apelações e Agravos da Relação do Rio de Janeiro são alguns dos exemplos encontrados.

Considerações finais sobre um campo ainda em aberto

É muito pouco provável que se consiga identificar com rigor o número de médicos, cirurgiões e boticários oficialmente reconhecidos que atuaram no Brasil até 1808. São várias as razões

⁸⁷ (Sacramento) AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 20, Doc. 4346; (Recife) AHU, *Pernambuco*, Cx. 30, Doc. 2761; (Pará) AHU, *Pará*, Cx. 15, Doc. 1422; (Paraíba) AHU, *Paraíba*, Cx. 33, Doc. 2417.

⁸⁸ AHU, *Avulsos*, Cx. 4, Doc. 354; AHU, *Pernambuco*, Cx. 30, Doc. 3095; AHU, *Ceará*, Cx. 2, Doc. 89.

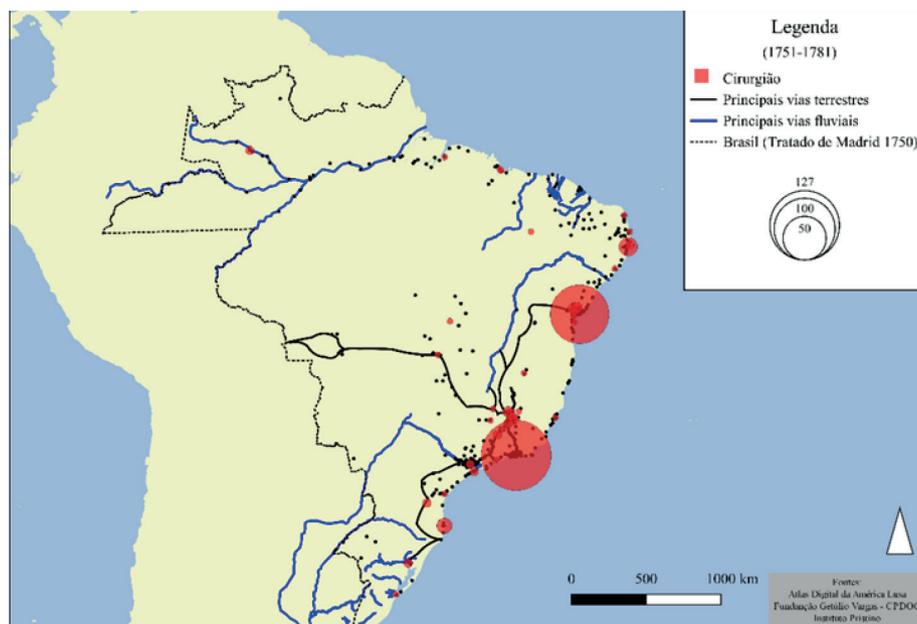
⁸⁹ AHU, *Pernambuco*, Cx. 211, Doc. 14 315.

⁹⁰ Sesmarias atribuídas aos cirurgiões-mores militares, sobretudo a partir da segunda metade dos Setecentos.

que explicam essa limitação, a começar pelas já referidas vicissitudes ligadas aos processos de registro das licenças de trabalho e das nomeações para um qualquer cargo da administração central ou local. O fato de os diplomas médicos não carecerem de assento em chancelaria faz com que esse grupo esteja ainda menos representado na nossa documentação. Acresce ainda a quase impossibilidade de seguir todos aqueles que viajaram e trabalharam no Brasil a título privado, quer servindo os senhores dos engenhos, quer os aglomerados populacionais, gente mais ou menos anônima que só a história local conseguirá resgatar. A ausência dos conhecidos cirurgiões Luís Gomes Ferreira e José António Mendes⁹¹ dá uma ideia das lacunas das fontes que consultamos.

O que os documentos revelam de forma inequívoca é o domínio dos cirurgiões, o que não constitui propriamente uma novidade, nem no Brasil nem em qualquer ponto da Europa do período moderno. A diferença começa por ser numérica e numa desproporção avassaladora, mas não só. Depois de 1782, já sob a vigência do Protomedicato, os cirurgiões se expandem para territórios onde não os encontramos antes, impondo-se a litoralização norte e nordeste (Mapas 4 e 5).

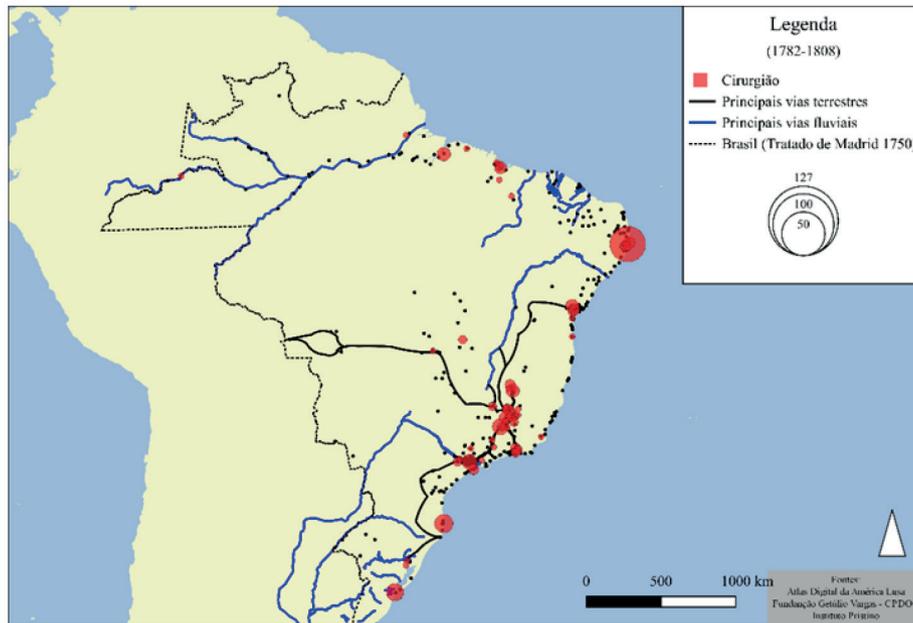
Mapa 4



Fonte: Base de dados sobre as profissões médicas, 1430-1826.

⁹¹ Cf. Jean Luiz Neves Abreu (2013, p. 21-34).

Mapa 5



Fonte: Base de dados sobre as profissões médicas, 1430-1826.

É certo que ainda não foi possível contabilizar com segurança o número de médicos graduados em Coimbra até os Oitocentos, mas os dados disponíveis mostram que a média não chegaria a dez por ano durante largos períodos dos séculos XVI a XVIII. Sabemos, apesar de o estudo ainda não estar concluído, que, entre 1495 e 1801, o físico-mor reconheceu 659 médicos formados por universidades estrangeiras, sobretudo por Salamanca. Maior segurança, contudo, existe em relação aos cirurgiões: 12.177 diplomados pelo cirurgião-mor ou, em circunstâncias específicas, pelo físico-mor entre 1495 e 1826. De resto, com maior proximidade social aos pacientes, praticando preços mais baixos e muitas vezes prestando o mesmo tipo de serviços que os médicos, os cirurgiões eram os preferidos das populações. Ou, como afirmava em Lisboa, em 1729, o cirurgião José da Silva Fernandes, “hé certo que os povos estão no enthousiasmo de chamarem primeiro o cirurgião que o medico”.⁹²

Em Paris, décadas depois, o médico António Ribeiro Sanches fazia o mesmo tipo de considerações, que também o intendente-geral da Polícia, Pina Manique, haveria de repetir, no fim do século, quando decidiu apostar na formação e na especialização dos cirurgiões, sem esquecer que em Portugal o mercado laboral estava em crescimento para os médicos,

⁹² ANTT, *Ministério do Reino*, Mç. 277, n.º 4.

quer pela procura oficial, por meio dos partidos, quer privada, incluindo os lugares deixados vagos na sequência das diversas purgas contra os cristãos-novos. Por outro lado, é provável que fossem conhecidas no Reino as dificuldades por que passavam os médicos no Brasil. Mesmo os (poucos) filhos da terra que cursavam medicina em Coimbra — cerca de 90% optaram pelo curso de direito no século XVII, valor esse que subiu para cerca de 94% no século seguinte (Morais, 1949) — ou no estrangeiro, preferiam permanecer na Europa (Bella, 2003, p. 227). Obviamente, houve exceções, com realce para o último quarto do século XVIII, quando os interesses do Estado se confundiam com os das elites intelectuais luso-brasileiras, profundamente embrenhadas na circulação e na troca de informação em larga escala, como Lorelai Kury tem sublinhado (2004, p. 109-129). Mas tais exceções ficaram fora deste estudo, que apenas se preocupou com a identificação de padrões de atuação e tendências gerais.

Entre licenças profissionais, nomeações para cargos, solicitações de patentes ou quaisquer outros atos registados nos arquivos centrais, o mapeamento dos dados confirma a preferência dos agentes de saúde pelo litoral do Brasil, esmagadoramente pela Bahia e pelo Rio de Janeiro. Os motivos são por demais conhecidos, não sendo de menosprezar, na escolha do local de residência ou de exercício da profissão, a proximidade com o poder político como elemento facilitador de ascensão na carreira.

O que as fontes também revelam é a complexidade dos desafios enfrentados pela Coroa e pelos particulares decorrentes da transposição dos modelos europeus para a América portuguesa. Aqui é pertinente aduzir um elemento que me parece central para melhor entender o problema: a não ser em situações pontuais, não era política da Coroa fornecer diretamente recursos médicos e assistenciais às populações, o que nem sequer era uma idiossincrasia nacional. O que os monarcas fizeram, de forma sistemática a partir de D. Manuel I, foi regular ambos os campos e criar um enquadramento institucional para a organização dos recursos localmente gerados, confiando a sua administração e distribuição aos municípios e às suas elites. Mas o sistema só funcionou e teve alguns resultados porque assentava numa densa malha de concelhos e misericórdias com elites consolidadas e/ou indivíduos à procura de mobilidade social, com capacidade para negociar com a Coroa, ela própria interessada nessas práticas, que a faziam cada vez mais presente no cotidiano das comunidades locais.

Não podia ser mais distinto o cenário no Brasil, onde as misericórdias tardavam a chegar e, em alguns casos, enfrentavam a resistência do poder central — oito fundadas nos Quinhentos, metade no século seguinte e outras tantas no século XVIII, na análise de Renato Franco (2011, p. 95-96). Recorde-se que, apesar das incertezas ainda persistentes em termos de datações, em 1640 existiam perto de três centenas de misericórdias no Reino. Quanto aos municípios, embora fossem o nódulo central em torno do qual se estruturava a administração portuguesa, acompanhando “a expansão das áreas povoadas a partir dos fins do século XVI”, como circunstanciadamente foi demonstrado por Romero de Magalhães (2011, p. 146-168), a escala geográfica do território e suas especificidades geomorfológicas

diluíam o impacto que o modelo assistencial tinha na metrópole, mesmo quando se estava mais próximo dos grandes centros de poder, como expressa o cirurgião Francisco António Martins de Antas, originário de Valença do Minho, no requerimento datado de 18 de junho de 1776, no qual se oferece para ocupar o partido que a Câmara de Santo Antônio de Sá queria instituir: apesar de a vila pertencer à comarca do Rio de Janeiro, perto do litoral, portanto, as 14 léguas que separavam os dois locais eram percorridas por barco “pela bahia daquela cidade e rio Macacu acima, com evidente perigo”. Não era mais fácil o acesso interno à sede do concelho, composto por “sete freguesias dilatadíssimas”, a seis léguas de distância da dita vila.⁹³

Outro aspecto dessa questão é o financiamento. Deixamos atrás testemunhos das dificuldades dos municípios em pagar os salários dos agentes de saúde e alguns entraves postos pela Coroa à criação de novos partidos. Isso se explica não só pela voracidade do poder central em relação às rendas geradas pelos municípios, mas pelo fato de no Brasil os concelhos serem regularmente onerados com gastos de defesa militar, situação que teria peso na hora de decidir sobre o aumento das despesas, que, por sua vez, careciam de autorização régia, apesar da “tendência ao auto-governo” das Câmaras, nas palavras de Fernanda Bicalho (1998).

Apesar de todos os obstáculos que se depararam à Universidade de Coimbra, a quem a Coroa havia entregado em Portugal a arrecadação das taxas para o financiamento das bolsas de estudo para formar médicos e boticários — recolhidos na designada *Arca dos médicos e dos boticários* —, os municípios eram compelidos a pagar as verbas estipuladas pelo poder central. Nessa óptica, o recrutamento de profissionais de saúde também pode ser considerado uma forma de as Câmaras recuperarem o investimento realizado. Só no fim do século XVIII, em 1798, já depois da implementação da reforma pombalina que uniformizou a ponderação da tributação em nível nacional, a Coroa tentou algo semelhante no Brasil, embora num formato diferente, a começar pelos atores envolvidos: os boticários eram substituídos pelos cirurgiões, mantendo-se os médicos e juntando-se a eles quatro engenheiros — dois tipógrafos e dois hidráulicos — e um contador.

Ao contrário do que acontecia aos estudantes bolseiros em Portugal, no Brasil todos eles ficavam obrigados a regressar ao seu local de origem para lá exercerem “os mesmos empregos”. São poucos os relatos sobre a aplicação dessas medidas, e os que existem revelam-se limitados,⁹⁴ mas é preciso ter em consideração que um projeto dessa envergadura necessitava de tempo para se estruturar. O mais bem documentado foi produzido pelo governador de Minas Gerais, Bernardo José de Lorena. Pelas informações enviadas em julho de 1799 a Rodrigo de Sousa Coutinho, ficamos a saber, entre outros pormenores, que a capitania estimara em 2250\$000 réis os abonos a despender com os sete estudantes, tendo proposto que a verba recaísse sobre o papel selado, restaurado dois anos antes, a usar em todos os atos judiciais,

⁹³ ANTT, *CHR. D. José I*, liv. 26, fl. 390v; *D. Maria I*, liv. 17, fl. 287; AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 109, Doc. 31 e Doc. 40.

⁹⁴ Nauk Jesus (2001, p. 128-129). Para São Paulo, AHU, *São Paulo*, Cx. 15, Doc. 8.

contratos e testamentos. Tal decisão considerava proteger os mais pobres, “que por isso mesmo tem menos negócios”, e tinha a vantagem de poupar a mineralogia, a agricultura e o comércio. Para maior consistência da sugestão, juntavam ao processo os cálculos do valor a recolher pela aplicação do novo imposto⁹⁵ — 20.073\$600 réis — e a promessa de as Câmaras contribuírem com as próprias rendas em caso de necessidade.⁹⁶

Igualmente relevante na documentação em causa são os testemunhos das tensões e dos conflitos entre as diferentes autoridades que tutelavam o campo da saúde, não raras vezes dominadas por interesses diferentes dos do Estado que representavam, interesses que podiam variar em função das circunstâncias e dos atores envolvidos. Por exemplo, a Junta do Protomedicato, que em maio de 1789 considerava “terríveis e prejudiciais [os] efeitos” da prática da medicina por quem não era professor da faculdade ou nela examinado, aprovado, respondendo negativamente à rainha, que lhe remetera para reanálise o pedido da Câmara do Rio de Janeiro para reverter o diploma que proibia os cirurgiões de exercerem medicina sem serem examinados⁹⁷, deixava passar na Bahia, cerca de uma década depois, as acusações de que seus comissários estavam a fabricar médicos a partir de cirurgiões ignorantes e a equipará-los aos “médicos graduados e aprovados pela Universidade de Coimbra”.⁹⁸

Se para a Bahia a falta de profissionais mais competentes aligeirava os critérios de avaliação, a Câmara do Rio de Janeiro também havia demonstrado que a cidade só dispunha de oito médicos graduados, dois deles impossibilitados pelos achaques e pela idade — um com setenta anos e outro com mais de oitenta — e os restantes assoberbados com trabalho,⁹⁹ mas nem por isso seus cirurgiões tiveram a vida facilitada.

A Junta do Protomedicato fora criada para pôr termo à desregulação e à corrupção que grassavam no universo dos empíricos e dos seus avaliadores e para atuar segundo regras que se queriam claras. As queixas contra os abusos de autoridade encontradas para o Brasil até 1782 não são muito diferentes das já identificadas para o Reino, embora nenhuma seja tão direta como a apresentada pelo governador e capitão general de Goiás, João Manuel de Melo, na carta enviada em fevereiro de 1769 ao secretário de estado da Marinha e Ultramar contra os dois comissários que naquele momento fiscalizavam sua capitania: verdadeiros ladrões, a quem ele só não mandara prender na enxovia “atendendo que traziam cartas dos seus ministros confirmadas por Sua Magestade”.¹⁰⁰

Na mesma linha, o governador e capitão general de Goiás denunciava, em junho de 1774, o comissário do cirurgião-mor, o cirurgião José António Mendes, que teria delegado seus

⁹⁵ A circulação do papel selado foi restaurada em 1797, depois de uma breve vigência entre 1661 a 1668.

⁹⁶ AHU, *Minas Gerais*, Cx. 149, Doc. 2.

⁹⁷ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 143, Doc. 61.

⁹⁸ AHU, *Bahia*, Cx. 227, Doc. 39; Doc. 59; Cx. 275, Doc. 129.

⁹⁹ AHU, *Rio de Janeiro*, Cx. 143, Doc. 61.

¹⁰⁰ AHU, *Goiás*, Cx. 24, Doc. 1536.

poderes em quem lhe fizera “mayor conveniência”, nesse caso “hum charlatão, que ainda no paiz da ignorância não podia fazer figura, porque suposto em toda a capitania não haja hum só médico achaó-se nella muitos cyurgioens que tendose exercitado no Hospital Real da Corte, e feito os seus exames em anathomia, tem mais conselho que este que da America nunca sahio”.¹⁰¹ Não seria, contudo, a existência de uma nova autoridade tutelar — a Junta do Protomedicato — que pacificaria o setor. Muito pelo contrário.

No Reino, os choques do Protomedicato ocorreram com a Universidade de Coimbra — por causa da emissão de diplomas para “curar de medicina” e da validação dos graus obtidos em universidades estrangeiras —, com a Igreja — por causa das boticas administradas por religiosos — e com o intendente-geral da Polícia, que acusava a Junta de incompetência e ineficácia. Na América portuguesa, os desentendimentos de maior envergadura foram protagonizados com os órgãos centrais da Monarquia, o que era relativamente comum entre os diferentes tribunais e conselhos, como demonstram Antônio José Hespanha e José Subtil (2011).

A elevação do Protomedicato à condição de Tribunal Régio em 1799, pouco depois de Francisco Tavares e José Correia Picanço terem sido nomeados, respectivamente, físico-mor e cirurgião-mor, contribuiria para acelerar a desintegração do organismo. Precedido de duas reformas, ambas de 1798, uma administrativa e outra de caráter funcional, o Tribunal da Junta do Protomedicato nascia no derradeiro ano dos Setecentos sem completa autonomia jurisdicional e, por isso, não conseguia se impor no Reino (Abreu, 2013, p. 353-370).

O mesmo não terá acontecido no Brasil, onde as dinâmicas políticas locais teriam facilitado o exercício de um poder autoritário e prepotente, que em muito teria contribuído para acirrar os ânimos contra a instituição. Demonstra-o, entre outros, o governador da capitania de Pernambuco, Caetano Pinto de Miranda Montenegro, em junho de 1807, a propósito de uma queixa apresentada pelo cirurgião José da Fonseca e Silva contra o juiz comissário da Junta Real do Protomedicato, João Lopes Cardoso Machado, o rosto da usurpação da jurisdição de governadores e capitães gerais. Sem respaldo legal, delatava, os comissários estavam a assumir-se como magistrados da capitania, fazendo audiências na Câmara, concedendo privilégios executivos a boticários e cirurgiões — para cobrarem as dívidas —, prendendo, penhorando e executando violentamente, sem admitirem suspensões nem outro qualquer recurso “que não seja para o Supremo Tribunal da Real Junta do Proto-Medicato”.¹⁰²

Em um cenário de enorme desgaste, a nomeação de José Correia Picanço em 6 de janeiro de 1808 como cirurgião-mor do Exército, função que passava a acumular com a de cirurgião-mor do Reino, pode ter precipitado a demissão, três dias mais tarde, do físico-mor, Francisco Tavares, e os acontecimentos que se lhe seguiram: um mês depois, por diploma de 7 de fevereiro, aos títulos de físico-mor e cirurgião-mor do Reino era adicionada a designação de

¹⁰¹ AHU, *Goiás*, Cx. 27, Doc. 1780.

¹⁰² AHU, *Pernambuco*, Cx. 268, Doc. 17865.

“Estados e Domínios Ultramarinos”, já com Manuel Vieira da Silva a substituir Francisco Tavares, reafirmando-se, por alvará de 23 de novembro desse mesmo ano, a legitimidade dos regimentos de 1521 (físico-mor) e 1631 (cirurgião-mor). Estes, na verdade, nunca haviam sido derogados, mas voltavam a colocar a jurisdição privativa nos respectivos titulares, retirando-a da Junta do Protomedicato.

Em termos práticos, o alvará de 23 de novembro de 1808 punha fim ao organismo criado em 1782, embora só a 7 de janeiro de 1809 fosse promulgado o diploma que oficializava sua extinção, uma ação vista como manobra política que permitia ao físico-mor e ao cirurgião-mor se apresentarem desembaraçados da má reputação de uma instituição que, em boa verdade, nunca haviam deixado de dominar, se nem sempre diretamente, pelo menos por meio de seus regimentos.

Um último ponto que gostaríamos de salientar se reporta aos múltiplos papéis que os profissionais de saúde ligados ao Exército teriam desempenhado na construção social e médica do Brasil colonial.¹⁰³ Refiro-me sobretudo às muitas centenas de cirurgiões, com percurso profissional à escala local e regional, que interagiram com as dinâmicas locais, adaptaram-se a elas ou contribuíram para sua transformação, numa terra que lhes deu muito mais oportunidades que as que teriam em Portugal — ou que seus congêneres aqui tiveram. Isso apesar da força das lógicas sociais dominantes, de cuja manutenção dependia o equilíbrio da sociedade e que o poder central se esforçou por salvaguardar, como fica patente na ordem régia de 1745, proibindo o artífice José de São Boaventura Vieira, cirurgião do partido da vila de Nossa Senhora do Carmo, de exercer o cargo de capitão-mor (Grossi, 2003 e 2004, p. 274). No campo das probabilidades, não é difícil de aceitar que teria sido bem diferente o percurso do já referido e bem conhecido José Correia Picanço, nascido em Goiana, precisamente em 1745, se se tivesse cingido ao diploma de cirurgia, registado na Chancelaria de D. José I em março de 1765.¹⁰⁴

Contrariando a vontade várias vezes expressa pelas autoridades civis no sentido de colocar os profissionais de saúde militares sob sua tutela, estes continuaram a reger-se por leis próprias sem que a Coroa se mostrasse muito interessada em afrontá-los. A primeira intervenção verdadeiramente assertiva no setor foi tentada pela determinação régia de 26 de maio de 1786, a pedido do Protomedicato, indicando-se então a “jurisdição privativa que esta Junta [tem] sobre os cirurgiões militares, como vassallos que exercitao as mesmas artes”. A justificação centenária de que “os ajudantes e cirurgiões eram nomeados para servir no corpo militar sem cartas, sem exames, e sem aptidão para a sangria e para a cirurgia, além de ‘curarem de medicina’” sem qualquer controle,¹⁰⁵ voltava a ser repetida, mas a ordem teve pouco ou nenhum impacto.

¹⁰³ Aguarda-se a tese de doutorado de Monique Palma, *Cirurgiões, práticas e saberes cirúrgicos na América portuguesa no século XVIII*.

¹⁰⁴ ANTT, *CHR. D. José I*, liv. 29, fl. 251.

¹⁰⁵ ANTT, *Ministério do Reino*, Mç. 469.

Às críticas, contrapunha o cirurgião-mor do Exército o respeito pela lei, uma vez que ele apenas diplomava “nos lugares, em que não [havia] medico na distância d’uma légua”, determinação que, a bem da verdade, não seria difícil de cumprir.¹⁰⁶ A integração do físico-mor do Exército, designado em 1798, no colégio da Junta, e a nomeação do cirurgião-mor do Reino como cirurgião-mor militar dez anos depois, foram um passo importante para a fusão das duas esferas numa autoridade única e centralizada, mas acabou por ser comprometida pelas vicissitudes da conjuntura política. Cabe aqui lembrar a contestação de Ildefonso José da Costa de Abreu, cirurgião-mor do Hospital Real Militar do Rio de Janeiro desde 1772, apanhado pela devassa feita pelo comissário do Protomedicato, o médico Manuel Moura de Brito, contra os que praticavam medicina sem serem aprovados. Lembrava Abreu que ele, assim como seus colegas, tinha privilégio do foro militar, o que significava que “pelo Regulamento tem faculdade de curar de medicina” e, portanto, não podia ser notificado, perseguido e inquietado, como estava a acontecer.¹⁰⁷

Contrariamente ao que ocorria em Portugal, no Brasil a prática cotidiana tornava bastante porosas as fronteiras entre os dois mundos, umas vezes por incentivo da Coroa, outras por decisão dos profissionais de saúde militares e do poder local. Quer isso dizer que, nos casos em que a Coroa impunha às Câmaras o pagamento dos ordenados dos cirurgiões e dos médicos ao serviço nos regimentos acantonados nas comunidades, era expectável, embora nem sempre contratualizado, que eles cuidassem das populações civis. No entanto, mesmo fora desse enquadramento, encontramos várias situações em que se percebe a existência de acordos prestabelecidos entre ambas as partes, com benefícios mútuos. Um exemplo, entre muitos possíveis, é António José Vieira de Carvalho, cirurgião diplomado da região de Tomar, nomeado no início dos Oitocentos cirurgião-mor do Regimento de Cavalaria Regular da Capitania de Minas Gerais¹⁰⁸ e cirurgião do partido de Vila Rica.¹⁰⁹

Apesar de as Câmaras serem más pagadoras, alguns cirurgiões militares continuavam a procurá-las, porque seus empregos funcionavam como uma espécie de legitimação da formação obtida na prática militar, não sendo despiendo o fato de serem muito mais frequentes as carreiras começadas no Exército e terminadas nos partidos das Câmaras do que o oposto. Tais cirurgiões, como lembrava Abreu, o cirurgião-mor do Hospital Real Militar do Rio de Janeiro (acima citado), estavam autorizados a “curar de medicina”. Penetrar nesses modos de funcionamento não era uma tarefa fácil, e quebrá-los era mais difícil ainda, como a Junta do Protomedicato teve oportunidade de experimentar.

Agradeço a Renato Franco e a Margarida Sobral Neto, pela atenta leitura do texto, e a Luís Gonçalves, pela realização dos mapas.

¹⁰⁶ Cf. SSSL, 1783, N.º XXVI, 4 de julho.

¹⁰⁷ AHU, Rio de Janeiro, Cx. 298, Doc. 34.

¹⁰⁸ ANTT, CHR. D. Maria I, liv. 85, fls. 325v-326; RGM, Mercês de D. Maria I, liv. 19, fl. 109; AHU, Minas Gerais, Cx. 135, Doc. 58.

¹⁰⁹ ANTT, CHR. D. Maria I, liv. 11, fl. 209; CHR. D. João VI, liv. 7, fls. 134-134v; AHU, Minas Gerais, Cx. 154, Doc. 56.

Referências bibliográficas

- ABREU, Eduardo. A fisicatura-mor e o cirurgião-mor dos Exércitos no reino de Portugal e estados do Brasil. *Revista do IHGB*, v. 63, n. 101, p. 217-219, 1900.
- ABREU, Jean Luiz Neves. Tratados e construção do saber médico: alguns aspectos dos paratextos nos impressos de medicina luso-brasileiros — século XVIII. *Territórios & Fronteiras*, Cuiabá, v. 6, n. 2, p. 21-34, jul.-dez. 2013.
- ABREU, Laurinda. *Pina Manique: um reformador no Portugal das Luzes*. Lisboa: Gradiva, 2013.
- _____. Tensions between the Físico-Mor and the University of Coimbra: The Accreditation of Medical Practitioners in Ancien-Regime Portugal. *Social History of Medicine*, v. 31, Issue 2, 1 May 2018, p. 231-257.
- AGE, Mônica de Paula Pereira da Silva. *O Hospital Militar: saúde e enfermidade em Villa Boa de Goyaz (1746-1827)*. Tese (Doutorado em História), Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2014.
- BASTOS, Cristiana; BARRETO, Renilda (Orgs.). *A circulação do conhecimento: medicina, redes e impérios*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2011.
- BELLA, Herson. *Cristãos-novos e seus descendentes na medicina brasileira (1500-1850)*. São Paulo: Edusp, 2003.
- BICALHO, Maria Fernanda. As Câmaras Municipais no Império português: o exemplo do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de História*, v. 18, n. 36, p. 251-280, 1998.
- COOK, Harold J.; WALKER, Timothy D. Circulation of Medicine in the Early Modern Atlantic World. *Social History of Medicine*, v. 26, n. 3, p. 337-351, 2013.
- CUNHA, Mafalda Soares da; NUNES, Antônio Castro. Territorialização e poder na América portuguesa: a criação de comarcas, séculos XVI-XVIII. *Revista Tempo*, v. 22, n. 39, p. 1-30, jan.-abr. 2016.
- FERREIRA, Luiz Otavio. *O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*. Tese (Doutorado em História), Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.
- FLECK, Eliane Cristina Deckmann. *Entre a caridade e a ciência: a prática missionária e científica da Companhia de Jesus (América platina, séculos XVII e XVIII)*. São Leopoldo: Oikos/Unisinos, 2014.
- FILHO, Licurgo Santos. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991.
- FRANCO, Renato. *Pobreza e caridade leiga: as Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. Tese (Doutorado em História), Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.
- FURTADO, Júnia Ferreira. A medicina na época moderna. In: STARLING, Heloisa M. *Medicina: história em exame*. Belo Horizonte: UFMG, 2011.
- GROSSI, Ramon Fernandes. Dos físicos aos barbeiros: aspectos da profissão médica nas Minas setecentistas. *História & Perspectivas*, Uberlândia, n. 29 e 30, p. 255-282, jul./dez. 2003 e jan./jun. 2004.
- JESUS, Nauk Maria de. *Saúde e doença: práticas de cura no centro da América do Sul (1727-1808)*. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2001.
- KURY, Lorelai. Homens de ciência no Brasil: impérios coloniais e circulação de informações (1780-1810). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v. 11, Supl. 1, p. 109-129, 2004.
- LEITE, Bruno Martins Boto. *Medicina de padre: estudo sobre os fundamentos culturais da medicina jesuítica no Brasil Colonial*. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, 2011 (Relatório final de pesquisa).
- LEITE, Serafim. *Artes e ofícios dos jesuítas no Brasil*. Lisboa: Edições Brotéria, 1953.
- LEITE, Serafim. *Serviços de saúde da Companhia de Jesus no Brasil (1544-1760)*. Lisboa: Typografia do Porto, 1956.
- MAGALHÃES, Joaquim Romero de. *Concelhos e organização municipal na época moderna*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2011.
- MARQUES, Vera Regina Beltrão. *Natureza em boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista*. São Paulo: Unicamp, 1999.
- MORAIS, Francisco. Estudantes de medicina de Coimbra nascidos no Brasil. *Brasília*, supl. v. 4, 1949.
- NOGUEIRA, André Luís Lima. Saberes terapêuticos nas minas coloniais: diálogos entre a medicina oficial e as curas não licenciadas (séc. XVIII). *História Unisinos*, v. 18, n. 1, p. 15-26, jan./abr. 2014.
- PIMENTA, Tânia Salgado. *Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*. Dissertação (Mestrado

- em História), Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SÁ, Mário. O universo mágico das curas: o papel das práticas mágicas e feitiçarias no universo do Mato Grosso setecentista. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v. 16 n. 2, Rio de Janeiro, p. 325-344, abr./jun. 2009.
- SUBTIL, José; HESPANHA, Antônio Manuel. Corporativismo e Estado de polícia como modelos de governo das sociedades euro-americanas do Antigo Regime. In: GOUVÊA, Fátima; FRAGOSO, João (Orgs.). *O Brasil Colonial*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v.1, 2011.
- VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. Entre homens de saber, de letras e de ciência: médicos e outros agentes da cura no Brasil colonial. *Clio — Revista de Pesquisa Histórica*, n. 32.1, p. 5-27, 2014.
- WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Gomes Ferreira e os simples da terra: experiências sociais dos cirurgiões no Brasil colonial. In: FERREIRA, Luís Gomes; FURTADO, Júnia Ferreira (Orgs.). *Erário mineral*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2002, p. 107-150.