



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – CAMPUS SAMAMBAIA
FACULDADE DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

ADRIANO SANTOS DA COSTA ALVES

OS CIRURGIÕES NAS MINAS COLONIAIS DA AMÉRICA
PORTUGUESA SETECENTISTAS: RUPTURAS E
PERMANÊNCIAS DOS SABERES A PARTIR DA OBRA *ERÁRIO*
MINERAL DE 1735

GOIÂNIA
2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE HISTÓRIA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Adriano Santos da Costa Alves

3. Título do trabalho

OS CIRURGIÕES NAS MINAS COLONIAIS DA AMÉRICA PORTUGUESA SETECENTISTAS: RUPTURAS E PERMANÊNCIAS DOS SABERES A PARTIR DA OBRA ERÁRIO MINERAL DE 1735

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Santos Da Costa Alves, Discente**, em 16/06/2025, às 19:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Vidotte, Professora do Magistério Superior**, em 23/06/2025, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5444762** e o código CRC **020F1201**.

ADRIANO SANTOS DA COSTA ALVES

**OS CIRURGIÕES NAS MINAS COLONIAIS DA AMÉRICA
PORTUGUESA SETECENTISTAS: RUPTURAS E
PERMANÊNCIAS DOS SABERES A PARTIR DA OBRA *ERÁRIO
MINERAL* DE 1735**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás, como requisito para a obtenção do título de Mestre em História.

Área de concentração: Culturas, Fronteiras e Identidades.

Linha de pesquisa: História, Memória e Imaginários Sociais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Adriana Vidotte

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Alves, Adriano Santos da Costa
OS CIRURGIÕES NAS MINAS COLONIAIS DA AMÉRICA
PORTUGUESA SETECENTISTAS: [manuscrito] : RUPTURAS E
PERMANÊNCIAS DOS SABERES A PARTIR DA OBRA ERÁRIO
MINERAL DE 1735. / Adriano Santos da Costa Alves. - 2025.
XCII, 92 f.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Vidotte.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de História (FH), Programa de Pós-Graduação em História,
Goiânia, 2025.
Bibliografia.

1. História. 2. Medicina. 3. Cirurgião. 4. Saberes. 5. Brasil. I. Vidotte,
Adriana, orient. II. Título.

CDU 94(81)“1548/1822”



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE HISTÓRIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **033/2025** da sessão de Defesa da **Dissertação** de **ADRIANO SANTOS DA COSTA ALVES**, que confere o título de **Mestre(a) em História**, na área de concentração em **Culturas, Fronteiras e Identidades**.

Ao/s **dezesesseis dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e cinco**, a partir da(s) **14h00min**, via **Videoconferência**, realizou-se a sessão pública de **Defesa de Dissertação** intitulada "**OS CIRURGIÕES NAS MINAS COLONIAIS DA AMÉRICA PORTUGUESA SETECENTISTAS: RUPTURAS E PERMANÊNCIAS DOS SABERES A PARTIR DA OBRA ERÁRIO MINERAL DE 1735**". Os trabalhos foram instalados pelo(a) Orientador(a), Professor(a) Doutor(a) **Adriana Vidotte (PPGH/UFG)** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) **Sônia Maria de Magalhães (PPGH/UFG)**, membro titular interno; Professor(a) Doutor(a) **André Costa Aciole da Silva (IFG)**, membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta, a fim de concluir o Julgamento da **Dissertação**, tendo sido(a) o(a) candidato(a) **aprovado(a)** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) **Adriana Vidotte**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, ao(s) **dezesesseis dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e cinco**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Pereira Alencar Arrais, Coordenador de Pós-Graduação**, em 16/06/2025, às 17:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sonia Maria De Magalhaes, Professora do Magistério Superior**, em 16/06/2025, às 17:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Vidotte, Professora do Magistério Superior**, em 23/06/2025, às 17:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0,
informando o código verificador **5387128** e o código CRC **53C68AB8**.

Referência: Processo nº 23070.027112/2025-46

SEI nº 5387128

AGRADECIMENTOS

Dedico esta seção do meu trabalho para dedicar esta pesquisa à memória do meu falecido pai, Roberto Antonio Alves que sempre me apoiou durante o período do Mestrado e que infelizmente só pode ver o seminário de pesquisa dessa obra. Também agradeço minha mãe (Adriana) e às minhas irmãs (Roberta e Adriane), que tem me apoiado desde a decisão de adentrar no mestrado, por terem me ajudado durante todos estes anos da minha formação dentro PPGH e oferecido auxílio para as adversidades enfrentadas neste período da minha vida. Também agradeço a minha companheira Amanda C. Maia pelo apoio durante este período da pesquisa, pelo auxílio e pelo incentivo de sempre levar adiante a pesquisa.

Ao professor doutor Paulo Miguel Moreira da Fonseca, pela contribuição para minha formação como professor pesquisador, apoiando e me guiando pelas minhas pesquisas desenvolvidas ao longo dos últimos anos, pela paciência que demonstrou durante a leitura e correção desta e de outras pesquisas e pelo seu incentivo e compartilhamento de saberes e por fim pela disposição a apoiar esta pesquisa.

Aos professores Dra. Adriana Vidotte, Dr. André Aciole e a Dra. Sônia Magalhães por terem contribuído positivamente no desenvolvimento desta pesquisa e auxiliado no trajeto, pelo conhecimento por eles compartilhado e por terem aceitado o convite para compor a banca para a defesa desta dissertação.

Aos meus amigos Washington Sousa Brasil por ao longo destes últimos anos ter se disposto a me auxiliar nas minhas dificuldades no decorrer da escrita desta pesquisa e também nas dificuldades que surgiram em outras disciplinas nestes últimos anos e pela paciência de me

ouvirem falando sobre o tema deste trabalho com frequência e me proporem ideias e soluções

RESUMO

O *Erário Mineral*, escrito em 1735, oferece uma compreensão abrangente sobre a realidade colonial da América portuguesa. Nos primeiros séculos da Modernidade, essa realidade foi fortemente influenciada pelos limites impostos pela administração metropolitana portuguesa, que buscava exercer um controle rígido sobre a colônia. No entanto, para assegurar a continuidade e o funcionamento da sociedade colonial conforme os interesses da Coroa, era necessário, em alguns casos, adotar exceções e flexibilizações em relação à hierarquia e à ordem social estabelecidas. É nesse contexto que as figuras dos cirurgiões começam a ganhar relevância entre os séculos XVI e XVIII, especialmente a partir da descoberta de ouro no interior do território no século XVII. Esse período histórico revela elementos significativos do imaginário social e evidencia permanências e rupturas nos saberes e práticas cirúrgicas. Além disso, permite identificar quais fatores contribuíram para a manutenção de certas concepções e práticas médicas tradicionais e quais especificidades impulsionaram a emergência de novas práticas, que marcaram um rompimento com a tradição médica portuguesa.

Palavras-chaves: Cirurgiões, práticas de cura, medicinas, permanências, rupturas.

ABSTRACT

The Mineral Treasury, written in 1735, offers a comprehensive understanding of the colonial reality of Portuguese America. In the first centuries of Modernity, this reality was strongly influenced by the limits imposed by the Portuguese metropolitan administration, which sought to exercise strict control over the colony. However, in order to ensure the continuity and functioning of colonial society in accordance with the interests of the Crown, it was necessary, in some cases, to adopt exceptions and flexibilities in relation to the established hierarchy and social order. It is in this context that the figures of surgeons began to gain relevance between the 16th and 18th centuries, especially after the discovery of gold in the interior of the territory in the 17th century. This historical period reveals significant elements of the social imaginary and highlights continuities and ruptures in surgical knowledge and practices. In addition, it allows us to identify which factors contributed to the maintenance of certain traditional medical concepts and practices and which specificities drove the emergence of new practices, which marked a break with the Portuguese medical tradition.

Keywords: Surgeons, healing practices, medicines, continuities, ruptures.

SUMÁRIO:

Introdução:	7
1 - <i>Erário Mineral</i>	23
1.1 - Luís Gomes Ferreira e sua trajetória na metrópole e colônia	33
2 - A sociedade mineira na América Portuguesa	40
2.1 - Formação histórica, política e social dos povoamentos mineiros	43
2.2 - Os cirurgiões em meio aos colonos	52
3. - Saberes e práticas médicos dos cirurgiões nos territórios portugueses	60
3.1 - A centralização do Saber em Portugal entre os séculos XV ao XVIII	63
3.2 - Permanências no saberes medicinais dos cirurgiões coloniais	70
3.3 - Rupturas dos conhecimentos e atuação dos cirurgiões coloniais	76
Considerações Finais	83
Referências Bibliográficas	90

Introdução

A história da saúde e das enfermidades no Brasil passou, a partir do século XXI, por importantes transformações interpretativas, com o objetivo de incorporar as múltiplas dimensões sociais, culturais e simbólicas que estruturam esse campo de estudo. Durante os séculos XIX e XX, a historiografia brasileira tradicional frequentemente desconsiderou esses nuances, optando por narrativas que privilegiavam uma abordagem linear e cientificista da medicina. Essa postura resultou na simplificação das dinâmicas envolvidas na construção do saber médico, comprometendo a compreensão sobre os múltiplos agentes, práticas e saberes que coexistiram no território brasileiro. Como consequência, o entendimento sobre o que se considerava doença, suas causas e os métodos empregados para o tratamento também foi afetado, tornando-se refém de uma perspectiva unívoca e centralizadora.

Até o final do século XX, a historiografia sobre a saúde no Brasil permaneceu fortemente centrada na figura do médico, em especial na narrativa da institucionalização da medicina a partir da chegada da família real portuguesa em 1808 e da fundação da Escola de Cirurgia da Bahia. Esse marco foi recorrentemente apresentado como o ponto inaugural da história médica nacional, promovendo a ideia de uma introdução da medicina científica como um divisor de águas civilizatório. Conforme analisado por Márcia Moisés Ribeiro (1997), essa narrativa oficial silenciou uma miríade de práticas e sujeitos que atuaram no cuidado à saúde, construindo uma imagem homogênea da medicina como sinônimo exclusivo de ciência e progresso.

Nesse contexto, os praticantes das chamadas *Artes de Curar* — termo que designa o conjunto diversificado de práticas terapêuticas desenvolvidas por cirurgiões, boticários, curandeiros, parteiras e outros agentes não universitários — foram amplamente marginalizados. Durante muito tempo, essas figuras foram apresentadas sob a ótica da desconfiança e do preconceito, sendo rotuladas como charlatães ou depositárias de superstições arcaicas. Tal abordagem contribuiu para sua exclusão simbólica do discurso histórico oficial, invisibilizando sua importância no cotidiano e na manutenção da saúde coletiva. Como demonstra Daniela Calainho (2011), essas práticas estavam longe de serem

aleatórias ou irracionais; elas articulavam saberes empíricos, experiências de longa duração e formas legítimas de reconhecimento social.

A partir dos avanços historiográficos promovidos pelas chamadas “novas histórias sociais”, tanto no Brasil quanto internacionalmente, iniciou-se um movimento de revisão crítica dessas narrativas. Inspiradas por abordagens como as de Pierre Bourdieu (1989) e Bronisław Baczko (1985), que destacam a importância das disputas simbólicas na constituição dos campos sociais e dos imaginários, essas novas leituras passaram a reconhecer o papel ativo de sujeitos até então marginalizados, incorporando-os à análise histórica como agentes dotados de saberes, estratégias e relevância social.

Nesse sentido, como destaca Nikelen Witter (2005), os estudos recentes sobre história da saúde no Brasil têm se voltado para a investigação de práticas e grupos sociais antes ignorados, tais como curandeiros, parteiras, cirurgiões práticos, entre outros, explorando a maneira como suas atuações se relacionavam com a estrutura social e com os saberes hegemônicos da época. Essa abordagem tornou possível compreender que, durante o período colonial, a rigidez hierárquica dos saberes médicos era relativizada pelas condições locais. A atuação de agentes da cura se dava em um ambiente marcado por certa flexibilidade e por zonas de sobreposição entre medicina, cirurgia e farmacologia — tal como atestado por Júnia Ferreira Furtado (2002) e Maria Cristina Wissenbach (2002) ao analisarem a obra *Erário Mineral* de Luís Gomes Ferreira.

Compreender a origem e os mecanismos dessa flexibilização no campo da saúde permite ampliar a análise histórica da sociedade colonial brasileira, revelando que os saberes e práticas terapêuticas não estavam apenas subordinados às normas da metrópole, mas eram constantemente reelaborados de acordo com as necessidades locais e com os recursos disponíveis. Assim, essas revisões historiográficas contemporâneas não apenas restauram a memória de sujeitos historicamente esquecidos, como também desestabilizam as fronteiras rígidas entre ciência e saber empírico, permitindo a construção de uma história da saúde mais plural, crítica e enraizada na complexidade do real.

Para compreender a flexibilidade observada nas práticas de cura durante o período colonial, é necessário situá-la dentro do contexto histórico e político da colonização da América portuguesa. Tal flexibilidade não surgiu espontaneamente, mas foi moldada pelas exigências impostas pelas condições materiais, sociais e institucionais da colônia. A escassez

de profissionais formados, os desafios de controle territorial e a urgência em manter a produtividade econômica do novo território tornaram a saúde dos indivíduos colonos, indígenas e escravizados uma questão estratégica para a administração portuguesa. Nesse cenário, os cirurgiões e outros práticos das artes de curar assumiram um papel central no funcionamento da sociedade colonial, justamente porque atuavam onde os limites institucionais da metrópole não conseguiam alcançar.

Desde os primeiros tempos da colonização, o projeto imperial português esteve voltado para a exploração dos recursos naturais e para a extração sistemática de riquezas, o que exigia o controle efetivo do território e da sua população. Como assinala Bicalho (2005), o esforço de centralização do poder nas mãos da Coroa se traduziu, entre outros aspectos, na limitação da autonomia institucional da colônia, especialmente no tocante à produção e difusão dos saberes. Nesse sentido, a inexistência de universidades no Brasil até o século XIX, conforme impunha o Pacto Colonial, restringiu o ensino superior e, por consequência, a formação de médicos (físicos) à Universidade de Coimbra. A centralização do saber médico na metrópole não apenas reafirmava a autoridade do reino sobre a colônia, mas também impunha uma dependência estrutural que, na prática, se mostrava disfuncional diante das necessidades da realidade colonial.

A baixa presença de físicos diplomados em território americano tornou-se um dos principais obstáculos à manutenção da ordem e da produtividade no espaço colonial. A saúde dos colonos e, sobretudo, dos escravizados cuja força de trabalho era a base da economia colonial exigia cuidados contínuos. Como demonstram Calainho (2011) e Ribeiro (2005), a solução encontrada pelas autoridades coloniais foi tolerar a atuação de diversos agentes terapêuticos, mesmo que estes não possuíssem formação universitária. Parteiros, curandeiros, boticários e cirurgiões passaram a ocupar, de forma prática e reconhecida, espaços importantes no cuidado à saúde, suprimindo a ausência do saber oficialmente legitimado.

Essa tolerância, entretanto, não significava plena aceitação ou legitimação desses saberes. As autoridades buscavam manter uma vigilância simbólica e institucional sobre esses agentes, regulando suas práticas para garantir que não ameaçassem a ordem estabelecida. Até o século XIX, portanto, o que se observa é uma forma peculiar de regulação: em vez de suprimir os práticos das artes de curar, a administração portuguesa preferia integrá-los em uma estrutura hierarquizada que pudesse, ao mesmo tempo, absorver sua utilidade e conter

seu potencial de desordem. Como observa Wissenbach (2002), essa configuração permitia um certo grau de pluralismo terapêutico, desde que subordinado à lógica do poder colonial.

Mesmo com essa flexibilidade, persistia uma hierarquia bem definida entre os diversos saberes e praticantes da cura. Conforme analisa Márcia Moisés Ribeiro (2005), no topo dessa estrutura simbólica e funcional encontravam-se os físicos representantes do saber acadêmico e institucionalizado, cuja formação em Coimbra os tornava detentores de maior prestígio social. Abaixo deles, situavam-se os boticários e os cirurgiões, cujas práticas, embora reconhecidas, eram consideradas de menor valor teórico. Por fim, em posições ainda mais periféricas, encontravam-se os demais agentes empíricos: curandeiros, parteiras, escravizados conhecedores de plantas, indígenas especialistas em ervas e sangradores, cuja atuação era constantemente marginalizada no discurso oficial, ainda que essencial na prática cotidiana da cura.

Assim, o panorama da saúde na colônia revela um campo dinâmico, tensionado entre a rigidez da hierarquia simbólica metropolitana e a maleabilidade imposta pela realidade colonial. A coexistência de diferentes agentes e saberes aponta para um modelo de cura plural, sustentado tanto pela necessidade quanto pela negociação constante entre legitimidades concorrentes. Trata-se, portanto, de um campo em disputa, no qual, como observa Pierre Bourdieu (1989), o capital simbólico neste caso, o saber médico legitimado se articula ao poder político e à organização social, moldando quem pode ser reconhecido como curador legítimo e sob quais condições.

A justificativa para a hierarquização desses saberes pode ser sintetizada na frase escrita por Luiz da Silva Pereira no início do século XIX: “nem toda ciência nobilita”. Essa afirmação evidencia que, para a sociedade do Antigo Regime, os conhecimentos estavam organizados de forma hierárquica, sendo essencial para o funcionamento social a perpetuação desse imaginário na colônia. O conhecimento, nesse contexto, era uma das vias de ascensão dentro da sociedade portuguesa, especialmente para uma camada conhecida como nobreza política, conforme defendido por Antonio Hespanha.

[...]nobreza que se adquire: a) pela ciência (doutores, licenciados, mestres de artes, bacharéis); b) pela milícia “armada” (cavaleiros de ordens militares, oficiais militares (condestável, almirantes, capitães-mores, capitães de fortalezas, cavaleiro de companhias de cavalos, capitães e alferes de ordenanças); c) pela “milícia inerm”; d) pelo exercício de certos ofícios: Governos de armas das províncias, presidentes dos tribunais de justiça da

corte, conselheiros régios; chanceler-mor, juizes das chancelarias e audiências; corregedores; provedores; juizes régios; juizes ordinários, vereadores... (HESPANHA, 2006, p.136)

Essa nobreza não possuía o mesmo prestígio que a nobreza de sangue, que predominava na sociedade portuguesa, porém, a formação desse grupo social emergiu como uma resposta às demandas necessárias para o funcionamento de uma metrópole em expansão durante a Idade Moderna. A expansão colonial, portanto, exigia medidas que favorecessem a participação de indivíduos qualificados na administração, organização e defesa dos interesses metropolitanos.

Para que se compreenda plenamente essa configuração plural e hierarquizada do campo da saúde na colônia, é necessário reconhecer que a flexibilidade observada nas práticas de cura não representava uma ruptura com os modelos metropolitanos, mas sim uma adaptação necessária à realidade colonial. Essa adaptação não subvertia a ordem imposta por Portugal, mas operava dentro de seus limites, permitindo que a estrutura social e econômica funcionasse minimamente mesmo em contextos onde o saber legítimo acadêmico e institucionalizado era escasso ou ausente.

Nesse sentido, a tolerância à atuação dos práticos da saúde pode ser entendida como uma estratégia de governabilidade. Em vez de promover uma democratização dos saberes ou reconhecer plenamente o valor das práticas empíricas, a administração portuguesa optou por canalizar essas atividades dentro de uma lógica de vigilância e controle. Tal como destacam Calainho (2009) e Ribeiro (2005), o Estado luso-brasileiro buscava compatibilizar a manutenção da ordem com a funcionalidade das práticas terapêuticas no cotidiano colonial, reforçando uma hierarquia simbólica que garantia aos físicos a primazia do saber, ainda que sua presença fosse mais normativa do que efetiva.

Essa dinâmica revela uma contradição fundamental: ao mesmo tempo em que a colônia precisava dos cirurgiões, curandeiros e outros agentes práticos para atender às demandas concretas de saúde, o reconhecimento simbólico desses sujeitos era sistematicamente limitado. A legitimidade de sua atuação dependia, não de sua eficácia ou experiência, mas de sua posição dentro de um campo social profundamente regulado por critérios externos como a formação universitária e o vínculo com instituições reconhecidas pela metrópole. Tal como aponta Bourdieu (2013), a estrutura dos campos sociais define o que é considerado capital legítimo, e esse capital está sempre vinculado à reprodução das hierarquias existentes.

A marginalização simbólica dos saberes empíricos, mesmo diante de sua relevância prática, reflete um modelo de racionalidade colonial profundamente orientado pelo imaginário metropolitano. Como analisa Baczko (1985), o imaginário social opera como um filtro que legitima determinadas formas de conhecimento e desqualifica outras, estabelecendo, assim, o que pode ser reconhecido como verdadeiro, útil ou autorizado. No contexto da América portuguesa, esse imaginário se materializava na persistência das hierarquias do saber e na recusa sistemática em reconhecer os agentes locais como produtores legítimos de conhecimento.

Dessa forma, a história da saúde na colônia não pode ser compreendida apenas como um relato de escassez institucional ou de improviso terapêutico. Trata-se, antes, de um campo de disputas simbólicas e políticas, no qual diferentes formas de saber e diferentes agentes disputavam espaços, reconhecimento e legitimidade. Essa tensão permanente entre teoria e prática, entre saber metropolitano e experiência colonial, entre centralização e necessidade local, estruturou a dinâmica das artes de curar no Brasil colonial. É nesse entrecruzamento que se compreende a emergência das rupturas e permanências que marcaram a história dos saberes médicos, como tem evidenciado a historiografia recente comprometida com uma abordagem mais plural, crítica e descentralizada do passado.

Ao observar a sociedade portuguesa entre os séculos XVI e XVIII, tanto na metrópole quanto em suas colônias, percebe-se a influência significativa do imaginário social na estruturação das dinâmicas sociais e, conseqüentemente, no funcionamento da sociedade. No entanto, a realidade não é definida apenas pelas relações sociais, mas também pelas condições concretas que impactam e limitam o ser humano. Como destaca Vigário (2009):

Imaginário envolve representações e as representações dão sentido ao mundo, são construídas a partir do real e introjetadas social e historicamente no inconsciente coletivo. Faz parte de um campo de representação em que o pensamento se manifesta pelas imagens que vem à mente como forma da realidade (Vigário, 2009, p.5).

Nesse contexto, constatamos que, ao analisar a história da saúde no Brasil, nos deparamos com a relevância do imaginário social para compreender as hierarquias do conhecimento no país, as disputas por espaços de atuação e as relações entre a sociedade e os diversos praticantes das artes de cura. Além disso, é possível identificar uma série de permanências no imaginário social e nas práticas terapêuticas, bem como rupturas específicas decorrentes da realidade colonial brasileira.

Dessa forma, observa-se que os cirurgiões constituíram a categoria que mais soube aproveitar as brechas abertas pela flexibilidade imposta pela realidade colonial sobre o imaginário social herdado da metrópole. Ao mesmo tempo em que eram pressionados pelas exigências concretas do cotidiano na América portuguesa, esses agentes operavam dentro de um espaço onde as rígidas fronteiras estabelecidas entre os saberes oficiais se tornavam mais porosas. A prática cirúrgica colonial foi, portanto, moldada tanto pela carência de estruturas institucionais quanto pela urgência de atender a uma população vulnerável à ausência de médicos formados, uma situação que conferiu aos cirurgiões um lugar de destaque, ainda que ambíguo, no cenário da saúde luso-americana.

É neste contexto social entre metrópole e colônia que denotamos em especial na América portuguesa um elemento que a primeira instância pode ser entendido como dicotômico, mas que na realidade revela um elemento complexo da sociedade portuguesa em contraste com a realidade colonial, que de um modo geral pode ser visto como a existência de dois discursos e práticas que se encontram descompassados, sendo um a persistência e permanências de saberes e práticas médicas já estabelecidas dentro do conhecimento erudito português e que provinham de autoridades reconhecidas neste campo desde a Idade Média.

Por outro lado, é visível a partir das práticas e obras de agentes de curas reconhecidos pela administração portuguesa o surgimento de práticas e saberes que rompiam com o conhecimento estabelecido, estas rupturas ganham formas e destaques principalmente a partir do século XVIII. Compreender a natureza, razão e processos que permitiram essa existência de permanências e rupturas de um campo de saberes ligados à saúde e às doenças na América portuguesa é o cerne desta pesquisa

É interessante notar que estas peculiaridades permitiram o surgimento de um campo de atuação que, apesar de regulado simbolicamente pelas normas metropolitanas, ganhava contornos próprios na colônia. A divergência entre o discurso oficial, que reiterava a rigidez das hierarquias sociais e epistêmicas, e a prática cotidiana, que impunha uma necessária mobilidade dessas mesmas hierarquias, manifesta-se com clareza na trajetória dos cirurgiões coloniais. É precisamente nesse espaço de tensão entre norma e exceção, entre permanência e ruptura, que emerge a figura do cirurgião como chave interpretativa para a compreensão das dinâmicas sociais, culturais e políticas da sociedade colonial.

Ao analisar essa categoria de agentes de cura, torna-se possível obter uma leitura mais complexa do funcionamento da sociedade colonial, de suas limitações e possibilidades, bem como do impacto exercido pelas determinações metropolitanas sobre os modos de vida e de saber locais. Os cirurgiões atuavam como agentes de mediação entre o saber institucionalizado e a experiência empírica; entre o modelo idealizado da medicina acadêmica e a realidade concreta da cura no interior da colônia. Como aponta Ribeiro (2005), compreender a trajetória desses agentes significa compreender também as tensões estruturais da própria sociedade em que estavam inseridos.

Essa compreensão pode ser ampliada através do estudo de tratados de saúde produzidos no século XVIII por cirurgiões que atuaram diretamente no Brasil. Essas obras, mais do que simples compilações terapêuticas, representam testemunhos privilegiados sobre as condições do saber e da prática médica em um contexto periférico, revelando tanto a circulação de conhecimentos quanto os mecanismos de adaptação e tradução desses saberes frente às necessidades locais. Entre essas fontes, destaca-se o *Erário Mineral*, publicado em 1735 na Lisboa Ocidental, na oficina de Manuel Rodrigues, de autoria do cirurgião Luís Gomes Ferreira formado no Hospital Real de Todos os Santos, uma das instituições mais importantes da medicina portuguesa setecentista.

Composto por doze tratados divididos em dois volumes, o *Erário Mineral* descreve de maneira detalhada uma ampla gama de enfermidades, tratamentos e remédios, muitos dos quais observados e aplicados pelo autor durante sua atuação no Brasil entre os anos de 1708 e 1731. Além disso, a obra revela o contato de Ferreira com outros praticantes da cura e suas trocas de saberes, o que reforça o caráter plural e dinâmico da medicina praticada na colônia. A presente análise utiliza a edição brasileira organizada por Júnia Ferreira Furtado (2002), que inclui textos complementares fundamentais para contextualizar a leitura dos tratados originais.

O foco deste trabalho recai, especialmente, os conteúdos que concentram relatos de experiências clínicas, formulações terapêuticas e referências a saberes adquiridos tanto na metrópole, durante sua formação inicial, quanto na colônia, a partir da convivência com os agentes locais. Esses elementos fornecem subsídios valiosos para a análise da prática profissional de Luís Gomes Ferreira, lançando luz sobre sua trajetória individual, sobre as redes de saber e autoridade com as quais se relacionava, bem como sobre o modo como ele operava entre diferentes regimes de conhecimento. Através dessa abordagem, é possível

compreender não apenas a figura de Ferreira, mas também o perfil social e epistêmico da categoria à qual ele pertencia, ampliando assim a compreensão das rupturas e permanências que marcaram o campo da saúde no Brasil colonial.

Considerando que o *Erário Mineral* é, em sua essência, um tratado de medicina concebido com objetivos pragmáticos e comerciais especialmente no que tange à valorização e circulação de um saber terapêutico aplicado, é fundamental reconhecer que o texto não se apresenta como uma produção neutra ou desinteressada. Como bem destacam autores como Chartier (1991) e Bourdieu (1989), todo discurso é uma forma de representação situada e atravessada por interesses simbólicos. Nesse caso, a obra de Luís Gomes Ferreira revela-se como uma construção retórica que visa não apenas instruir, mas também conferir prestígio e autoridade ao seu autor, transformando o conhecimento medicinal em capital simbólico e econômico.

Ainda assim, é preciso destacar que, apesar de seu caráter discursivamente posicionado, os saberes e práticas descritos ao longo da obra foram reconhecidos como legítimos por seus contemporâneos, o que garante à fonte uma legitimidade social dentro do campo médico do período. Como observam Furtado (2002) e Wissenbach (2002), a autoridade de Ferreira não deriva apenas de sua formação institucional, mas da combinação entre experiência empírica, reconhecimento prático e capacidade de sistematização do saber.

É igualmente essencial reconhecer que grande parte do conteúdo apresentado no *Erário Mineral* não decorre exclusivamente da formação acadêmica do autor, mas sim de sua vivência direta no contexto colonial. Em diversos trechos do tratado, Luís Gomes Ferreira admite que seus conhecimentos foram ampliados por meio do contato com outros agentes da cura, trocas informais de saberes e observações empíricas realizadas durante seu percurso nas Minas Gerais. Dessa forma, a obra assume um valor qualitativo inestimável para os propósitos desta pesquisa, pois permite compreender como se construía, se adaptava e se transmitia o conhecimento médico-cirúrgico no interior da colônia, em uma rede onde conviviam elementos da tradição letrada e práticas oriundas da experiência local.

A relevância da obra se torna ainda mais evidente ao considerar seu contexto de produção: início do século XVIII, na região mineradora das Minas Gerais, espaço de intensa mobilidade social, crescimento populacional e concentração de colonos oriundos das regiões Sudeste e Nordeste, atraídos pela expectativa de enriquecimento com a exploração aurífera.

Nesse ambiente dinâmico e por vezes instável, a atuação dos cirurgiões tornava-se indispensável, sobretudo diante da precariedade dos recursos institucionais e da ausência de médicos diplomados. O *Erário Mineral* documenta, portanto, não apenas um conjunto de práticas, mas o cotidiano de um profissional que atuava na linha de frente da saúde colonial, lidando com colonos e pessoas escravizadas em um território marcado por tensões sociais e condições adversas.

Ainda que a trajetória de Luís Gomes Ferreira contenha elementos singulares e esteja inserida em um contexto específico marcado por sua formação no Hospital Real de Todos os Santos e sua longa atuação nas Minas Gerais, os aspectos narrados em sua obra *Erário Mineral* transcendem a experiência individual. As práticas, desafios e soluções descritas por Ferreira refletem dinâmicas amplas compartilhadas por outros cirurgiões que atuaram no Brasil colonial, o que permite que tanto o autor quanto sua obra sejam tomados como representativos de uma categoria social mais extensa.

Como aponta Márcia Moisés Ribeiro (2005), a análise de trajetórias individuais, quando situada em seu devido contexto histórico e social, pode revelar estruturas mais amplas de funcionamento, servindo como chave de leitura para a compreensão de grupos sociais inteiros e de suas lógicas internas de atuação e reconhecimento. A versão da fonte utilizada nesta pesquisa se encontra o fac-símile organizado por Júnia Ferreira Furtado e publicado em 2002, contendo textos introdutórios que permitem uma melhor compreensão sobre a escrita de Luís Gomes Ferreira, como também o próprio *Erário Mineral*.

Partindo dessa concepção, a presente pesquisa adota como estratégia metodológica a análise minuciosa do conteúdo do *Erário Mineral*, interpretando-o à luz da bibliografia historiográfica especializada sobre os saberes médicos e a sociedade colonial. A obra é aqui mobilizada como um instrumento heurístico, assumindo a função de *paradigma indiciário*, no sentido proposto por Carlo Ginzburg (1991). Trata-se de considerar a fonte não apenas como testemunho direto de um tempo e de um agente, mas como um vestígio que, a partir de suas particularidades, permite inferir regularidades, tensões e estruturas subjacentes que marcaram o campo da cura no mundo luso-americano.

Essa abordagem exige, no entanto, uma postura crítica diante dos discursos médicos produzidos no interior das instituições portuguesas. Como sugerem as análises de Calainho (2009) e Ribeiro (2005), é necessário reconhecer que tais discursos eram elaborados dentro

de contextos intelectuais, políticos e simbólicos específicos, muitas vezes idealizados e afastados da prática real, mesmo na própria metrópole. A persistência de práticas associadas à superstição ou à religiosidade popular entre médicos formados evidencia que o universo simbólico da medicina letrada não estava imune às representações tradicionais e ao imaginário coletivo. Dessa forma, não se pode supor uma dicotomia rígida entre ciência e crença, entre metrópole e colônia, pois essas fronteiras eram constantemente negociadas e transgredidas na prática cotidiana.

Um conceito-chave para compreender esse cenário é o de *artes de curar*, conforme desenvolvido por Nikelen Witter (2005). Esse termo engloba um conjunto de práticas terapêuticas exercidas por agentes como cirurgiões, parteiras, curandeiros, sangradores e outros práticos da saúde, cuja atuação era reconhecida socialmente, embora considerada inferior ao exercício da medicina acadêmica. Essa distinção era fundamental no Antigo Regime, pois refletia não apenas diferentes níveis de formação e conhecimento, mas sobretudo hierarquias sociais profundamente arraigadas. Enquanto os médicos bacharéis ocupavam um lugar de prestígio e eram associados às ciências e ao saber nobre, os demais praticantes eram enquadrados como detentores de "artes mecânicas", muitas vezes aprendidas pela prática e pela oralidade, e, por isso, desvalorizadas no discurso oficial.

Essa perspectiva é essencial para analisar o cruzamento entre medicina, religiosidade e magia no contexto colonial. Como salienta Kelly Cristina Viana (2008), o homem colonial do século XVIII vivia imerso em um universo simbólico no qual as forças sobrenaturais influenciavam diretamente a vida cotidiana. O medo do feitiço, da possessão e das causas ocultas da doença fazia parte de um imaginário social persistente, herdado da metrópole e reelaborado no espaço colonial. Márcia Moisés Ribeiro (2005) complementa essa visão ao afirmar que tais crenças influenciavam não apenas os doentes, mas também os próprios agentes da cura, que muitas vezes associavam a origem das enfermidades a fatores espirituais ou morais. Nesse sentido, compreender a atuação dos cirurgiões na colônia exige reconhecer a permeabilidade entre os saberes médicos e as representações simbólicas e religiosas que estruturavam a visão de mundo do período.

Para o tratamento do *Erário Mineral* como fonte histórica nesta pesquisa, adota-se uma abordagem metodológica atenta à natureza discursiva e às condições de produção dessa obra, conforme recomenda Márcio de Sousa Soares (2001). O autor chama a atenção para a necessidade de cautela na seleção e leitura de fontes em temas ligados às práticas terapêuticas

populares e não institucionalizadas. Isso porque, ao longo da história, muitos dos registros produzidos sobre os chamados "práticos da cura" foram elaborados por intelectuais e médicos alinhados a uma concepção eurocêntrica de civilização, baseada na valorização do saber acadêmico e na desqualificação sistemática de saberes empíricos, religiosos ou mágicos. Como consequência, consolidou-se uma visão negativa e estigmatizante sobre esses agentes, cuja atuação era considerada marginal, mesmo sendo essencial para a sobrevivência cotidiana da população colonial.

Portanto, a escolha e interpretação da fonte devem considerar que a deslegitimação dos saberes empíricos não foi resultado de sua ineficácia, mas de um processo histórico de exclusão simbólica como aponta Pierre Bourdieu (1989) ao discutir o campo científico como um espaço de disputas pela autoridade legítima do saber. Em outras palavras, o que se reconhece como "medicina oficial" ou "ciência legítima" é, em grande parte, fruto de uma construção histórica e política, sustentada por instituições e mecanismos de reprodução social. Assim, ao adotar o *Erário Mineral* como objeto de análise, é imprescindível reconhecer que o texto carrega intencionalidades, representações e disputas, e que a própria figura do cirurgião Luís Gomes Ferreira se inscreve em uma rede complexa de tensões entre saber acadêmico e saber prático.

Para realizar uma análise crítica e contextualizada do conteúdo e da posição social refletida no texto, esta pesquisa se apoia nos estudos de Márcia Moisés Ribeiro (2005), cuja obra é central para compreender a natureza ambígua da prática cirúrgica no Brasil do século XVIII. Ribeiro argumenta que os cirurgiões se situavam numa zona de transição entre o campo dos saberes legitimados ocupados por médicos bacharéis formados em Coimbra e as práticas manuais, consideradas inferiores e associadas às "artes mecânicas". Tal classificação, herdada do mundo corporativo europeu do Antigo Regime, não era estática: variava conforme o contexto, o reconhecimento social local e a forma como esses profissionais atuavam em diferentes territórios do Império. A fluidez social dessa categoria, portanto, é um dado central para entender como se davam as relações entre prestígio, saber e prática no interior da sociedade colonial.

Com base nessas reflexões, a escolha dos cirurgiões como foco analítico desta pesquisa está ancorada na abordagem proposta por Nikelen Witter (2005), que defende a superação de modelos hierarquizantes de análise ao estudar os praticantes das *artes de curar*. Segundo a autora, é preciso abandonar a lógica que os compara constantemente com os

médicos formados para, em vez disso, valorizá-los a partir de seus próprios contextos de atuação, práticas e saberes. Essa abordagem pressupõe o reconhecimento da pluralidade do campo terapêutico no mundo colonial, onde conviviam, muitas vezes de forma complementar, a medicina acadêmica, os saberes empíricos, os conhecimentos populares e as crenças religiosas. Recusar uma leitura homogênea da medicina é, portanto, condição fundamental para recuperar a agência desses sujeitos e compreender o papel estruturante que desempenhavam na dinâmica social da colônia.

Nesse sentido, a análise proposta nesta pesquisa também leva em conta a capacidade dos cirurgiões de adaptar suas práticas às especificidades do território colonial, em especial nas regiões de mineração. O ambiente das minas, como demonstram Furtado (2002) e Wissenbach (2002), impunha desafios únicos: escassez de recursos, doenças tropicais, isolamento geográfico e constante mobilidade populacional. Esses fatores exigiam uma constante reelaboração das estratégias terapêuticas, e levavam os cirurgiões a incorporar, de forma prática e criativa, saberes oriundos das interações com indígenas, africanos escravizados e outros agentes locais. Essa incorporação de conhecimentos diversos evidencia o caráter plural e híbrido da medicina colonial, formada tanto por heranças teóricas da metrópole quanto por experiências sensíveis construídas no dia a dia da colônia.

Além disso, como enfatiza Witter (2005), qualquer investigação sobre os agentes da cura no Império português deve partir de uma análise cuidadosa de sua posição social, das condições materiais de sua atuação e das práticas efetivamente desenvolvidas. Esses elementos não são acessórios: eles são fundamentais para entender os mecanismos de reprodução e manutenção da ordem social no período. Ao ocuparem um espaço intermediário ora respeitados por sua utilidade, ora desqualificados por sua formação, os cirurgiões evidenciam a complexidade da estrutura colonial e as tensões internas ao campo da saúde. Sua análise, portanto, contribui não apenas para a história da medicina, mas também para uma compreensão mais ampla das relações entre saber, poder e sociedade no mundo luso-americano do século XVIII.

Para esse propósito, a pesquisa será delimitada ao século XVIII, na região das Minas (território que, em grande parte, corresponde ao atual estado de Minas Gerais), devido à abundância de informações contidas nos tratados escritos por Luís Gomes Ferreira e outros cirurgiões. Esses registros permitem uma análise mais detalhada da atuação desses indivíduos na sociedade colonial. Além disso, a exploração do ouro resultou em uma significativa

migração de pessoas interessadas em lucrar com a mineração, seja diretamente, por meio do garimpo, ou indiretamente, prestando serviços aos grandes senhores de escravizados, que eram os principais responsáveis pela atividade mineradora.

Adicionalmente, o século XVIII simboliza, de forma mais evidente, o ápice de um processo secular de convivência entre indivíduos de diferentes origens e culturas, resultando na formação de algo que não é uma mera reprodução das culturas originais, mas sim algo novo e específico ao território, incorporando elementos das culturas que coexistiram nesse espaço, conforme descrito por Ribeiro (2005).

Ao se considerar a medicina enquanto amálgama cultural, nada mais revelador que analisá-la no século XVIII, pois duzentos anos de convivência entre brancos, negros e índios, foram certamente suficientes para que suas culturas se entrecruzassem e originassem uma formação social fortemente marcada pela especificidade. (RIBEIRO,2005, p.24).

Nas Minas do século XVIII, na colônia, encontramos uma significativa concentração de colonos provenientes de diversas regiões, que enfrentavam as adversidades geradas pela exploração de minérios e pela formação apressada de povoados. Nesse contexto, torna-se imprescindível, para compreender o papel dos cirurgiões nas Minas do Ouro, o entendimento da sociedade mineira do século XVIII. Paralelamente, as peculiaridades dessa região e de sua população foram determinantes para moldar a esfera de atuação e as condições sociais dos cirurgiões desse período.

De forma semelhante, é imprescindível, na análise da atuação dos cirurgiões, reconhecer que os conhecimentos e práticas por eles empregados são fundamentais para compreender seu papel no contexto colonial. O saber adquirido durante sua formação na metrópole, combinado com o repertório construído a partir das experiências vivenciadas na colônia, constitui um elemento central desta pesquisa.

De maneira similar, é indispensável, na investigação sobre a atuação dos cirurgiões, reconhecer que os saberes e as práticas por eles aplicados são essenciais para entender seu papel no contexto colonial. O conhecimento obtido durante sua formação na metrópole, somado ao repertório desenvolvido a partir das vivências na colônia, representa um aspecto fundamental desta pesquisa.

Mesmo possuindo uma organização própria, a atuação dos praticantes de cura baseava-se naquilo que era considerado o núcleo da medicina voltada para a preservação e restauração da saúde. Essa percepção também fundamentava a medicina acadêmica, como

pode ser observado na declaração de Luís António Verney em sua obra *O Verdadeiro Método de Estudar* (1745, p. 88): "A Medicina é a Ciência que ensina a conservar e recuperar a vida perfeita e a saúde do corpo humano. Essa definição não tem controvérsias, porque é clara e abraçada geralmente." (*apud* Viotti, 2017, p. 23).

Nesse contexto, ressalta-se a relevância da análise da obra *A Ciência e a Filosofia dos Modernos*, de Paolo Rossi (1992), que oferece uma reflexão ampla sobre a relação entre o cosmos e as ciências valorizadas no contexto das ciências modernas em Portugal e suas colônias, com especial destaque para a Medicina. Contudo, a estagnação científica portuguesa, aliada ao isolamento em relação aos avanços de outros reinos, contribuiu para a valorização dos saberes tradicionais como uma estratégia de reorganização e reestruturação das práticas e conhecimentos existentes.

Esse fenômeno, conforme evidenciado pelas obras analisadas neste estudo, persistiu ao longo do período moderno. De maneira consistente, o texto *Imagens do Corpo e Saber Médico em Portugal no Século XVI*, de Lígia Bellini (2006), destaca uma compreensão dos conhecimentos médicos em Portugal no início da Idade Moderna, ressaltando a continuidade de tradições e concepções sobre o corpo e a saúde, mesmo diante das transformações epistemológicas resultantes das descobertas e do intercâmbio com outras regiões.

Com base nos princípios teóricos sobre a atuação dos cirurgiões na região de Minas Gerais no século XVIII, torna-se evidente a necessidade de uma análise que aprofunde a compreensão acerca de como esses profissionais atuavam e reagem às especificidades e demandas locais, considerando suas limitações teóricas e práticas. Além disso, é fundamental compreender como o imaginário associado às concepções de cura de origem medieval se perpetuava no repertório de conhecimentos e práticas desses cirurgiões.

Também é por meio da construção de um imaginário próprio do período colonial brasileiro e da dinâmica estabelecida entre colônia e metrópole que se tornam possíveis as rupturas. Isso ocorre porque, conforme defende Chartier (1991), o imaginário emerge da tentativa dos indivíduos de representar a realidade, utilizando essa representação como um mecanismo de hierarquização e organização da sociedade.

Como a fonte do *Erário Mineral* de 1735 se constitui como a fonte que serve de cerne para esta pesquisa (ao qual servirá ao mesmo tempo como o meio da onde será retirada trechos importantes que demonstram a experiência colonial e ao mesmo tempo traz elementos

que demonstraram o imaginário do período referente ao recorte temático desta pesquisa), se torna importante fazer uma apresentação e análise tanto externa quanto interna desta fonte a fim de que o leitor desta pesquisa possa entender a riqueza de informações presentes neste trabalho do cirurgião Luís Gomes Ferreira que tem servido e certamente servirá para mais análises da História da Saúde e das Doenças da América portuguesa do século XVIII.

Portanto para o prosseguimento deste trabalho será abordado no primeiro capítulo uma análise interna e externa da obra *Erário Mineral* e de seu autor, o cirurgião Luís Gomes Ferreira, a fim de demonstrar como esta fonte pode servir de base para uma compreensão do imaginário social em torno da saúde, doenças, o papel e atuação dos cirurgiões na colônia e na metrópole e das permanências e rupturas da medicina portuguesa.

O segundo capítulo busca a partir da ideia de que a realidade colonial influenciou a atuação dos praticantes de cura, portanto surge a necessidade de compreender a sociedade colonial, com ênfase especial na sociedade mineira, a fim de identificar os elementos específicos que poderiam impactar a prática dos cirurgiões. Entretanto para que essa análise seja frutífera é necessário em um movimento paralelo compreender o percurso e o funcionamento da sociedade portuguesa nos primeiros séculos da Modernidade. Assim, a segunda parte desta pesquisa será dedicada à contextualização do espaço territorial e social do Brasil colonial, com destaque para a região de Minas Gerais no século XVIII.

Por fim, o terceiro capítulo foca na análise da fonte histórica para investigar os conhecimentos e práticas desenvolvidos e aplicados pelos cirurgiões durante sua atuação na colônia. O objetivo é identificar quais elementos do imaginário científico e social da medicina "tradicional" portuguesa permaneceram em vigor até o século XVIII na colônia e quais foram modificados ou romperam com a tradição médica portuguesa. Essa análise visa compreender as razões que levaram às permanências e rupturas nos saberes e práticas dos cirurgiões.

1. *Erário Mineral*, uma obra que transcende seu autor

O *Erário Mineral*, obra publicada em 1735 por Luís Gomes Ferreira, é composto por doze tratados organizados em dois volumes, nos quais o autor aborda uma ampla gama de enfermidades, tratamentos e reflexões sobre o ofício de curar. Cada tratado é dividido em capítulos, com estruturas que alternam entre a exposição de procedimentos terapêuticos e a análise de situações excepcionais que demandavam abordagens alternativas ou maior cautela por parte do cirurgião. Ao longo da obra, observa-se um esforço sistemático de categorização das doenças e das terapias correspondentes, sem perder de vista os limites práticos e empíricos da medicina colonial. A escrita em primeira pessoa confere à obra um caráter híbrido, oscilando entre o discurso técnico-científico e o relato pessoal, com frequência marcado por experiências vivenciadas no exercício da profissão nas Minas Gerais.

A combinação entre a descrição minuciosa de sintomas, diagnósticos e terapias e a presença de ingredientes acessíveis à realidade colonial como plantas medicinais da flora nativa e substâncias de origem animal revela a adaptabilidade da prática médica de Ferreira, construída na interseção entre o saber europeu e o conhecimento empírico local. Ao incorporar elementos da farmacopeia indígena e popular, o autor demonstra não apenas um pragmatismo médico, mas também uma capacidade de síntese entre diferentes tradições de cura. Como ressaltam Furtado (2002) e Wissenbach (2002), essa apropriação de saberes outros não se deu de forma passiva, mas por meio de uma elaboração teórica que buscava enquadrá-los dentro das premissas da teoria humoral dominante.

Além de seu conteúdo clínico, o *Erário Mineral* também aborda aspectos sociais, morais e culturais relacionados à saúde, especialmente no que se refere ao tratamento de pessoas escravizadas. Ferreira se refere às enfermidades que acometiam os cativos nas regiões de mineração, discute suas condições de vida, alimentação, rotina e até mesmo a forma como suas dores eram compreendidas ou ignoradas. Essa dimensão da obra a torna uma fonte valiosa não apenas para a história da medicina, mas também para os estudos sobre a sociedade colonial, a cultura material e o cotidiano dos grupos subalternizados no Brasil do século XVIII.

Nesse sentido, a reflexão de Gorki citada por Silva (2005) é especialmente pertinente: embora a vida humana seja limitada a um breve espaço de tempo, suas obras podem

ultrapassar as barreiras do tempo e impactar gerações futuras com uma força muitas vezes superior à de seu autor enquanto indivíduo. Essa ideia se aplica com precisão ao *Erário Mineral*, que, mesmo redigido em 1735, permanece como uma das fontes mais importantes para os estudos da história da saúde e das doenças no Brasil colonial. Sua densidade informativa e a riqueza dos relatos permitiram que a obra ultrapassasse os limites do campo médico, sendo também referência para investigações sobre cultura, alimentação, práticas cotidianas, hierarquias sociais e experiências escravizadas na América portuguesa.

A proposta desta seção é, portanto, analisar a natureza e a trajetória histórica dessa fonte, inserindo-a no contexto intelectual e cultural do século XVIII português. A intenção é compreender não apenas o que ela revela sobre a atuação de um cirurgião específico, mas também o que sua produção pode indicar sobre as estruturas sociais, os valores e os desafios do período em que foi escrita. Essa análise busca demonstrar que o *Erário Mineral* não deve ser visto como uma obra isolada ou como um registro marginal, mas como parte de uma corrente mais ampla de textos produzidos em Portugal no século XVIII especialmente no âmbito do que se convencionou chamar de Ilustração portuguesa.

Ao examinarmos o panorama intelectual luso-brasileiro do período, nos deparamos com uma série de iniciativas por parte de autores, médicos, filósofos e religiosos portugueses no sentido de assimilar os avanços científicos e filosóficos que vinham sendo desenvolvidos na Europa ocidental desde o final do século XVII. Esse movimento, embora influenciado pelas ideias do Iluminismo, não assumiu em Portugal um caráter revolucionário, como ocorreu na França, por exemplo. Como demonstra Paolo Rossi (1992), a recepção das ciências modernas nos reinos ibéricos foi marcada por um processo seletivo e adaptativo, no qual as inovações eram incorporadas apenas na medida em que não contrariassem a estrutura hierárquica e o conservadorismo político da monarquia portuguesa.

Desse modo, a Ilustração portuguesa constituiu-se como um projeto de renovação sem ruptura, no qual se buscava integrar o discurso do progresso, da razão e da utilidade pública à manutenção da ordem tradicional. Como destaca Ribeiro (2005), essa tentativa de modernização coexistia com práticas profundamente arraigadas nas estruturas sociais do Antigo Regime, gerando um descompasso entre o discurso oficial e a realidade concreta da vida social e institucional. Essa contradição fica evidente em obras como o *Erário Mineral*, que expressam, ao mesmo tempo, a vontade de sistematizar o saber, a valorização da experiência e a fidelidade aos paradigmas clássicos da medicina tradicional.

Portanto, analisar o *Erário Mineral* é também analisar os limites e alcances da Ilustração portuguesa, compreendendo como um discurso de modernização científica e racional se articula com práticas coloniais marcadas por improvisação, desigualdade e hierarquia. A obra de Ferreira não apenas documenta o estado do saber médico no Brasil setecentista, mas também reflete as tensões entre metrópole e colônia, entre tradição e inovação, entre ciência e experiência. Por isso, ela deve ser lida como uma peça fundamental para entender não apenas o campo da saúde, mas os próprios fundamentos do pensamento e da prática social no mundo luso-americano do século XVIII.

É nesta sociedade em que Luís Gomes Ferreira que era um cirurgião formado no Hospital Real de Todos os Santos (antes da sua destruição em 1755) busca produzir sua obra, de acordo com seus relatos a sua obra surge de pedidos de terceiros que consideravam que seu conhecimento sobre cirurgia e sua experiência na colônia poderia ser útil para a sociedade portuguesa de forma geral. Isto é perceptível no prólogo ao leitor:

Por ser o primeiro, não me debes argüir, antes merece a minha curiosidade algum louvor, pois saberás que, para escrever estas notícias de clima tão remoto e de remédios ainda não escritos em menos tempo de um ano tendo a precisa ocupação de mineiro, o não fizera se não fosse movido de alguns confessores e amigos e por servir à república destas Minas, povo tão dividido e tão numeroso, compadecendo-se das calamidades que padece, pelas ter visto (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p. 183).

Aqui vemos que a defesa do autor é que sua obra foi feita a pedido e em necessidades de diversos práticos e agentes de cura que buscavam tratar os diversos males sofridos por colonos e portugueses e que não possuíam o conhecimento formal ou a prática para tratá-los.

Um aspecto especialmente revelador da obra de Luís Gomes Ferreira é a escolha do título *Erário Mineral*. A palavra “erário” remete, historicamente, ao tesouro público ou ao conjunto de bens que pertencem ao Estado, o que já indica uma intenção simbólica de atribuir valor coletivo e utilidade pública ao conteúdo da obra. Nesse sentido, mesmo que de forma talvez não totalmente consciente, o autor parece posicionar sua produção como um “tesouro de conhecimento” destinado não apenas aos praticantes da cura, mas à sociedade como um todo especialmente àquela inserida nas complexas dinâmicas econômicas e sociais das Minas Gerais no século XVIII. Ao fazê-lo, inscreve-se em uma tendência característica da Ilustração portuguesa, cujo foco não era a transformação radical da ordem social, mas sim a promoção de uma racionalidade reformadora útil à manutenção e ao aperfeiçoamento do Império.

Como observa Fernando Novais (1984, p. 107), as primeiras obras ilustradas produzidas em Portugal entre o final do século XVII e as primeiras décadas do XVIII apresentavam traços semelhantes: tratava-se de textos cuja legitimidade derivava, em parte, de sua utilidade declarada para o funcionamento do Estado e da administração ultramarina. Em muitos desses escritos, a preocupação com o bem-estar coletivo e com o progresso da metrópole aparecia justaposta ao compromisso com a ordem vigente, gerando um discurso reformista moderado. Ao comparar o *Erário Mineral* com outras obras analisadas por Novais, torna-se evidente sua inserção nesse universo: há uma defesa do conhecimento útil, da experiência prática e da aplicação direta dos saberes médicos às realidades coloniais, especialmente no que tange ao cuidado com a força de trabalho escravizada elemento central para a economia aurífera da capitania.

Intencionalmente ou não, Ferreira dedica boa parte de sua obra a relatar, analisar e propor tratamentos para as enfermidades que acometiam os escravizados nas minas. Esses indivíduos representavam não apenas a base da produção econômica local, mas também um grupo particularmente vulnerável às más condições de vida, à sobrecarga de trabalho e à precariedade da assistência à saúde. Ao tratar desse tema com atenção e detalhe, o autor não apenas cumpre como declara em seu prólogo um dever cristão de caridade e cuidado, mas também colabora, de modo prático, com o bom funcionamento da economia colonial. Assim, o *Erário Mineral* transcende os limites de um manual terapêutico e se afirma como um instrumento de racionalização da força de trabalho, alinhado com os objetivos mais amplos da administração portuguesa na colônia.

Essa dimensão utilitária, aliada à preocupação com a aplicação prática dos saberes, confere à obra uma qualidade ilustrada no sentido que Bourdieu (1989) atribui ao capital simbólico investido nos discursos reformadores: trata-se de uma tentativa de construir autoridade e legitimidade por meio do compromisso com o bem comum e com a ordem. O próprio Ferreira, ao se dirigir a um público de colonos, administradores locais e outros práticos da saúde muitos dos quais alheios ao saber acadêmico formal opta por uma linguagem direta, pautada na experiência empírica e na clareza das instruções, afastando-se dos jargões técnicos ou da erudição literária que marcava muitas obras médicas do período. Essa escolha reforça seu caráter pragmático e pedagógico, características que o aproximam do perfil das obras ilustradas lusas da primeira metade do século XVIII.

De fato, como destaca Paolo Rossi (1992), uma das marcas da ciência moderna no contexto ibérico é o predomínio de uma racionalidade aplicada, voltada à utilidade e à administração eficiente dos corpos e territórios. O *Erário Mineral*, ao privilegiar descrições práticas, instruções claras e receitas baseadas em ingredientes acessíveis localmente, assume essa racionalidade não como retórica, mas como orientação metodológica. Seu público-alvo era composto por pessoas que, embora alheias ao saber erudito, desempenhavam funções de cuidado, administração ou autoridade local — figuras como senhores de escravos, militares, religiosos e outros agentes coloniais que, pela necessidade, envolviam-se com a cura.

Portanto, ao analisar a estrutura, o conteúdo e os propósitos do *Erário Mineral*, torna-se evidente que sua natureza vai além da compilação terapêutica. A obra deve ser compreendida como parte de um movimento mais amplo que, dentro dos limites impostos pela política absolutista e pelas hierarquias sociais do Império, buscava integrar conhecimento, experiência e ordem. Como outros textos da Ilustração portuguesa, ela participa de um esforço de renovação interna do Antigo Regime, ao mesmo tempo em que reafirma seus pilares fundamentais. Nesse sentido, o *Erário Mineral* não é apenas uma fonte relevante para a história da medicina, mas também um testemunho das articulações entre ciência, poder e colonialidade no século XVIII

Outra característica interessante presente no *Erário Mineral* que o demonstra como paradigma das obras ilustradas da primeira metade do século XVIII era seu caráter e defesa do pragmatismo diante dos aspectos puramente científicos e literários da época. O autor busca em sua obra utilizar menos de conhecimentos rebuscados e argumentações mais teóricas utilizando da experiência, vivência e instruções práticas para atingir seu público alvo que era justamente colonos e ou portugueses que possuíam pouco acesso ao conhecimento erudito, mas que por necessidade ou ofício buscavam tratar dos enfermos principalmente nas capitânicas da colônia.

O próprio autor admite isso no prólogo ao leitor onde alerta que:

Se o for por não escrever cirurgicamente, respondo que o meu intento não é satisfazer políticas, mas sim remediar necessitados, conforme o tempo me deu lugar; e como haviam de entender os ignorantes da Medicina e Cirurgia, se não fossem ensinados com o modo ordinário com que se explica o povo? Que esta é a maior razão por que assim o faço e por escrever para todos aproveitarem nas suas necessidades... (Ferreira, *apud* Furtado, p. 185).

Portanto a sua escrita visa alcançar seu público que estava para além da academia e isso era fundamental, porque embora a obra tenha sido feita em Portugal e apresente que também serviria para os portugueses que habitavam o reino, ficava visível que o principal público da obra era os praticantes de cura na colônia, cirurgiões-barbeiro, parteiras, cirurgiões, boticários, curandeiros dentre outros que beiravam a legalidade do governo sobre a atuação na saúde na colônia. Portanto era necessário uma leitura que não fosse apenas fácil de compreender, mas também pautada no cotidiano colonial, por isso o foco no uso de exemplos da experiência do dia-a-dia das suas duas décadas de atuação, além do uso de instruções e receitas que eram comuns na colônia e fáceis de serem reproduzidas.

O pragmatismo também fez parte da defesa da própria obra, pois prevendo possíveis críticas por esta ser um tratado de saúde feito por um Cirurgião (que embora tivesse uma formação erudita ainda era vista como um trabalhador manual) e não por um físico bacharel formado pela Universidade de Coimbra no curso de medicina. Para se proteger das críticas então o autor apresenta que sua experiência e atuação como cirurgião na colônia deu a ele uma autoridade provinda de sucessos obtidos nos tratamentos de diversos enfermos na colônia utilizando do seu conhecimento teórico adquirido na metrópole e de práticas aprendidas e adaptadas na colônia através da troca de saberes e experiências com outros práticos que conheceu ao viajar e trabalhar em diversas vilas na capitania de Minas Gerais.

Então no prólogo ao leitor o autor esclarece que seu principal argumento para a validação do seu trabalho é de que a razão não pode ser desassociado da prática, da experiência e do empirismo, pois a realidade não pode ser questionada, de tal modo que Ferreira escreve no prólogo:

E assim, como sempre me pareceu justo obedecer à razão, me pareceu sempre temerário contradizer a experiência, pois a razão e a experiência são as duas colunas em que se sustenta a Medicina e a Cirurgia; e como sejam maravilhosas e estupendas as obras que a natureza faz por caminhos ocultos, sem que a razão, nem o entendimento às alcance, daqui procede que maior fé se deve dar à experiência que à razão (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.225-226).

Também é interessante notar que Novais (2002, p.107) apresenta que uma característica notável dos primeiros textos ilustrados em Portugal era sua tendência de serem focados em regiões ao invés de abordar o império português como um todo, além disso o autores se dedicavam em apresentar problemas de natureza sócio econômico e propunham

soluções. Novais (2002, p .108) ainda apresenta que os principais textos deste período e contexto se dedicavam a atividades econômicas tais como agricultura e mineração.

Torna-se então oportuno analisar como *Erário Mineral* se encaixa nesse contexto desde o momento em que seu autor ainda no prólogo apresenta a intencionalidade de sua fonte em abordar problemas locais (embora deixe uma abertura para abordar outras regiões):

[...] passo a dizer que a enfermidade de maior ponderação e que mais comumente persegue os escravos nestas Minas e derrotam os senhores deles são as pontadas pleuríticas ... vendo morrer os doentes sem remédio, como eu muitas vezes tenho visto; e assim, por ser esta a doença mais comum e mais difícil, darei princípio por ela no seguinte tratado (Ferreira, apud Furtado, 2002, p.227).

É relevante perceber que não apenas o *Erário Mineral* se encontrava como um paradigma da ilustração portuguesa, como também um paradigma de uma geração de obras produzidas na América portuguesa por cirurgiões que decidiram desbravar em um terreno dominado principalmente pelos físicos bachareis e o universo acadêmico, pois pautaram sua legitimidade pela formação erudita obtida, da comprovação legal do Estado que reconhecia sua ação e por fim pela sua experiência enquanto exerciam sua função de formação.

Um grande exemplo de obra que segue um padrão similar ao *Erário Mineral* foi a obra do cirurgião José Antonio Mendes chamada o “*Governo de mineiros mui necessario aos que vivem distantes de professores, seis, oito, dez e mais legoas, padecendo por esta causa os seus domesticos e escravos queixas, que pela dilaçam dos remédios se fazem incuráveis, e as mais das vezes mortaes*” cujo título demonstra que também se refere a capitania de Minas Gerais e serve como uma apologética sobre a sua importância para a sociedade portuguesa.

A atuação dos cirurgiões na América portuguesa, especialmente na primeira metade do século XVIII, apresenta pontos de convergência que permitem traçar um perfil comum desses indivíduos, pois muitos destes foram formados no Hospital Real de Todos os Santos, instituição que proporciona uma preparação tanto teórica quanto prática, de modo relativamente sistematizado e uniforme. Este aspecto é indispensável ao longo desta pesquisa, pois a educação formal era um elemento que mantinha atuação dos cirurgiões uniformizados. Segundo Ribeiro (2005, p. 70) além da formação, suas trajetórias profissionais também revelam semelhanças, sobretudo nas regiões de mineração.

Consequente um aspecto que demanda uma diligência é a própria estrutura da obra *Erário Mineral*, pois quando se percebe a existência de demais obras sobre o século XVIII feitas por cirurgiões se torna curioso como esta obra em específico sobrevive e se torna uma das principais fontes deste período se sobressaindo como a escolha dos historiadores da História da Saúde e das doenças sobre esse recorte temático a partir da década de 1990. Para compreender isso é necessário então entender mais sobre a obra e sua estrutura interna.

Ainda que o autor tenha feito o *Erário Mineral* com fins puramente lucrativos, é possível de perceber que muito do que Ferreira apresenta na obra representa suas conclusões acadêmicas assim como elementos do seu imaginário que condizem com o imaginário social coletivo da sociedade portuguesa e colonial do século XVIII. Então quando o autor apresenta no seu prólogo que em sua vivência na colônia testemunhou coisas ao qual considerou incríveis e que contradiziam a razão acadêmica. como assim descreveu.

Contudo, ainda que estas coisas pareçam incríveis e contra a razão, a experiência mostra que todas são verdadeiras, pois vemos que, com os pós da simpatia deitados sobre o sangue ou sobre o pano molhado nele fresco, se curam as feridas, e, também, consta de muitas pessoas fidedignas que uma velha de oitenta anos criou com o leite de seus peitos uma neta sua, e também vemos que o pano chamado amianto, se não queima, ainda que esteja metido no fogo por muitas horas; vemos, finalmente, que muitas tosses, principalmente as secas, se não curam senão com laranjas azedas, piorando com os lambedores e coisas doces. (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.226-227).

Também é notório que a religião exercia uma influência considerável em sua vida e interpretação do mundo e da realidade a sua volta, não levemente o autor ao longo dos dois volumes e doze tratados de sua obra apresenta diversos elementos que fogem da esfera física da sociedade e perpassa o campo daquilo considerado espiritual e/ou sobrenatural, como observado no tratado XII ao qual aborda sobre os venenos mais comuns na colônia e como tratá-los dando uma ênfase principalmente nas picadas de animais peçonhentos, mas curiosamente no mesmo tratado e em seu último capítulo o autor aborda sobre a menstruação, referindo que o sangue de uma mulher durante este período seria “perverso e maligno” possuindo consequências e efeitos que podem ser encaixados no campo do sobrenatural, como descrito na seguinte passagem:

Todas as plantas por onde a mulher passar ou lhe pegar com sua mão se secarão, de tal modo que nunca mais tornarão a nascer; os cães que comerem o sangue menstrual se farão danados, e toda a mulher que, andando prenhe e lhe vier o mênstruo, a criança que parir nunca será forte; e toda a que lhe não baixarem os meses, não emprenhará e, andando com eles,

vendo-se a um espelho, ficará manchado e sem luzimento. As criaturas humanas, se por malícia ou erro, comerem sangue mensal, ficarão loucos e sem juízo, como eu vi um homem como uma torre e bem disposto que ficou sem juízo, e, como era rico, deram-lhe tutor, e assim veio a morrer. Outros muitos danos faz além destes e dos que ficam referidos. (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p. 474-475).

Portanto ao analisar o *Erário Mineral* notamos a seguinte condição de que ao longo da obra é possível destacar quatro tipos de discursos utilizados pelo autor, sendo eles o discurso técnico cuja natureza é a explicativa com foco a demonstrar todas as características de uma enfermidade, o tipo de prognóstico esperado caso a enfermidade avance sem tratamento ou seja executado um tratamento considerado equivocado, propondo então com base no seu repertório de saberes qual seria o método necessário para o tratamento do enfermo.

Ao longo do *Erário Mineral*, observa-se a presença marcante de diferentes registros discursivos que revelam não apenas a formação de Luís Gomes Ferreira, mas também as condições específicas em que sua prática médica foi exercida. Entre esses registros, destaca-se o discurso empírico-observacional, baseado na experiência direta, na vivência cotidiana e na constante observação da realidade que o cercava durante suas mais de duas décadas de atuação como cirurgião na colônia. Ferreira constrói boa parte de sua autoridade com base nesse saber vivenciado, recorrendo sistematicamente a casos práticos, relatos de êxito e falha, e descrições precisas do corpo adoecido como forma de validar os tratamentos que propõe.

Essa valorização do saber empírico insere-se em uma longa tradição médica que remonta à prática galênica e hipocrática, mas ganha novas inflexões no contexto colonial, onde a ausência de recursos institucionais impunha a necessidade de improviso e pragmatismo. Como destaca Márcia Moisés Ribeiro (2005), os cirurgiões coloniais constituíam uma categoria que operava entre o saber legitimado pelas instituições metropolitanas e o saber construído na prática, com base na adaptação contínua às condições materiais e sociais da colônia. Nesse sentido, o discurso empírico de Ferreira não apenas documenta sua atuação, mas também reivindica legitimidade frente ao saber acadêmico, desafiando a exclusividade da razão teórica como critério único de autoridade.

A esse discurso observacional soma-se, de forma complementar, o que se pode chamar de discurso da autoridade prática. Ferreira frequentemente justifica suas proposições terapêuticas com base em sua própria experiência ou na de terceiros com quem conviveu, destacando o valor do saber acumulado no exercício cotidiano da profissão. Essa forma de

construção discursiva reforça o que Pierre Bourdieu (1989) denominaria como “autoridade incorporada”, ou seja, aquela legitimidade que não se funda exclusivamente em títulos formais, mas na experiência validada pela prática. No *Erário Mineral*, essa autoridade é mobilizada para demonstrar que a eficácia dos tratamentos independe, muitas vezes, de sua filiação à medicina erudita e que o sucesso terapêutico pode vir da observação sensível, da repetição prática e da adaptação local.

Entretanto, para além desses registros racionais e empíricos, a obra também apresenta um terceiro componente discursivo: o discurso moral-religioso. Este aparece de maneira recorrente ao longo dos tratados e cumpre múltiplas funções. Por um lado, confere um tom ético e de responsabilidade cristã à atuação do cirurgião, como já anunciado no prólogo da obra, onde Ferreira declara estar cumprindo seu dever de caridade ao compartilhar seus conhecimentos com os mais necessitados. Por outro lado, esse discurso justifica a presença de elementos que, do ponto de vista da razão médica acadêmica moderna, seriam considerados estranhos ou até mesmo extracientíficos como orações, menções à intervenção divina, e associações entre enfermidades e punições espirituais.

A presença desse discurso moral-religioso não pode ser vista como uma contradição com a prática médica da época, mas como uma expressão legítima de um imaginário social em que religião, ciência e experiência empírica coexistiam sem conflitos estruturais. Como analisa Bronisław Baczko (1985), o imaginário social é o conjunto de representações compartilhadas por uma coletividade, e é dentro dele que se constrói o que é considerado legítimo, aceitável e verdadeiro. No século XVIII, tanto em Portugal quanto em sua colônia americana, a esfera religiosa era parte constitutiva da vida cotidiana, das práticas sociais e também do entendimento sobre o corpo, a doença e a cura.

Portanto, não é surpreendente que, em uma obra como o *Erário Mineral*, ciência e religião apareçam entrelaçadas. No universo mental do século XVIII, não havia uma separação rígida entre os domínios do natural e do sobrenatural, nem entre os campos da razão e da fé. Essa convivência é uma característica estruturante da cultura do Antigo Regime e reflete o que Paolo Rossi (1992) denomina como uma "epistemologia de transição", marcada por tensões entre o pensamento tradicional e os primeiros sinais de racionalização científica moderna.

Desse modo, a análise dos discursos presentes no *Erário Mineral* o empírico-observacional, o da autoridade prática e o moral-religioso revela a complexidade do saber médico-cirúrgico no Brasil colonial. Eles não se excluem mutuamente, mas operam de forma integrada para dar sentido e legitimidade à prática de Luís Gomes Ferreira. Sua obra é, portanto, um testemunho valioso não apenas dos procedimentos terapêuticos da época, mas também das formas pelas quais o conhecimento era construído, compartilhado e reconhecido em uma sociedade marcada pela pluralidade de saberes e pela permanência de um imaginário profundamente religioso. Pontualmente Capanema (2013) neste trecho consegue destacar esta essência do *Erário Mineral*.

No século XVIII a literatura abrangia uma noção muito ampla, abarcava tudo aquilo que hoje consideramos científico, filosófico, teológico, ensaístico e até mesmo epistolar. O próprio termo “literatura” é um conceito moderno, da transição do século XVIII para o XIX. Eliane Muzzi, ao fazer uma análise crítica do *Erário Mineral* percebe naquele tratado médico uma relação do discurso de enunciado científico com o discurso literário (Capanema, p .43, 2013).

Esta natureza literária do *Erário Mineral* também auxilia com que o texto possa ser lido de forma casual e acessível para os práticos, cirurgiões e médicos que visavam exercer ofício na América portuguesa. Então o *Erário Mineral* acaba nem se tornando um tomo científico dedicado aos eruditos e nem um conto literário para agradar a população, mas um manual prático que utiliza de elementos de ambos os tipos de obra para alcançar práticos na colônia com pouca instrução acadêmica .

O *Erário Mineral* teve uma circulação limitada durante o século XVIII, mas seu impacto foi significativo entre os profissionais da saúde na colônia. A obra serviu como referência para cirurgiões e boticários que atuavam em regiões afastadas dos centros urbanos, onde o acesso a médicos formados era escasso. Sua utilidade prática garantiu sua relevância por décadas.

1.1 Luís Gomes Ferreira: Um cirurgião na na colônia

Nenhuma obra se dissocia de seu autor, então ao se propor uma análise sobre o *Erário Mineral* é importante no processo também conhecer e analisar o seu autor, o cirurgião

Luís Gomes Ferreira. Sobre este cirurgião conhecemos através dos estudos de Furtado (2002) e Ribeiro (2005) que o mesmo foi um cirurgião-barbeiro português cuja trajetória profissional se destacou no Brasil colonial do século XVIII. Sua experiência prática e observações empíricas culminaram na publicação da obra *Erário Mineral* em 1735, considerada um marco na medicina luso-brasileira. Este texto busca delinear sua trajetória de vida e analisar sua contribuição à medicina, com base nos estudos de Júnia Ferreira Furtado (2002) e Márcia Moisés Ribeiro (2005).

Nascido na região do Douro, em Portugal, Ferreira formou-se no Hospital Real de Todos os Santos, em Lisboa, uma das principais instituições de formação médica da época. Após atuar como cirurgião em navios da Carreira da Índia, chegou ao Brasil em 1707, estabelecendo-se inicialmente em Salvador. Posteriormente, mudou-se para Minas Gerais, atraído pelas oportunidades econômicas proporcionadas pelo ciclo do ouro.

Em Minas Gerais, Ferreira exerceu a medicina por mais de duas décadas, atuando em localidades como Sabará, Mariana e Ouro Preto. Sua prática médica era itinerante, atendendo a diversas camadas da população, incluindo escravizados, indígenas e colonos. Essa experiência diversificada permitiu-lhe acumular um vasto conhecimento sobre as doenças e condições de saúde prevalentes na região.

Como observado em diversos trechos do *Erário Mineral*, como por exemplo:

(...) depois de passado pouco tempo, se mudou para a Vila do Ouro Preto, e mudando-me eu também do Sabará para a Vila do Ribeirão do Carmo, lhe falei na dita vila e o achei são, sem moléstia alguma, de que me deu o agradecimento. (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p. 513).

A necessidade de agir de forma itinerante era pois assim poderia exercer seu ofício de forma a lucrar com essa função em específico, essa característica foi comum entre os cirurgiões na colônia deste período histórico, pois o pagamento para atuar como um cirurgião pelo Estado era considerado baixo para época e pouco atrativo.

Além disto, neste espaço social é onde conseguiam o contato com o grupo que comporia a maior parte de sua clientela, os grandes senhores de escravizados que necessitavam para o sucesso de suas empreitadas de indivíduos que tratassem sua força de trabalho afim de conseguissem executar a mineração sem terem de perder o lucro da exploração do outro no reabastecimento da sua mão-de-obra.

Isto é notável pois é neste contato com membros da “nobreza” política que os cirurgiões como Luís Gomes Ferreira tinham acesso a uma relação de troca de favores considerável, pois o tratamento na colônia era visto para além de um serviço, sendo visto também como um favor que o prático tinham para com o seu cliente, pois a noção de paciente tão importante para a medicina após o século XIX, não se encaixa neste contexto histórico, onde a falta de hospitais e formas de tratamento estatais não estavam consolidadas na América portuguesa, portanto estes cirurgiões precisam atuar em prol de seus clientes, divulgando a sua própria imagem e êxito a fim de conseguir atenção de uma clientela cada vez maior e lucrativa.

Esta Clientela era tão próxima e influente na trajetória e atuação do cirurgião que o mesmo destacou em sua obra que argumenta que parte do que escrevia era para o bem dos seus “amigos” que nas minas perdiam seus escravizados para às enfermidades.

(...) assim no pouco tempo em que determinei dar ao prelo o que chegasse a escrever, como por cuidar com brevidade aos habitantes das Minas do Ouro, onde alguns amigos ficaram esperando com ânsia os fracos rasgos da minha pena, porque, principalmente na cura das pontadas pleuríticas, de que perdem escravos sem número (...) (FERREIRA, *apud*, Furtado, 2002, p. 689)

É neste contexto que percebemos que Luís Gomes Ferreira consegue um incremento econômico em sua estadia pelo Brasil, pois o mesmo ao longo da sua atuação entre os mineiros obteve uma condição financeira que o permitiu obter artigos para época que eram destinados a colonos considerados de uma camada social mais próxima da “nobreza” política da administração colonial, como por exemplo acesso a cavalos como montaria e a escravos para lhe servir nas suas viagens como observado em trechos do *Erário Mineral*.

No mesmo ano de 1730, se queixou um escravo meu de umas dores de ombros e costas; manei-lhe fazer uma fomentação do mesmo óleo que fica dito no volume 1, página 265, feito de arruda e alecrim (...) (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.273)

A escassez de médicos diplomados no território colonial, somada às duras condições de vida enfrentadas pela população especialmente nas regiões de mineração exigia dos praticantes da cura uma postura marcadamente pragmática, voltada à eficácia e à adaptação. Nesse contexto, Luís Gomes Ferreira desenvolveu uma prática médica que se afastava dos modelos estritamente acadêmicos aprendidos na metrópole, incorporando ao seu repertório terapêutico saberes provenientes de fontes diversas: indígenas, africanas, populares e

empíricas. Essa integração de conhecimentos não se deu de forma sistemática ou programada, mas por meio de trocas informais, observações cotidianas e experiências partilhadas com outros agentes da saúde, como curandeiros, boticários, parteiras, colonos, escravizados e sertanejos.

Tal amálgama de saberes, como observa Furtado (2002), é uma marca distintiva das práticas terapêuticas desenvolvidas no interior da colônia, onde a necessidade impunha a flexibilidade e o experimentalismo. No caso de Ferreira, essa abertura epistêmica encontra expressão direta no *Erário Mineral*, que, ao longo de seus doze tratados, revela a fusão entre os conhecimentos adquiridos em sua formação no Hospital Real de Todos os Santos e aqueles aprendidos no contato com os corpos e territórios da colônia. Sua obra torna-se, assim, um registro complexo de uma medicina construída na prática, situada entre tradição e inovação, entre metrópole e sertão, entre teoria e empirismo.

A análise de sua trajetória evidencia que seu saber não é apenas o produto de uma transmissão vertical, institucionalizada e metropolitana, mas também de um processo horizontal de circulação de experiências e práticas. A convivência com outros práticos, a escuta dos relatos de colonos e a observação de tratamentos utilizados por indígenas e africanos escravizados permitiram a Ferreira ampliar seu horizonte terapêutico, incorporando técnicas e substâncias alheias ao cânone médico europeu. Nesse processo, saberes que na metrópole seriam considerados inferiores, supersticiosos ou marginais eram aqui resignificados e aplicados conforme sua eficácia.

Esse caráter pluralista e sincrético da medicina colonial, amplamente documentado por autores como Wissenbach (2002) e Ribeiro (2005), demonstra como a realidade colonial forjou um campo terapêutico próprio, no qual o valor de um tratamento não se media apenas pela filiação teórica, mas sobretudo por sua capacidade de produzir resultados. Ao final de sua carreira, já de volta à Lisboa, Luís Gomes Ferreira manteve sua defesa enfática dos métodos que aprendera e desenvolvera na colônia. Mesmo inserido novamente no ambiente metropolitano, seu discurso continuava ancorado na experiência prática e na legitimidade da observação empírica — postura que contrastava com a rigidez teórica de muitos de seus contemporâneos formados em Coimbra.

Essa valorização da eficácia sobre a ortodoxia revela uma tendência mais ampla no contexto da América portuguesa, onde a medicina praticada em condições coloniais

frequentemente desafiava os parâmetros estabelecidos pela medicina europeia. Como destaca Nikelen Witter (2005), os práticos da cura na colônia desenvolviam estratégias terapêuticas que levavam em conta não apenas os saberes disponíveis, mas também a acessibilidade de materiais, as condições ambientais e as crenças locais. O *Erário Mineral* documenta esse processo com clareza, demonstrando que, mesmo sem romper com os paradigmas clássicos, Ferreira soube expandi-los, adaptá-los e reinterpretá-los à luz das necessidades e especificidades do território colonial.

Sua obra e sua trajetória, portanto, não podem ser dissociadas: é no entrelaçamento entre prática e discurso, entre experiência vivida e saber registrado, que se compreende a singularidade do *Erário Mineral*. Ao reunir técnicas da medicina europeia com práticas aprendidas no interior do Brasil, Ferreira contribui para a construção de um saber médico híbrido, próprio da realidade colonial, e oferece um testemunho valioso das formas pelas quais o conhecimento circulava, se adaptava e se legitimava no Antigo Regime luso-americano.

Algo interessante sobre Ferreira é a relação do mesmo com as dinâmicas de ser um cirurgião, senhor de escravizados e uma peça fundamental da sociedade colonial, ainda sim o mesmo crítica a negligência dos senhores em relação à saúde de seus cativos, argumentando que o cuidado com os escravizados era uma obrigação moral e cristã. Essa perspectiva oferece uma visão crítica das relações sociais na colônia, pois ao longo de sua obra nunca se afasta do discurso moral sobre a necessidade de tratamento dos enfermos para além de uma condição econômica, mas também religiosa. Como no trecho:

Falo como testemunha de vista, e como tal advirto aos senhores deles que, quando algum lhe adoecer, examinem bem se será procedido da tal bebida, para que se lhe não faça a cura errada e morrer sem sacramentos, que será o pior, sobretudo (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.298).

Na visão de Luís Gomes Ferreira, pior do que a morte para os escravizados era que o mesmos morressem terem acesso aos sacramentos da fé católica o que reforça seu caráter não apenas como um cirurgião, mas uma pessoa que faz parte de uma sociedade cujo imaginário social gira em torno do catolicismo.

Essa perspectiva revela não apenas como Luís Gomes Ferreira se posicionava dentro da sociedade colonial mineradora, mas também como seu imaginário individual estava

profundamente imbricado no imaginário coletivo de seu tempo. Sua compreensão da realidade colonial não se dava a partir de um olhar exterior ou distanciado, mas era constituída por meio da vivência direta, da inserção nas práticas cotidianas e da mediação com as estruturas de poder e saber então vigentes. Ao longo de sua trajetória e de sua escrita, observa-se um processo de adaptação que transcende a prática médica, atingindo também as formas pelas quais ele compreendia a si mesmo, sua profissão e a sociedade ao seu redor.

Essa adaptação discursiva e simbólica se manifesta na transição de um imaginário rigidamente estruturado herança da hierarquia portuguesa da metrópole para outro mais flexível, moldado pelas contingências da colônia. Como aponta Bronisław Baczko (1985), o imaginário social é constituído por representações que não apenas explicam o mundo, mas o organizam e o tornam funcional. No caso da América portuguesa, esse imaginário não poderia simplesmente replicar o modelo metropolitano; as limitações materiais, institucionais e sociais exigiam soluções próprias, o que gerava uma reorganização das hierarquias e uma reinterpretação dos saberes. Ferreira, ao absorver esse novo contexto, não apenas adaptou sua prática médica, mas também reelaborou sua visão de mundo, sua linguagem e sua forma de representar a medicina.

É nesse processo de reformulação simbólica que se evidencia a importância de compreender quem foi Luís Gomes Ferreira. À primeira vista, ele poderia ser percebido como apenas mais um cirurgião a serviço da colônia um profissional de ofício médio, exercendo suas funções em um ambiente periférico e carente de médicos diplomados. Contudo, ao investigar a sociedade colonial e os espaços que nela se abriam para agentes não pertencentes ao topo da hierarquia do saber, torna-se claro que sua atuação reflete um movimento mais amplo: o de diversos práticos que, diante da escassez de físicos bacharéis e boticários, ocuparam lacunas estruturais e passaram a circular por esferas de autoridade que, teoricamente, lhes seriam interditas.

Nesse sentido, *Erário Mineral* deve ser lido não apenas como o testemunho singular de um homem, mas como a expressão paradigmática de uma realidade mais ampla. O que confere à obra seu valor histórico é justamente o fato de ela ter sido escrita por um cirurgião que, como tantos outros, aprendeu a transitar entre os limites da autoridade formal e a autoridade prática, entre o saber erudito e os conhecimentos populares, entre a teoria e a urgência da cura.

Assim, o que torna o *Erário Mineral* um paradigma de seu tempo não é o brilho individual de seu autor, mas sua condição representativa de uma categoria de agentes coloniais que souberam ocupar os interstícios do sistema. Ferreira dá voz, por meio de sua escrita, a uma prática vivida por muitos outros cirurgiões e práticos da saúde que, diante da ausência de alternativas institucionais, reinventaram a medicina nos trópicos. Sua obra é, portanto, a materialização de uma prática coletiva, que encontrou nas brechas do sistema colonial a possibilidade de exercer sua função, construir reconhecimento e deixar, por fim, um legado duradouro à história das doenças, da saúde e dos saberes no Brasil do século XVIII.

2. A sociedade mineira na América Portuguesa

De acordo com Monteiro (2005), a sociedade portuguesa dos períodos moderno e colonial caracterizava-se por uma estrutura hierárquica rígida, que refletia os valores e práticas próprias do Antigo Regime. Baseada na tradição aristocrática, essa organização social era estruturada em categorias de privilégios e obrigações que diferenciavam os indivíduos com base em sua origem, posse de terras, concessões reais e funções exercidas. Essa estrutura estamental estava presente tanto na metrópole quanto nas colônias, compondo um sistema flexível e adaptável às demandas políticas e econômicas do império.

O discurso da ordem natural sustentava a ideia de que cada grupo social ocupava uma posição previamente definida por "leis divinas". A justificativa das desigualdades sociais servia como uma estratégia retórica para garantir a manutenção da hierarquia social, fortalecendo a preservação das tradições e a continuidade da ordem estabelecida.

As representações do mundo social dominantes em Portugal e no seu império no século XVIII concebiam a ordem social na hierarquia dos seus distintos corpos, sancionada pela tradição. Quer isto dizer que a mesma ordem social se legitimava pelo tempo e pela história, uma história com origens medievais incontornáveis. Com efeito, tinha como referente remoto a representação trinitária da sociedade, comum a todo o Ocidente. (Monteiro, 2005, P.5).

No Antigo Regime, a construção do status social estava relacionada não apenas à riqueza material, mas também ao simbolismo e às práticas culturais. Celebrações públicas, rituais religiosos e demonstrações de prestígio desempenhavam um papel central no fortalecimento das posições sociais e na legitimação das hierarquias (Backzo, 1985).

No Antigo Regime português, a sociedade era organizada em três ordens ou estamentos principais: clero, nobreza e povo (também chamado de terceiro estado). O clero desempenhava funções relacionadas à administração religiosa e à educação, enquanto a nobreza ocupava posições de destaque no poder militar e político. O terceiro estado, que representava a maior parte da população, incluía desde comerciantes até camponeses.

A nobreza exercia um papel fundamental na política e na administração territorial. A propriedade de terras, a obtenção de títulos e a ocupação de cargos públicos consolidaram sua posição de destaque. Segundo Monteiro (2005), a nobreza portuguesa possuía um ethos

peculiar, alicerçado na honra, na ancestralidade e na lealdade ao monarca, valores que sustentavam seu poder tanto simbólico quanto material.

O terceiro estado englobava grupos bastante heterogêneos, como comerciantes, artesãos, camponeses e, em menor proporção, profissionais liberais. Existiam profundas desigualdades internas nesse segmento, sendo que apenas uma pequena parte desfrutava de riqueza e prestígio social. Ainda assim, muitos integrantes desse grupo buscavam mobilidade social por meio de alianças matrimoniais, ocupação de cargos administrativos ou envolvimento em atividades comerciais.

Nas colônias, a estrutura social portuguesa era reproduzida, porém com adaptações. Isso ocorre porque, conforme argumenta Chartier (1991), as representações do mundo real não são neutras nem universais, podendo variar de acordo com a época e os grupos sociais envolvidos no contexto histórico. Mesmo dentro dessas representações, é possível identificar as disputas de poder intrínsecas à hierarquia social.

Apesar da rigidez da hierarquia social, havia mecanismos de mobilidade, como as mercês régias, que possibilitavam a ascensão de famílias locais por meio da concessão de títulos e propriedades. Esse fenômeno era especialmente perceptível nas colônias, onde novos membros da elite surgiram como parte da chamada "nobreza da terra".

A "nobreza da terra" era formada por grandes proprietários rurais, comerciantes influentes e administradores locais que, embora não pertencessem à alta nobreza de origem europeia, desempenharam funções essenciais na gestão das vilas e cidades coloniais. Essa elite atuava como membros das câmaras municipais e oficiais militares, assumindo responsabilidades tanto na administração cotidiana quanto na defesa dos territórios coloniais. A autora defende que essa nobreza desempenhou um papel crucial na expansão e consolidação do domínio português nas Américas.

Nesse período histórico, a elite local da colônia, denominada "nobreza da terra", desempenhava papéis significativos na administração colonial. No entanto, emergiram novos agentes de poder, como os grandes proprietários rurais e comerciantes, que, embora não detivessem títulos nobiliárquicos, exerciam considerável influência local, conforme apresentado por Furtado (2002).

As relações de amizade com poderosos sempre resultavam em vantagens para aqueles que buscavam ascensão para si e para sua família, sendo um

dos principais mecanismos de sociabilidade da época. Não parece ter sido mera coincidência, pois, que seu sobrinho José Gomes Ferreira tenha se estabelecido no Tejuco no período em que João Fernandes de Oliveira era contratador, onde exerceu a profissão de cirurgião no hospital do contrato. (Furtado,2002, p. 20)

A educação era limitada às camadas mais privilegiadas da sociedade, especialmente ao clero e à nobreza. A alfabetização e o acesso ao saber consolidavam o poder simbólico dessas classes, acentuando a diferença em relação ao restante da população, que dispunha apenas de conhecimentos práticos (Bourdieu, 1989).

...Tanto no caso da medicina, como no do direito, a predominância do poder universitário, fundado no acúmulo de posições que permitem controlar outras posições e seus ocupantes... (Bordieu, 1992, p. 103).

Os profissionais de ofícios, como os cirurgiões, ocupavam uma posição ambígua na hierarquia social. Embora fossem valorizados por seu conhecimento técnico, frequentemente enfrentavam preconceitos por não possuírem formação em universidades europeias renomadas. Pesquisas como as de Viotti (2012) e Wisseenbach (2002) evidenciam como esses profissionais buscavam legitimar seu status social por meio de suas práticas e do reconhecimento dentro de suas comunidades.

Essa dinâmica é percebida logo na introdução da obra *Erário Mineral*, de Luís Gomes Ferreira, pois o autor entendia que as autoridades médicas acadêmicas poderiam desqualificar seu trabalho por não seguir muitos dos preceitos da ciência médica tradicional. Em resposta, ele apresenta elementos médicos que, com base em suas experiências práticas, demonstrariam equívocos cometidos por três das principais figuras da ciência médica: Hipócrates, Galeno e Avicena. Essa perspectiva torna-se evidente em dois trechos destacados na introdução da obra.

E para que não digam que não sou oráculo para escrever novo modo de curar as doenças, sem me conformar com os antigos mestres, respondo o seguinte. Hipócrates, aquele grande oráculo da Medicina Científica, certifica, e com muita razão, que a arte médica é tão vasta e dilatada que não ter termo em que caiba nem baliza que a compreenda; porquanto, ainda que ele nos deixou os seus aforismos e regras universais por onde nos governamos, contudo, a experiência nos mostra que não há no mundo coisa alguma tão certa nem tão infalível que não tenha suas exceções e deixe de faltar algumas vezes. Como coisa certa e infalível, diz Hipócrates que nem as mulheres padecem gota enquanto lhes baixa a conjunção mensal, nem os meninos enquanto têm uso de mulher, e, pela experiência, consta que algumas mulheres menstruadas e alguns meninos incapazes, por sua idade, de ter cópula com mulheres, padecem gota com dores insuportáveis. (Ferreira, 1735, *apud* Furtado,2002, p .230).

Neste excerto, observa-se que o autor busca argumentar que seus conhecimentos empíricos possuem validade, embora essa validação só seja possível devido a uma premissa atribuída ao “pai da medicina”. Simultaneamente, ele demonstra que, mesmo sendo considerado uma referência pelos médicos com formação acadêmica, ainda estava sujeito a equívocos. Esses erros, contudo, decorrem da ausência de domínio sobre aspectos excessivamente específicos para serem compreendidos apenas com base na teoria, exigindo, assim, o aprendizado prático. Como destacado:

Nestas Minas, com mais razão, se verificam estas verdades, pois o mais próprio que nelas se deve usar é da razão e da experiência, como vou mostrando e mostrarei em todo o discurso deste volume, que não só servirá para este clima, seu verdadeiro objeto, senão também para todo o Brasil e grande parte para Portugal. (Ferreira, 1735, *apud* Furtado, 2002, p. 233).

Neste contexto, identificam-se os espaços sociais onde as disputas por posições na hierarquia social se desenvolvem, além de evidenciar uma das justificativas para a necessidade de flexibilização dessa estrutura hierárquica, em função das demandas sociais práticas e imediatas, como, por exemplo, a saúde, essencial para a sustentação da sociedade colonial. Esta, por sua vez, existia com o propósito de atender aos interesses econômicos e políticos da metrópole.

Observa-se, portanto, que a hierarquia social portuguesa no Antigo Regime era intrincada e multifacetada, refletindo tanto a tradição aristocrática quanto as mudanças resultantes das exigências políticas e econômicas. A análise dessas estruturas e dinâmicas é essencial para compreender os processos de consolidação do poder, bem como suas continuidades e rupturas ao longo do tempo.

2.1 – Formação histórica, política e social dos povoados mineiros

Ao longo dos séculos da Era Moderna, especialmente no século XVIII, a América Portuguesa testemunhou um expressivo fluxo migratório em direção ao interior de seu território. Esse movimento foi protagonizado por colonos e “reinois” (portugueses nascidos na metrópole), cujo objetivo era ocupar e explorar as áreas onde jazidas auríferas haviam sido descobertas na última década do século XVII.

Percorrendo rotas ao longo do rio São Francisco, os indivíduos dirigiram-se às regiões mineradoras em busca de prosperidade, estabelecendo os primeiros assentamentos portugueses na área que posteriormente seria conhecida como Minas do Ouro ou Minas

Gerais. Contudo, a fundação desses povoados enfrentou desafios crescentes, especialmente no que se refere ao abastecimento de alimentos, medicamentos e outras necessidades básicas dos colonos na região

Esse fluxo desordenado de entrada de indivíduos no território resultou na exaustão dos escassos recursos disponíveis nos povoados, agravando as dificuldades para garantir o abastecimento de alimentos, medicamentos e outras necessidades básicas dos colonos na região. Além disso, contribuiu para esse problema o fato de que muitos colonos adoeceram e faleceram ao longo do percurso pelo rio São Francisco. Diversos enfermos acabaram dependendo da solidariedade de outros colonos e ficaram sujeitos aos poucos práticos da arte de curar que atuavam na região (Dias, 2002, p. 45).

Com o desenvolvimento da atividade extrativa, ocorreu uma crescente concentração de pessoas atraídas pela mineração. No entanto, muitos perceberam uma oportunidade lucrativa em se dedicar ao abastecimento dos povoados mineradores já estabelecidos. Assim, surgiram, paralelamente, povoados voltados à oferta de bens e serviços essenciais aos mineradores, que necessitavam de suprimentos tanto para suas atividades econômicas quanto para a subsistência diária.

De início, os recém-chegados foram ameaçados por aguda falta de gêneros alimentícios e por muitos conflitos, acirrados pelo repentino conglomerado de adventícios, assim como pela destruição imprevidente dos recursos de caça e de pesca. Não seria por certo uma crise de fome tão desesperado quanto as ocorridas entre 1698 e 1705, descritas por Antonil, mas ainda assim bastante incômoda para causar, em 1709, uma verdadeira paralisação dos negócios nas Gerais, no rio das Velhas e na Comarca do Rio das Mortes. estes povoados se dedicaram principalmente na criação de gado para atender as necessidades alimentícias básicas dos colonos.(Dias, 2002, p. 46).

Nesse contexto histórico, observa-se que o comércio de alimentos na região das Minas alcançou lucros elevados devido à escassez de recursos alimentícios no território e à consequente elevação exorbitante dos preços desses artigos (Romeiro, 2013). Esse cenário fez com que os povoados responsáveis pela produção de alimentos para a subsistência de outras vilas passassem a se dedicar prioritariamente à criação de gado.

Por outro lado, a escassez de recursos alimentícios acessíveis às populações sem condições financeiras para adquiri-los resultou em um aumento significativo da desnutrição, o que contribuiu para a elevação das taxas de mortalidade e para a dificuldade no tratamento de diversas enfermidades (Ferreira, 2002, p. 279). O problema alimentar nas Minas foi

agravado pela constante migração e imigração de colonos e "reinois" portugueses que se deslocaram para a região em busca de enriquecimento.

A origem dos povoados, em sua maioria, dava-se pela instalação de acampamentos temporários nas áreas consideradas mais promissoras. O sucesso na exploração de ouro em determinadas localidades incentivava a concentração populacional, atraindo comerciantes, religiosos e profissionais de diferentes ofícios (Fragoso, 2004). Com o tempo, esses acampamentos provisórios passavam por um processo de formalização, consolidando-se como povoados permanentes, cuja infraestrutura inicial era composta por edificações simples, predominantemente feitas de madeira e barro.

Conforme estabelecido anteriormente, as primeiras frentes de povoamento foram formadas por colonos e imigrantes portugueses que se dedicaram à exploração do sertão. Contudo, essa camada populacional não estava desvinculada das outras etnias presentes na colônia. Esse aspecto é evidenciado no sucesso dessas expedições, nas quais se utilizavam os serviços de indígenas “mansos” da etnia carijó (Dias, 2002, p. 53).

O emprego desses indígenas foi fundamental, especialmente no auxílio às práticas medicinais e na fabricação de remédios, o que contribuiu significativamente para a sobrevivência dos colonos, frequentemente afetados por enfermidades devido às condições insalubres das expedições e dos primeiros assentamentos. Contudo, a relevância dos indígenas, assim como sua presença no seio da sociedade mineira, foi gradualmente diminuindo à medida que os povoados se consolidavam na região.

Dentre os conhecimentos adquiridos por meio do "convívio" com os indígenas, destaca-se o aprendizado sobre raízes com propriedades medicinais, que podiam ser utilizadas tanto no tratamento de enfermidades quanto na produção de remédios destinados ao comércio com a metrópole. Além disso, esse saber foi complementado pelas ordens religiosas que estiveram em contato com as populações nativas e disseminaram os conhecimentos adquiridos nesse convívio entre os colonos.

Nesse contexto histórico, emergiu uma nova categoria de indivíduos na região, responsável por impulsionar a atividade mineradora: os escravizados de origem africana ou afrodescendentes. No início do século XVIII, esses indivíduos foram deslocados das capitânicas da Bahia e de Pernambuco pelo “Caminho Velho”, que seguia o curso do rio São Francisco. Sob o serviço de grandes proprietários de terras e minas, esses trabalhadores

intensificaram a extração de minérios de maneira tão significativa que essa exploração passou a ser prejudicial para a economia europeia, além de dificultar a tributação e a fiscalização da vasta quantidade de ouro e pedras preciosas movimentada pela colônia.

De fato, a aquisição de novos escravizados era uma prática comum entre os grandes proprietários de terras, uma vez que, devido às condições insalubres das minas, muitos não sobreviviam e precisavam ser constantemente substituídos. Assim, as Minas Gerais revelaram-se um terreno fértil para o comércio de escravizados, que, ao longo do século XVIII, passou a se abastecer principalmente por meio do "Novo Caminho", que partia da capitania do Rio de Janeiro.

Esse comércio resultou em uma intensa desigualdade na composição social, marcada por uma presença massiva de escravizados em contraste com uma pequena parcela de colonos e "reinois". Essa dinâmica é apresentada por Maria Odila Leite da Silva Dias (2002).

Essa composição social mineira impactaria profundamente a economia da região, uma vez que o expressivo número de escravizados resultava em uma crescente produtividade na extração de ouro e, conseqüentemente, no enriquecimento de seus proprietários. Nesse contexto histórico e espacial, possuir escravizados tornava-se essencial para o sucesso das atividades de mineração empreendidas pelos colonos.

Apesar disso, como será observado posteriormente na análise do *Erário Mineral*, a manutenção dos escravizados representava, nesse contexto, uma parte significativa da administração dos proprietários de minas. O tratamento da saúde dos escravizados surgiu como uma alternativa à simples aquisição de novos, sendo muitas vezes mais viável, já que o custo do tratamento podia ser inferior ao preço de compra de um novo trabalhador. Por essa razão, os proprietários dedicavam parte de sua riqueza à aquisição de remédios e aos serviços de cirurgiões, tornando-se os principais consumidores dos serviços oferecidos por esses profissionais e por curandeiros.

O aumento do fluxo migratório provocou um rápido crescimento populacional, acompanhado de intensas disputas pelo controle das áreas de extração. De acordo com Costa (1997), esses conflitos destacaram a necessidade de uma reestruturação político-administrativa na região.

Em resposta às pressões locais, o monarca português instituiu medidas para regulamentar e fiscalizar os assentamentos, buscando conter a desordem e assegurar a arrecadação tributária. Nesse contexto, foram implementadas normativas para a criação de vilas e fóruns, com o propósito de promover a ordem pública e garantir a efetiva cobrança de impostos.

Ao longo do século XVIII, em um curto intervalo de tempo, a sociedade mineira foi se estruturando e adquirindo características próprias. Nesse cenário de constantes transformações, a região das Minas Gerais desenvolveu-se de maneira singular, diferenciando-se de outras partes da colônia.

Tais especificidades impactaram a configuração de diversas profissões e dinâmicas presentes no território colonial, ao mesmo tempo em que evidenciaram, de forma notável, vários elementos da estruturação social. À medida que os limites dessa estrutura eram alcançados e repensados, a administração colonial precisou reconfigurar suas práticas para assegurar uma governança eficiente e a organização desse espaço estratégico.

As Minas Gerais setecentista é espaço histórico que ajusta à regulação de uma sociedade de Antigo Regime, onde uma ordem social “natural” hierarquiza as pessoas, de acordo com a qualidade de seu nascimento, a quantidade de seu cabedal, o trabalho que caleja (ou não) suas mãos. Ela é parte distinta da Metrópole, embora portuguesa em essência, integrada a um império transcontinental que a coloca em contato com o mundo, a despeito de sua interioridade de sertão. Mas se há integração a esse mundo metropolitano e europeu, há, por outro lado, um espectro de distinções que fazem da história desse espaço do interior americano um fértil campo de contradições e diferenças. (Meneses, 2007, p. 378.)

Em vista disso, a região mineira durante o século XVIII foi marcada pelo esforço em aplicar as normas sociais e administrativas impostas pela metrópole. Contudo, como será observado ao longo desta pesquisa, as particularidades que emergiram nesse contexto histórico acabaram por flexibilizar essas normas, permitindo o desenvolvimento de características singulares da sociedade local. Esse cenário, por sua vez, abriu oportunidades tanto para indivíduos de estratos sociais elevados quanto para os de classes mais baixas alcançarem ascensão econômica e, em alguns casos, ascensão social.

A ordem administrativa na região das Minas Gerais era, portanto, dividida, em primeira instância, pelas Câmaras Municipais, que acumulavam as funções dos poderes executivo, legislativo e judiciário nas vilas. Para complementar essa estrutura, com o objetivo

de garantir a manutenção da ordem e a aplicação das leis, atuavam os sargentos-mores e capitães-mores, indicados pelas Câmaras e empossados pelo Governador da Capitania.

Havia também o cargo de ouvidor, responsável pelo judiciário em segunda instância. Especificamente para a região das Minas Gerais, foi criado o cargo de superintendente das terras e águas minerais, cuja função era evitar os frequentes conflitos por terras, comuns naquela época. Por fim, o cargo de Governador, o mais elevado na hierarquia regional, era responsável pela administração de toda a capitania (Romeiro, 2013, p. 17-20).

Os fundadores e grandes proprietários de terra, em decorrência de suas atividades, eram detentores das maiores extensões de terra na região mineradora. Como consequência de seu status social, possuíam uma quantidade significativa de cativos e, por já deterem riquezas previamente, contavam com a força de trabalho e os recursos necessários para praticar a mineração em larga escala. Isso permitiu que se destacassem nesse processo, acumulando ainda mais riquezas.

A estrutura dos povoados em formação era marcada pela presença de ruas estreitas, igrejas localizadas em pontos elevados e praças centrais que serviam como espaços de encontro e realização de mercados. De acordo com Silva (2010), a religiosidade desempenhava um papel fundamental na organização das comunidades. Igrejas e capelas, frequentemente as primeiras edificações permanentes, atuavam como marcos simbólicos e sociais. As confrarias religiosas eram responsáveis por organizar festas e cerimônias, fortalecendo o senso de pertencimento comunitário e consolidando uma hierarquia social bem definida.

Entre os povoados que emergiram, alguns se destacaram e atingiram grande importância, como Vila Rica (atual Ouro Preto), Sabará, Mariana e São João del-Rei. Esses povoados não apenas concentravam riquezas, mas também desempenhavam um papel central na organização administrativa. Segundo Reis (2008), eles sediavam as Câmaras Municipais, que representavam o poder local e eram responsáveis por regulamentar questões como a exploração das minas e a arrecadação de tributos.

Um aspecto marcante na formação dos povoados era a diversidade populacional. Apesar de a maior parte da população ser composta por portugueses e seus descendentes, havia também uma expressiva presença de africanos escravizados, fundamentais para o trabalho nas minas, e de populações indígenas, que sofreram forte pressão com o avanço da

colonização. Essa diversidade resultou em um mosaico cultural complexo, no qual diferentes tradições e práticas se entrelaçavam.

Os conflitos e, conseqüentemente, uma campanha de extermínio contra os indígenas também se constituíram como elementos da formação dos povoados. Na perspectiva dos portugueses, essa abordagem era considerada a única maneira de ocupar os territórios pertencentes a esses povos, além de ser vista como a única forma de prevenir eventuais represálias.

Entretanto, os indígenas sobreviventes foram inicialmente empregados como mão de obra barata nos garimpos ou como guias, graças ao vasto conhecimento que possuíam e que facilitava a adaptação e sobrevivência no interior da colônia (Dias, 2002, p. 47). Entre esses saberes destacava-se a identificação de raízes, plantas e outros recursos de origem vegetal, além de alguns de origem animal, que podiam ser utilizados no tratamento de enfermidades e feridas.

A exploração aurífera impactava profundamente a dinâmica dos povoados. A rotina cotidiana girava em torno das atividades de mineração, realizadas sob condições extremamente precárias, especialmente para os escravizados. Esses povoados eram marcados por fortes contradições: enquanto alguns moradores exibiam grande riqueza e ostentação, a maioria enfrentava pobreza e sofrimento (Furtado, 2002).

A elevada concentração populacional nas regiões mineradoras impulsionou o desenvolvimento de infraestruturas, como estradas que conectavam as minas ao litoral, por onde o ouro era enviado para Portugal. Essa rede de caminhos facilitou, ainda, a circulação de mercadorias e pessoas, contribuindo para o surgimento de novos povoados ao longo das rotas de transporte.

Uma característica marcante do processo de formação administrativa das Minas no século XVIII foram as constantes disputas políticas e territoriais em todas as esferas da sociedade. De maneira mais acentuada, destacavam-se os debates sobre a administração dos territórios destinados à mineração, devido à importância de obter permissões para o garimpo em áreas consideradas mais promissoras para a descoberta e extração de ouro.

A administração colonial buscava interferir o mínimo necessário nessas disputas, regulando apenas os aspectos essenciais para garantir que a região continuasse operando em benefício da metrópole. Esse fato é destacado pelo modelo singular adotado na administração

das Minas, influenciado tanto pelas especificidades da América Portuguesa quanto pelo contexto histórico de Portugal. Conforme aponta Fernando Borges Moraes:

A presença do Estado era mínima, mesmo porque à Coroa interessava uma economia de gastos com a máquina administrativa. No entanto quando se ampliavam as possibilidades de maior lucro e rentabilidade, o movimento se diria no sentir de maior centralização político-administrativa, o que resultava, na maioria das vezes, na restrição dos direitos e privilégios concedidos (Moraes, 2007, p.61).

Um evento que reflete essa afirmação ocorreu no final do século XVII, quando o rei de Portugal interveio diretamente ao nomear a capitania do Rio de Janeiro como responsável pela administração das Minas, pelo recolhimento do quinto do ouro e pela fiscalização de um novo caminho que conectaria a região mineradora à capitania do Rio de Janeiro. Essa medida visava garantir o desuso do “velho” caminho do Rio São Francisco, a fim de prevenir a evasão fiscal por parte daqueles que buscavam se esquivar da tributação.

Entretanto, essa escolha foi feita em detrimento das capitanias da Bahia e de Pernambuco, que estavam sob a administração direta do governador-geral. De acordo com Renger, é possível, a partir dessa situação, observar as seguintes condições:

A disputa entre o governador Artur de Sá e Menezes e o governador-geral do Brasil, d. João de Lencastre, em torno da jurisdição sobre a região das Minas, ilustra bem a fluidez da hierarquia entre cargos da administração colonial, em princípio de níveis diferenciados... Deixa entrever também a preocupação dos administradores coloniais com honrarias e vantagens pecuniárias que poderiam resultar de suas atuações (Renger, 2007, p.134).

Com o tempo, muitos desses povoados conquistaram maior autonomia e evoluíram para se organizar como vilas e cidades. Esse processo foi acompanhado pela implementação de leis e regulamentos destinados a garantir a segurança e o controle social. O desenvolvimento urbano demandou investimentos em construções mais duradouras, como sobrados, igrejas de pedra e ruas pavimentadas.

Entre as responsabilidades régias na administração da região, destacavam-se a manutenção dos caminhos que levavam ao sertão mineiro e o apoio à construção de igrejas e capelas. Para os portugueses, a vida religiosa possuía grande relevância, integrando tanto a esfera privada quanto a pública. Assim, era comum que funcionários régios de alta posição, ou até mesmo o próprio rei, fossem solicitados a financiar ou garantir a manutenção desses templos. Essas responsabilidades públicas beneficiavam ambas as partes: os colonos contavam com meios mais seguros para se deslocarem ao interior da colônia e com suporte para o exercício de sua fé religiosa, enquanto a Coroa portuguesa assegurava, por meio das

estradas reais, o transporte do ouro destinado ao tesouro real até a capitania do Rio de Janeiro, de onde seria embarcado para Portugal.

A criação de povoados esteve profundamente associada à atuação da Igreja, que promovia a catequese e estabelecia missões com o propósito de converter e integrar as populações indígenas. Paralelamente, a construção de igrejas e capelas desempenhava um papel estratégico como forma de controle social e pacificação dos colonos, especialmente no sertão, onde os conflitos violentos entre eles, como mencionado anteriormente, eram frequentes e significativos.

A vida religiosa funcionava como uma tentativa de unificar os colonos em torno de um objetivo comum, alinhado tanto aos interesses da América Portuguesa quanto aos da Metrópole: a busca e extração do ouro. No entanto, essa integração frequentemente ocorria às custas da perda da identidade e da liberdade das populações nativas, que eram forçadas a se adaptar às imposições culturais e religiosas da colonização.

A política de exploração implementada por Portugal também trouxe desafios ao desenvolvimento dos povoados. As pesadas cobranças fiscais e as rigorosas medidas de controle, como a criação das Casas de Fundição, geraram ampla insatisfação entre os colonos. Ainda assim, os povoados mineiros consolidaram-se como símbolos de prosperidade e riqueza no imaginário coletivo da época.

De acordo com Abreu (2014), as vilas mineiras destacaram-se por seu papel na articulação da economia colonial e pelo surgimento de uma identidade cultural própria. Além disso, essas vilas foram palco de eventos históricos significativos, como a Inconfidência Mineira, que evidenciou as tensões entre os colonos e o poder metropolitano.

Em síntese, a formação dos povoados em Minas Gerais no século XVIII reflete um processo complexo, caracterizado pela intensa exploração de recursos, dinamismo populacional, contradições sociais e expressivas manifestações culturais. Esses povoados não apenas desempenharam um papel central na história econômica do Brasil colonial, mas também contribuíram para a construção de um legado cultural que perdura até os dias atuais.

A mineração, nesse contexto, guiava a vida dos indivíduos de maneira tão significativa que, conforme apontam fontes e bibliografias sobre o tema, havia um intenso

fluxo de pessoas entre os povoadamentos e as regiões onde se descobriam novas riquezas minerais.

Esse movimento provocava o esvaziamento desorganizado e não planejado de povoadamentos já estabelecidos, o que resultava na desvalorização econômica desses locais. Imóveis eram frequentemente vendidos por valores inexpressivos, refletindo essa instabilidade. Tal dinâmica justifica a concentração de povoados que surgiram no século XVIII ao sul da região das Minas, especialmente após a finalização da construção do "novo caminho", que conectava a região ao Rio de Janeiro (Dias, 2002, p. 42).

Esses aspectos históricos, políticos e sociais foram, em parte, resultado da composição social que se formou na região e, posteriormente, acabaram por moldar ainda mais essa mesma estrutura. Dessa forma, tornou-se inviável abordar qualquer categoria de indivíduos presentes nesse território sem considerar a composição social como um todo.

2.2 Os cirurgiões em meio aos colonos

Como mencionado anteriormente nesta pesquisa, a descoberta de ouro no interior da colônia provocou um intenso fluxo migratório de pessoas oriundas das regiões Nordeste, Sudeste e de Portugal. Nesse cenário, destaca-se a atuação de diversos cirurgiões que, como outros colonos, foram atraídos para a região com o objetivo de enriquecer por meio da mineração. Contudo, muitos desses profissionais acabaram identificando outras oportunidades de acumular riquezas, as quais se mostraram ainda mais vantajosas.

As condições insalubres das Minas de Ouro, a distância dos povoados em relação a centros urbanos maiores, a escassez de alimentação adequada e a baixa presença de médicos bacharéis em comparação ao número de enfermos (principalmente entre os escravizados) levaram as autoridades administrativas da colônia a permitir e regulamentar a atuação de diversos praticantes da arte de curar, como parteiras, boticários, curandeiros e cirurgiões. Essa situação é evidenciada de forma clara no *Erário Mineral*:

Às enfermidades que mais comumente sucedem nestas Minas, principalmente aos pretos, são pontadas, enchimentos do estômago, lombrigas e obstruções: as pontadas lhes procedem, umas vezes, por causa de grande enchimento de humores frios em todo o corpo, que é o mais comum...s enchimentos lhes procedem por causa de comerem tarde, fora de horas, que comumente é depois de meia-noite e depois de dormirem, mal

cozido e de diversas qualidades, e também por ser em muita quantidade, que tudo isso conduz a haver muitos enchimentos no estômago e no corpo. (FERREIRA 1735, *apud.* FURTADO 2002, p.239).

Nota-se que esses praticantes da arte de curar já atuavam no Brasil antes mesmo do estabelecimento formal de uma estrutura médica. De acordo com Viotti (2017), a medicina brasileira teve suas origens nas ordens religiosas, que atendiam às necessidades imediatas dos colonos em um território desprovido de formação médica formal, como a existente na metrópole. Dessa forma, essas ordens buscavam sanar as carências de atendimento médico na colônia.

Desde o século XVI, as autoridades permitiram que outros praticantes da arte de curar, além dos médicos, atuassem no Brasil, concedendo-lhes uma ampla esfera de ação. Essa permissão estava condicionada ao cumprimento da legislação vigente e à obtenção de resultados que atendessem ao principal objetivo da medicina: a conservação e a restauração da saúde dos enfermos.

Mesmo com a existência de fiscalização e legislação, era difícil para as autoridades coloniais impedir e controlar quem praticava a cura e quais métodos eram utilizados. No entanto, a significativa quantidade de colonos enfermos e a necessidade de atendimentos levaram a uma flexibilização por parte dessas autoridades, que compreendiam que as doenças prejudicavam o andamento das atividades na colônia.

A necessidade de profissionais habilitados era tanta que, nas ocasiões de epidemias, às câmaras municipais viam-se obrigadas a oferecer pagamentos exorbitantes com vistas a atrair homens dispostos a tratar dos doentes. (Ribeiro, 2005, p.34).

Essa situação tornava improvável que os serviços dos práticos fossem negados, mesmo diante de apelos de físicos e autoridades políticas que pediam a formulação de leis para proibir a atuação desses profissionais. No entanto, tais iniciativas eram frequentemente barradas pela necessidade urgente dos serviços prestados por curandeiros, cirurgiões, parteiras e boticários ao longo de todo o século XVIII (Ribeiro, 1997, p. 41).

Além dessa realidade, as restrições impostas às práticas de cura eram frequentemente ignoradas não apenas pela população das camadas mais baixas, mas também por indivíduos de certo prestígio social, especialmente nas regiões mineradoras.

Embora já tenha sido mencionado nesta pesquisa a significativa ausência de físicos bacharéis no território colonial, é necessário destacar que essa realidade, em menor grau, também se aplicava aos cirurgiões. Mesmo que esses profissionais tenham vindo para a

América Portuguesa em um contingente relativamente grande, sua presença ainda era insuficiente para atender a população de maneira mais ampla. Ademais, nem todos os cirurgiões que chegavam à colônia exerciam efetivamente o ofício para o qual foram formados. Esses fatores contribuíram para a escassez de cirurgiões dispostos a cuidar dos enfermos na colônia.

Para compreender a posição social dessa categoria na colônia, é essencial reconsiderar o espaço que ocupavam na sociedade metropolitana portuguesa. Assim como os médicos bacharéis, os cirurgiões possuíam uma formação institucional reconhecida e desempenhavam um papel vital no atendimento aos doentes em Portugal. Eles complementavam a atuação dos médicos ao se responsabilizarem pelos serviços manuais e práticos ligados à área do conhecimento médico.

Entretanto, como já mencionado ao longo deste trabalho, em Portugal o conhecimento teórico era amplamente valorizado em relação ao conhecimento prático. Como consequência dessa mentalidade, estabeleceu-se uma divisão entre os trabalhos considerados nobres e mecânicos, com a cirurgia sendo classificada nesta última categoria.

Todavia, mesmo entre os chamados trabalhos mecânicos, a cirurgia, enquanto ofício, possuía um elevado prestígio, o que permitia aos profissionais dessa área alcançar um status intermediário dentro dessa hierarquia social. (Ribeiro, 2005, p. 65).

O espaço de atuação dos cirurgiões na colônia esteve em constante disputa com os praticantes de cura, como os curandeiros, enquanto enfrentavam embates teóricos com os físicos bacharéis presentes na colônia. Esses últimos frequentemente alegavam que os cirurgiões realizavam práticas desprovidas de embasamento "científico" e que poderiam ser prejudiciais para os colonos.

Essas disputas eram, em sua maioria, vencidas pelos cirurgiões, que conseguiam incorporar a teoria médica necessária para justificar suas práticas. Além disso, sua experiência permitia que se adaptassem e tratassem com eficácia as doenças que comumente acometiam os mineiros no século XVIII.

Tudo isso resultava em uma prática defensiva dos saberes por parte dos cirurgiões, que precisavam constantemente atestar suas capacidades e habilidades para conquistar clientes e garantir sua posição no mercado. Paralelamente, esforçavam-se para manter o prestígio perante esses indivíduos, evitando a perda de sua credibilidade.

Essa credibilidade foi fundamental para que os cirurgiões alcançassem certos privilégios. Um exemplo disso é o caso de um cirurgião que obteve a permissão do senhor de um escravizado, falecido sob seus cuidados, para realizar, com o auxílio de outro cirurgião, um exame equivalente a uma autópsia. O objetivo era compreender as causas da morte do paciente e, assim, ampliar seu conhecimento e aprimorar sua prática ao atender outros pacientes com sintomas semelhantes (Ferreira, 1735, *apud* Furtado, 2002, p. 267). Paralelamente, essas conquistas e "vitórias" garantiam a atenção e a confiança de sua clientela.

Essa interpretação é evidente não apenas no *Erário Mineral*, que apresenta diversas referências a tratamentos de escravizados, mas também em outros tratados de cura e nos relatos de cirurgiões, como os de José Antônio Mendes (Ribeiro, 2005, p. 70).

É importante ressaltar que não apenas os escravizados eram medicados, mas também os próprios senhores e membros da elite política, especialmente os militares, devido aos frequentes conflitos armados no contexto do mundo colonial.

Nestas Minas do Sabará, tendo o capitão Matias Barbosa da Silva umas razões com o brigadeiro João Lobo de Macedo, remeteram o caso às mãos repentinamente, de que resultou ficarem ambos feridos, porque cada um tinha a sua faca com que fazia o que podia. Ficou o brigadeiro com uma facada junto ao embigo, não penetrante, e o capitão com outro no bucho do braço esquerdo, que lhe chegou ao osso; este, como ficou com os nervos, músculos e tendões ofendidos, mal podia bulir com o braço. Fui chamado para o curar (...) (Ferreira, 1735, *apud* Furtado, 2002, p. 513)

Os cirurgiões, portanto, não se limitaram ao tratamento de enfermidades, atendendo com certa frequência também a ferimentos decorrentes de conflitos armados entre colonos. Um exemplo disso é o caso de Luís Gomes Ferreira, que atuou tratando as feridas dos envolvidos nesses embates.

Esses pequenos serviços também contribuíram para a ascensão econômica dos cirurgiões, permitindo que aumentassem suas posses. Além disso, esses atendimentos lhes garantiam reconhecimento e gratidão de figuras influentes, que, devido ao modelo de sociedade da época, valorizavam a reciprocidade e não deixavam de retribuir os favores recebidos. Como observado no caso mencionado:

(...) depois de passado pouco tempo, se mudou para a Vila do Ouro Preto, e mudando-me eu também do Sabará para a Vila do Ribeirão do Carmo, lhe

falei na dita vila e o achei são, sem moléstia alguma, de que me deu o agradecimento. (Ferreira, 1735, *apud* Furtado, 2002, p. 513)

Entretanto, os baixos salários oferecidos pelo poder administrativo não eram atrativos para a maioria dos cirurgiões e, menos ainda, para os médicos, que preferiam permanecer em centros populacionais mais densos. Os poucos que tentaram atuar em regiões periféricas optaram, em grande parte, por exercer suas atividades de maneira autônoma.

Muitos cirurgiões na região das Minas preferiam oferecer seus serviços àqueles que possuíam condições financeiras de pagar por tratamentos e remédios, estabelecendo, ao mesmo tempo, vínculos baseados na troca de favores. Isso ocorria, sobretudo, com os senhores de escravizados, que necessitavam dos serviços de praticantes da arte de curar para garantir que sua principal força de trabalho não precisasse ser substituída com frequência, considerando os altos custos de aquisição de escravizados na região.

A atuação dos cirurgiões era, portanto, vital para que esse modelo de sociedade pudesse sustentar a exploração do ouro e o funcionamento das atividades comerciais nas vilas mineradoras. É nesse contexto que muitos cirurgiões exerceram suas funções, uma circunstância claramente evidenciada no *Erário Mineral*.

Falo como experimentado e como quem também se enganou, e, achando-me mui triste naquele princípio, vendo que esta doença era muito comum e que morriam tantos escravos e se perdia tanto ouro em poucos dias... (Ferreira, 1735, *apud* Furtado 2002, p.241).

Ao longo de suas estadias na América Portuguesa, os cirurgiões também justificaram suas práticas como uma forma de ajudar seus irmãos na fé católica e servos do Rei, buscando, assim, reforçar sua importância para a sociedade. Além disso, essa perspectiva lhes permitia atribuir uma razão moral às suas atividades na arte de curar. Esse aspecto pode ser observado em:

Muito meu senhor. O serviço de Deus e o bem comum é o único motivo que puramente me move para tomar a confiança de molestar a vossa mercê em lhe comunicar um remédio específico que, com muito trabalho e diligência, foi Deus servido alcançasse para opugnar a qualidade e infecção escorbútica, ou mal de Luanda... (Ferreira, 1735, *apud* Furtado, 2002, p.690).

Além do tratamento dos enfermos, muitos cirurgiões nas Minas coloniais atuaram em áreas que extrapolavam sua formação técnica. A atividade mais comum, além da cirurgia, era o exercício do comércio, especialmente a venda e manipulação de remédios. No entanto,

alguns também se dedicaram a outras atividades, como empreitadas pessoais na exploração do ouro.

Devido à sua formação na metrópole, que proporcionava aos cirurgiões uma educação mais abrangente do que a geralmente adquirida por seus pares mecânicos, esses profissionais frequentemente assumiam, na colônia, postos e ofícios que normalmente seriam ocupados por outras profissões (Wissenbach, 2002, p. 122).

Portanto, a cirurgia, enquanto prática mecânica, permitia que os cirurgiões coloniais do século XVIII se aproximassem de outros ofícios mecânicos, como a fabricação de remédios e o comércio. Essas atividades não apenas preservavam o prestígio associado à sua profissão, como também não comprometiam sua posição na hierarquia social.

Um último ponto a ser destacado sobre este tópico é o fato de muitos cirurgiões não limitarem sua atuação a um único local fixo. Em vez disso, percorriam diversas vilas e aldeias na América Portuguesa em busca de clientes, ingredientes para a produção de remédios e até mesmo medicamentos já prontos.

A razão para esse movimento constante estava relacionada às condições do exercício da medicina, cirurgia e boticário na época, que não contavam com infraestrutura para o transporte de enfermos. Além disso, muitos povoados no interior da colônia estavam distantes dos principais centros urbanos, tornando necessária a locomoção dos profissionais até os colonos adoecidos. Essa dinâmica é evidenciada no *Erário Mineral*, pois, de acordo com Wissenbach (2002), Luís Gomes Ferreira viveu por anos na vila de Sabará, mas frequentemente atendia em povoados mais distantes, a pedido de alguns colonos, como observado:

No ano de 1710, me mandou chamar dom Francisco Rondon, natural de São Paulo, estando morador nas Minas da Paraopeba, em um ribeiro minerando; e andando os seus escravos trabalhando, caiu na cabeça de um galho, ou braço de um pau, que, casualmente, se despegou do seu natural, e logo ficou o tal escravo em terra e sem acordo, nem fala; fez-lhe alguns dos seu remédios caseiros, mas sem efeito algum; no fim de três dias, cheguei a vê-lo e o achei do mesmo modo... (Ferreira, 1735, *apud* Furtado, 2002, p.564).

Todos esses aspectos contribuíram para estreitar os laços entre os cirurgiões e a nobreza política da época. Por exemplo, os senhores de escravizados frequentemente hospedavam o cirurgião Luís Gomes Ferreira durante sua estadia na colônia (Dias, 2002, p.

45). Por outro lado, os cirurgiões tendiam a enxergar seus clientes de maneira próxima, quase amigável, embora essa relação provavelmente não fosse mais do que uma interdependência mútua entre as partes, como destacado no *Erário Mineral*.

(...) assim no pouco tempo em que determinei dar ao prelo o que chegasse a escrever, como por cuidar com brevidade aos habitantes das Minas do Ouro, onde alguns amigos ficaram esperando com ânsia os fracos rasgos da minha pena, porque, principalmente na cura das pontadas pleuríticas, de que perdem escravos sem número (...) (Ferreira, 1735, *apud*. Furtado, 2002, p. 689)

Ao mesmo tempo havia uma proximidade relativa entre cirurgiões e a *nobreza política*, tendo em vista que de acordo com a hierarquia social portuguesa, o conhecimento formal torna um indivíduo mais “nobre”. Não à toa a educação formal era objeto de desejo dos nobres no reino português e por aqueles que desejavam ascender socialmente. Portanto, como citado anteriormente, a ciência era uma forma de se constituir como membro da *nobreza política*.

O enriquecimento resultante da prática medicinal é outro fator que aproximava os cirurgiões da nobreza local. Ao longo da trajetória de Luís Gomes Ferreira, observa-se que, durante sua estadia nas Minas, ele adquiriu diversos bens, como residências, além de posses relativamente caras tanto para aquisição quanto para manutenção, como escravizados, aos quais, inclusive, realizava tratamentos.

No mesmo ano de 1730, se queixou um escravo meu de umas dores de ombros e costas; manei-lhe fazer uma fomentação do mesmo óleo que fica dito no volume 1, página 265, feito de arruda e alecrim (...) (Ferreira, 2002, p.273).

Essa noção é relevante, pois, na América Portuguesa, a posse de escravizados era considerada uma condição indispensável para a ascensão social, uma vez que se exigia que indivíduos pertencentes a um determinado extrato social possuíssem bens que simbolizassem seu status. Dias (2002) destaca que Luís Gomes Ferreira chegou a adquirir "artigos de luxo", como cavalos, que utilizava para se locomover pela região das Minas. Esse fato merece atenção, pois o alto custo de aquisição e manutenção de um cavalo tornava sua posse uma prática exclusiva de pessoas influentes e com significativo patrimônio na colônia.

Graças à flexibilidade hierárquica característica da colônia, os cirurgiões acabaram alcançando um prestígio antes reservado apenas aos médicos, integrando-se, assim, ao círculo de nobres da colônia. Entretanto, devido ao triplo exercício mecânico que muitos precisavam desempenhar — fabricar e vender remédios, além de praticar a cirurgia —, e à dificuldade

que enfrentariam caso abandonassem essas atividades, os cirurgiões permaneceram, ao longo do período colonial, em um "entre-lugar" entre os nobres e os mecânicos.

Essa posição, porém, não foi necessariamente desvantajosa. Estar nesse espaço intermediário permitiu que os cirurgiões alcançassem status e privilégios raros na colônia, além de uma discreta elevação de sua posição hierárquica também na metrópole.

Desse modo, cirurgiões como Luís Gomes Ferreira e outros conseguiram retornar à colônia com a fortuna acumulada durante sua estadia no território e publicaram os conhecimentos desenvolvidos ao longo de sua prática. Esses trabalhos foram amplamente aceitos na colônia, mas enfrentaram maior resistência na metrópole. No entanto, como evidenciado pelas licenças concedidas pelo Santo Ofício à obra *Erário Mineral*, nota-se que ela era vista por muitos como uma contribuição valiosa e necessária, especialmente para os letrados leigos em assuntos de saúde.

Portanto, a colônia tornou-se, para os cirurgiões, um espaço onde conseguiram alcançar uma importância e um reconhecimento na hierarquia social superiores aos que tinham na metrópole até meados do século XVIII. Além disso, a colônia proporcionou uma ascensão econômica que lhes permitiu desfrutar de um status e de privilégios que os aproximaram da nobreza política, tanto pela relação de interdependência que estabeleceram com essa elite quanto pela aproximação de status que existia entre esses grupos.

3. Saberes e práticas médicos dos cirurgiões nos territórios portugueses

Conforme discutido anteriormente nesta pesquisa, o sucesso dos cirurgiões na hierarquia social e em sua esfera de atuação devia-se tanto ao conhecimento erudito que possuíam sobre a saúde quanto à prática de sua profissão dentro do território colonial. Assim, torna-se imprescindível compreender as origens do saber médico em Portugal durante a Idade Média.

A escolha da Idade Média como ponto de partida justifica-se pelo ressurgimento de uma medicina erudita/científica, impulsionada pelas traduções realizadas por pensadores árabes sobre o conhecimento desenvolvido na Antiguidade em diversas áreas (Dulce, 2013), incluindo a medicina. Essa tradição foi fortemente influenciada pelos escritos de Hipócrates, que, no século III a.C., desenvolveu uma lógica sobre o funcionamento do corpo, a definição de saúde e doença, e os métodos para restaurar a saúde.

Esse saber antigo, recuperado por meio dos árabes, representou, a partir do século X, um avanço significativo no conhecimento erudito/científico europeu, permitindo o surgimento das primeiras universidades focadas em Teologia, Direito e Medicina. Contudo, a medicina apresentava um problema para seus "praticantes", pois sua natureza predominantemente teórica estava intimamente ligada à hierarquia social. Aqueles que se dedicavam aos estudos universitários vinham, em geral, de estratos sociais superiores, distinguindo-se das camadas mais baixas ao exercerem atividades "nobres" associadas ao conhecimento teórico. Essa distinção foi reforçada com a ascensão do pensamento aristotélico, que estabeleceu uma dicotomia entre teoria e prática, atribuindo maior valor ao pensamento teórico.

Isso criou um desafio para a sociedade medieval, que, embora necessitasse de tratamentos físicos, dependia de físicos dedicados ao estudo erudito. Nesse contexto, observamos, na sociedade portuguesa, a presença de grupos que, mesmo possuindo apenas um grau limitado de conhecimento formal, dedicavam-se de maneira mais sistemática aos cuidados dos doentes. Entre esses, destacavam-se os boticários, parteiras, membros de ordens monásticas e, finalmente, os cirurgiões, que se voltavam ao lado mecânico da prática médica, geralmente com certa tolerância por parte das autoridades administrativas e médicas.

A formação do cirurgião não era tão formal e erudita quanto a dos médicos formados na Universidade de Coimbra. Seus estudos, em geral, baseavam-se na observação e prática

com cirurgiões já reconhecidos e licenciados pela Coroa portuguesa. Essa lógica era válida tanto para os cirurgiões-mestres, aptos a tratar todos os casos relacionados à cirurgia, quanto para os cirurgiões-barbeiros, que eram relegados a um número limitado de práticas médicas.

Na teoria, cabia aos cirurgiões agir em conformidade com os conhecimentos defendidos pelos médicos, posicionando-se de forma secundária em relação a eles na prática médica. Dessa forma, deveriam intervir apenas após os enfermos terem sido atendidos por um médico.

Quanto à lógica médica utilizada pelos cirurgiões, é evidente que ela ainda descendia do pensamento médico medieval. Esse pensamento tinha como base a teoria humoral proposta por Hipócrates e posteriormente complementada por Galeno e Avicena, que eram as principais autoridades do saber médico erudito medieval.

Contudo, ao analisarmos o *Erário Mineral*, é possível observar que esse pensamento sobreviveu à transição da Idade Média para a Idade Moderna, mesmo diante dos avanços que buscavam explicações mais científicas e modernas sobre o corpo humano. Esses avanços incluíam os estudos de anatomia e novas correntes de pensamento que circulavam pela Europa durante o período moderno.

Também é lei assentada de Hipócrates que, na entrada dos crescimentos das febres, se não dê de comer nem de beber aos doentes, e, não obstante este preceito, não há médico tão covarde que, se o doente é muito magro ou de temperamento muito seco, ou colérico, ou muito fraco, lhe não dê de comer em qualquer hora da sezaõ, para evitar que o doente se não faça hético ou morra de fraqueza. Bem encomendam Galeno e Avicena que se não sangrem os meninos antes de terem quatorze anos; e a experiência nos mostra que, com sangrias moderadas, os livramos hoje de gravíssimas doenças, sendo de menos de um ano (Ferreira, 1735, *apud*. Furtado, 2002, p.232)

É notável que Luís Gomes Ferreira reconhece as autoridades médicas tradicionais em sua obra, embora as utilize, em um primeiro momento, para justificar que, na prática, certos conhecimentos produzidos por essas autoridades não se confirmaram diante das observações feitas em sua vivência na colônia.

A permanência do saber médico português de matriz medieval nos primeiros séculos da Idade Moderna decorre de diversos fatores relacionados ao processo colonial. Entre eles, destaca-se o posicionamento político-religioso de Portugal, que buscava preservar uma perspectiva científica baseada no pensamento aristotélico medieval. Essa estratégia visava manter o controle sobre a hierarquia social não apenas na metrópole, mas em todo o território

português, afetando os estudos das ciências acadêmicas em relação a outros reinos europeus. Além disso, tal postura serviu como um dos sustentáculos do modelo social hierárquico corporativo da época moderna.

No contexto colonial brasileiro, as consequências desse descompasso científico foram significativas. Os habitantes do território, diante das limitações impostas, tiveram de recorrer a todos os recursos e praticantes de cura disponíveis para assegurar a saúde da população.

Nesse cenário, os cirurgiões de formação que chegavam à colônia, especialmente à América Portuguesa, enfrentavam uma realidade que exigia muito mais do que haviam aprendido na metrópole. Grande parte dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos em sua formação tornava-se inutilizável no contexto colonial, sobretudo nas regiões das Minas Gerais, onde os índices de insalubridade eram elevados.

Por essa razão, a experiência prática e o desenvolvimento de novos saberes eram indispensáveis para o cuidado dos enfermos na colônia. Nesse processo, as práticas dos cirurgiões foram sendo moldadas pelas necessidades locais, pelas demandas dos colonos, pelo contato com saberes de outras etnias e pelas características específicas da população do sertão.

Esses profissionais de saúde passaram, então, a utilizar as especificidades da região das Minas Gerais, como sua flora e o conhecimento dos habitantes locais, para desenvolver novas formas de tratamento, produzir remédios inéditos ou criar substituições para medicamentos já existentes. Ao longo do capítulo, será apresentado o desenvolvimento desses saberes e práticas, demonstrando como a atuação dos cirurgiões na colônia lhes permitiu alcançar riqueza e prestígio.

Dentro dessa esfera de atuação, alguns poucos praticantes eruditos, especialmente cirurgiões licenciados, utilizaram o "sucesso" obtido na colônia como um mecanismo de validação de seus saberes. Nesse processo, buscaram divulgar seus conhecimentos e participar dos debates teóricos, justificando a validade de suas práticas. Esse movimento acabou por influenciar e moldar a difusão do conhecimento médico em Portugal a partir do século XVIII e, conseqüentemente, no Brasil.

É importante notar que todos estes aspectos reforçam como a análise do imaginário social é relevante e importante para compreender as permanências e rupturas de saberes e

práticas, como será observado nos próximos tópicos, é através da representação e estruturação da realidade que se encontram os limites que abrem as possibilidades para novas formas de agir e pensar, mas também os mecanismos que forçam uma aderência à tradição.

3.1 A centralização do Saber em Portugal entre os séculos XV ao XVIII

A fundação do Hospital Real de Todos os Santos em Lisboa, no final do século XV, durante o reinado de D. João II, representou uma inflexão decisiva no modelo de assistência médica no reino português. Mais do que uma simples instituição de caridade voltada ao acolhimento dos enfermos, esse hospital foi concebido como um projeto de centralização político-institucional da assistência à saúde e da formação médica no reino. Conforme analisa Laurinda Abreu (2022), o hospital se tornou um dos principais instrumentos de racionalização da medicina régia, operando como espaço de vigilância social, de disciplinamento dos corpos e, principalmente, como eixo de organização do saber médico e cirúrgico em Portugal.

Essa função ultrapassava o campo assistencial: ao reunir os agentes da cura sob uma estrutura institucional submetida ao controle da Coroa, o Hospital Real foi transformado em um poderoso mecanismo de regulação do saber. Ao lado da Universidade de Coimbra, a instituição consolidou-se como um polo de produção e reprodução dos saberes médicos considerados legítimos. Como destaca Priscila Aquino Silva (2015), essa centralização contribuiu para delimitar fronteiras rígidas entre os saberes oficiais e os saberes práticos e populares, colocando sob suspeita toda forma de cura que não estivesse vinculada às estruturas sancionadas pelo poder régio.

Pierre Bourdieu, em *Homo Academicus* (2013), oferece ferramentas conceituais valiosas para compreender esse processo. Segundo o autor, os espaços de formação e consagração do saber como universidades e hospitais de Estado são centrais para a manutenção da ordem social, uma vez que é neles que se constrói o habitus científico e se define quais saberes serão considerados válidos, legítimos e oficiais. O Hospital Real de Todos os Santos, nesse sentido, funcionava como um espaço de consagração simbólica: ao instituir critérios de formação, selecionar seus agentes e padronizar as práticas, a Coroa não apenas formava cirurgiões, mas definia quem poderia falar em nome da ciência médica e sob quais condições.

Essa lógica era particularmente importante no caso dos cirurgiões, grupo que até meados do século XV ocupava uma posição marginal em relação à medicina acadêmica. Considerados ofícios mecânicos, associados a práticas corporais manuais e desprovidas de especulação teórica, os cirurgiões enfrentavam restrições quanto ao reconhecimento institucional e social. A criação do Hospital Real de Todos os Santos alterou parcialmente essa configuração, pois lhes ofereceu a possibilidade de formação técnica sistematizada, inserção em um corpo profissional coeso e acesso a um habitus médico que se aproximava do modelo universitário. Como sugere Márcia Moisés Ribeiro (2005), esse processo visava construir um novo ethos cirúrgico, sustentado por uma ética profissional, uma linguagem técnica específica e uma disciplina intelectual que conferiam ao cirurgião uma posição social intermediária abaixo dos físicos bacharéis, mas acima dos barbeiros e práticos itinerantes.

Assim, o hospital operava também como uma instância de hierarquização interna no campo da cura. Ao centralizar o ensino e a prática da cirurgia, criava-se um mecanismo de diferenciação simbólica: os cirurgiões formados e atuantes no Hospital Real passavam a ocupar uma posição de prestígio em relação aos agentes que praticavam a cura fora das instituições formais. Esses últimos — como sangradores, curandeiros, parteiras e boticários não credenciados — continuavam submetidos à desconfiança oficial e à vigilância das autoridades régias, sendo frequentemente marginalizados nos regimentos médicos da época. Como afirma Bourdieu (1989), a produção de distinções simbólicas é um dos modos pelos quais se reproduz o poder social; nesse caso, a diferença entre o cirurgião consagrado e o prático itinerante traduzia a disputa por capital simbólico dentro do campo médico português.

Portanto, o Hospital Real de Todos os Santos não deve ser visto apenas como um espaço de atendimento aos pobres e doentes, mas como um verdadeiro centro de estruturação do saber médico no Antigo Regime português. Sua criação corresponde a um movimento mais amplo de racionalização e centralização promovido pela monarquia, no qual o controle do corpo social passava também pelo controle dos saberes. A valorização da cirurgia enquanto prática disciplinada e institucionalizada, ainda que subordinada à medicina universitária, foi um passo importante na trajetória dos cirurgiões em direção ao reconhecimento social e profissional processo esse que repercutiria inclusive na América portuguesa, como se verá na análise da atuação de Luís Gomes Ferreira e na forma como o *Erário Mineral* ecoa esse ethos institucional mesmo à distância da metrópole

O Hospital Real de Todos os Santos representava, portanto, mais do que uma edificação física ou um projeto assistencial. Ele era um palco onde se encenava a disputa pela legitimidade do saber, dentro de uma lógica de consagração institucional semelhante à que Bourdieu descreve no campo acadêmico.

De acordo com Silva (2015) a Dinastia Avis foi responsável então por um aprofundamento da regulação dos agentes de cura que existiam no reino e nisto vemos uma importância cada vez maior para a ideia da aceitação dos pares. Pois a partir do século XV começa a ser cada vez mais centralizado que quem atestaria a qualificação e a formação de um cirurgião seria um de seus pares já reconhecidos e tido como figura de autoridade na área.

Devido a natureza prática da prática de Cirurgia o mesmo também se encontrou centralizado no Hospital Real a fim de que os alunos tivessem acesso ao ambiente prático e buscassem através da observação e da experimentação o conhecimento necessário para que pudessem atuar na sociedade e de forma independente. Isto é bem notável no *Erário Mineral* onde vemos a ação de um cirurgião que não apenas demonstrou seu aprendizado teórico e prático obtido no reino, mas também demonstrou um conhecimento do corpo o suficiente para adaptar novas práticas, adaptar velhas práticas ao contexto das doenças tropicais e propor teorias que se encaixassem ao conhecimento já tido como uma garantia na metrópole.

No *Erário Mineral* podemos ver o cirurgião Luís Gomes Ferreira, que atuou no Hospital Real de Todos os Santos descrever que praticou autópsia no corpo de um escravizado morto, a fim de compreender às complicações que levaram ao óbito deste indivíduo, alegando perante seu senhor que tinha competência para fazer tal prática pois já teria feito antes no reino no dito hospital.

Também é interessante ver como a centralização do conhecimento também serviu para que a coroa portuguesa mantivesse estável a hierarquia social, principalmente dos saberes, isto é observado no governo de D. Manuel I que regulamentou que nenhum cirurgião deveria fabricar e receitar remédios, reforçando as barreiras que existiam entre os saberes da saúde, reforçando que estes saberes deveriam estar separados.

Este tipo de estruturação hierárquica era uma marca do Antigo Regime em Portugal, cada autoridade “acadêmica” garantia a uniformização de seu respectivo ramo, permitindo a coroa ao controlar essas autoridades um controle sobre todos praticantes (legalizados). Interessante também notar que o principal meio de controlar.

A afirmação e legitimação do saber médico-cirúrgico institucionalizado implicaram, simultaneamente, o rebaixamento e a marginalização de formas concorrentes de conhecimento terapêutico. Essa exclusão não ocorreu de modo pontual ou episódico, mas foi estruturante para a constituição das hierarquias no campo da saúde. Parteiras, benzedoras, curandeiros e outros agentes populares da cura, amplamente presentes no cotidiano colonial, eram frequentemente percebidos como ameaças à autoridade emergente da medicina dita “oficial”, justamente por operarem fora dos limites estabelecidos pelas instituições reguladoras do saber.

No caso das mulheres, essa exclusão era ainda mais intensa, pois articulava critérios de gênero à desqualificação epistemológica. Como argumenta Calainho (2009), no contexto luso-brasileiro, as práticas femininas de cura estavam submetidas a um duplo processo de estigmatização: eram consideradas inferiores tanto por seu caráter empírico quanto pelo fato de serem exercidas por mulheres, num sistema em que o acesso formal ao conhecimento científico era predominantemente masculino. O resultado era a construção de uma imagem social desses agentes como portadoras de um saber intuitivo, instável e, por vezes, perigoso visto essa que servia à manutenção da exclusividade dos profissionais formados e autorizados.

Nesse cenário, a atuação da Igreja Católica também se fazia presente de maneira ambígua. Embora muitos religiosos estivessem diretamente envolvidos com práticas de cuidado e gestão hospitalar sobretudo por meio das ordens religiosas que atuavam na assistência aos pobres e doentes, o discurso eclesial era igualmente responsável por vigiar e julgar práticas que escapassem à ortodoxia. O controle espiritual do corpo e da alma passava pela regulação dos modos de curar. As fronteiras entre fé, superstição e heresia, embora fluidas, eram vigiadas com rigor. Nesse processo, a cura não autorizada, principalmente quando associada a rituais não reconhecidos, era rapidamente conectada a práticas condenadas como feitiçaria.

Fernando Bethencourt (2004) analisa como, no século XVI, o imaginário social português associava curandeiros e parteiras ao universo da magia, não pela ausência de resultados em suas práticas, mas por operarem à margem do sistema de autoridade religiosa e institucional. As figuras que manipulavam o corpo sem intermediação clerical ou acadêmica eram frequentemente descritas como elementos subversivos, não apenas por curar sem permissão, mas por ameaçarem os fundamentos simbólicos da ordem vigente — tanto no

plano espiritual quanto no social. A distinção entre “curar com ciência” e “curar com poder oculto” tornava-se, assim, não uma questão de eficácia, mas de legitimidade.

Essa tensão revela o quanto os discursos sobre a cura em especial no mundo ibérico estavam impregnados de disputas que transcendiam o campo da saúde. Eles envolviam controle social, regulação dos corpos e, sobretudo, a gestão das fronteiras entre o permitido e o ilícito, entre o saber e a fé, entre o feminino e o autorizado. Entender esses processos é fundamental para interpretar como certos saberes foram silenciados ou subordinados ao longo da história, ainda que continuassem a circular e a operar de forma subterrânea no tecido social.

As disputas simbólicas no campo da medicina não se restringiam à validação dos saberes ou à exclusão de práticas concorrentes, mas também envolviam diretamente os corpos sobre os quais esses saberes se projetavam. A construção do saber médico no mundo luso-brasileiro operava por meio da definição de quais corpos eram objeto legítimo de intervenção, vigilância e disciplina. Nesse processo, determinados grupos sociais foram particularmente visados como os pobres, as mulheres e os escravizados por serem concebidos, à luz do discurso médico-moral da época, como mais vulneráveis à doença, à desordem e à irracionalidade.

Essa medicalização direcionada, como aponta Michel Foucault (1999), corresponde a uma forma de poder que não atua apenas por proibição, mas por normatização: um poder que se exerce sobre a vida, regulando comportamentos, administrando riscos e promovendo intervenções sob o pretexto do cuidado e da prevenção. A medicina, nesse sentido, tornava-se um instrumento privilegiado na constituição de uma racionalidade disciplinar que se pretendia civilizatória. Ao naturalizar a necessidade de intervir sobre os corpos considerados desviantes seja pela classe, pelo gênero ou pela etnia, produzia-se uma hierarquia biopolítica que legitimava a desigualdade como se fosse produto da natureza.

No contexto colonial, essa lógica era ainda mais acentuada, uma vez que os corpos colonizados eram vistos simultaneamente como força de trabalho e como ameaça latente à ordem estabelecida. Os escravizados, por exemplo, não eram apenas tratados como economicamente úteis, mas também como biologicamente propensos a enfermidades e moralmente inclinados ao desvio o que justificava, aos olhos da administração colonial, a necessidade constante de controle médico e disciplinar. A intervenção médica, nesse caso,

ultrapassava o cuidado com a saúde e assumia contornos de vigilância sobre a conduta, a produtividade e até a sexualidade desses indivíduos.

As mulheres, por sua vez, eram medicalizadas com base em discursos que associavam seu corpo à instabilidade e à fragilidade, o que reforçava sua posição subordinada na sociedade. A medicina operava como mediadora entre o biológico e o social, naturalizando normas de gênero e patologizando comportamentos que fugiam aos padrões esperados. Entre as camadas populares, os pobres tornavam-se alvos prioritários das políticas públicas de saúde não apenas por razões epidemiológicas, mas também por representarem, aos olhos das elites, focos de desorganização social que precisavam ser corrigidos.

Dessa maneira, a prática médica no mundo moderno e colonial não pode ser compreendida apenas como um conjunto de saberes técnicos voltados à cura, mas como parte de um dispositivo mais amplo de gestão da vida. Ela contribuía para classificar, ordenar e intervir sobre os corpos de forma desigual, conforme parâmetros de utilidade, produtividade e conformidade moral. Ao fazê-lo, a medicina reforçava estruturas sociais preexistentes, ao mesmo tempo em que se legitimava como ciência neutra e benéfica uma contradição que marca profundamente sua história nos espaços imperiais e coloniais.

Nesse contexto de intensas transformações políticas e institucionais, o reformismo ilustrado do século XVIII desempenhou um papel central na reconfiguração do campo médico no mundo luso-brasileiro. As reformas pombalinas, implementadas sob a liderança do marquês de Pombal, e a subsequente reorganização da Universidade de Coimbra, em 1772, buscaram estabelecer um novo modelo de medicina fundamentado na razão, na utilidade pública e na depuração dos elementos considerados supersticiosos ou obscuros. Essa racionalização da medicina integrava-se ao projeto mais amplo de construção de um Estado moderno, centralizado e tecnicamente eficiente, no qual o saber médico deveria servir aos interesses da administração, da moralização dos costumes e da produtividade populacional.

No entanto, como observa Roger Chartier (1991), os discursos reformistas raramente rompem de maneira abrupta com os sistemas de representação anteriores. Ao contrário, muitas vezes esses discursos operam por meio da reorganização e ressignificação das estruturas simbólicas já existentes. No caso da medicina, a retórica da ruptura com os saberes tradicionais serviu como estratégia discursiva para afirmar a legitimidade da nova ciência, mesmo quando, na prática, muitos elementos da tradição empírica continuaram sendo

mobilizados, adaptados e incorporados ao saber hegemônico. A narrativa da modernização médica foi, portanto, marcada por tensões entre continuidade e inovação, entre supressão e reaproveitamento.

Essa tensão se manifesta com clareza no modo como a medicina ilustrada procurou justificar sua superioridade técnica e moral. A construção de sua identidade passava pela necessidade de se diferenciar dos conhecimentos populares e das práticas herdadas, apresentando-se como mais eficaz, mais racional e mais alinhada aos interesses do bem comum. Para tanto, os saberes tradicionais foram frequentemente rebaixados a categorias como “ignorância”, “superstição” ou “erro vulgar” expressões recorrentes nos tratados médicos da época, mesmo quando, em sua materialidade, esses saberes continuavam a ser utilizados por médicos e cirurgiões, sobretudo nos territórios coloniais.

Como argumenta Bronisław Baczko (1985), o imaginário social é moldado por disputas entre diferentes formas de ver e organizar o mundo, e sua consolidação passa pela legitimação de certas visões em detrimento de outras. A medicina moderna, ao se afirmar como expressão máxima da razão e do progresso, produziu um imaginário que marginalizou práticas de cura ancestrais, comunitárias e empíricas. Esses saberes, muitas vezes transmitidos oralmente e enraizados em contextos locais, foram desqualificados não apenas no plano do conhecimento, mas também no plano moral, sendo associados ao atraso, à irracionalidade ou à desordem social.

Ao mesmo tempo, esse processo de exclusão não foi absoluto. A medicina reformada apropriou-se de diversos elementos oriundos dessas práticas, como o uso de plantas medicinais, a observação direta dos sintomas e a valorização de determinadas técnicas manuais. No entanto, ao serem incorporados ao novo paradigma, esses elementos eram reconfigurados, rebatizados e submetidos à lógica classificatória da ciência moderna. O que era antes considerado “popular” passava a ser validado apenas quando traduzido nos termos da linguagem médica institucionalizada, ocultando suas origens e desvalorizando os sujeitos que originalmente os utilizavam.

Esse movimento revela que o processo de modernização da medicina, longe de representar uma ruptura homogênea e linear, constituiu-se como um campo de disputas simbólicas e apropriações seletivas. A consolidação do saber médico como ciência legítima implicou não apenas a produção de novos conhecimentos, mas também a redefinição das

fronteiras do que poderia ou não ser reconhecido como válido. Assim, o avanço da medicina ilustrada não eliminou os saberes anteriores antes, os reorganizou em novas hierarquias, garantindo que a autoridade médica permanecesse nas mãos daqueles que detinham capital acadêmico, institucional e simbólico para reconfigurar o passado sob a ótica do progresso.

3.2 Permanências no saberes medicinais dos cirurgiões coloniais

Como já discutido anteriormente, no contexto do Antigo Regime português em particular durante os séculos modernos vigorava uma rígida divisão simbólica e social do trabalho baseada na distinção entre ofícios considerados “mecânicos” e aqueles tidos como “nobres”. Essa dicotomia não se baseava apenas na utilidade prática das atividades, mas em critérios morais, corporais e intelectuais, amplamente difundidos no imaginário das corporações e reproduzidos nas instituições de ensino e justiça do período. O que se considerava um trabalho nobre estava relacionado à ausência de esforço físico direto, à produção do saber teórico e à distância dos elementos materiais e corpóreos, especialmente daqueles associados à sujeira, ao contato com os corpos adoecidos e aos fluidos humanos.

Dentro desse enquadramento simbólico, a cirurgia ainda que essencial à preservação da vida foi historicamente enquadrada como um ofício de natureza mecânica. Como aponta Márcia Moisés Ribeiro (2005), essa categorização derivava não apenas do caráter manual da atividade cirúrgica, mas também de sua associação com práticas corporais consideradas inferiores em comparação à medicina teórica, exercida pelos físicos bacharéis formados em universidades. O cirurgião, ao intervir diretamente sobre o corpo, lidava com elementos considerados impuros, como sangue, pus e secreções, o que o afastava da imagem idealizada do médico racional e distanciada. Essa exposição ao "sujo" do corpo doente era usada como argumento simbólico para justificar a posição subalterna do cirurgião nas hierarquias do saber e do prestígio social.

Essa lógica estava profundamente enraizada na estrutura corporativa da sociedade portuguesa, na qual os ofícios manuais, mesmo que especializados, eram regulados por estatutos que limitavam o acesso a certos direitos e reconhecimentos. Como analisa Priscila Silva (2015), a cirurgia, ao ser regulada por regimentos próprios, como os da Casa do Círculo de Lisboa ou do Hospital Real de Todos os Santos, buscava compensar essa desvalorização com uma padronização técnica e moral da profissão. Ainda assim, o estigma social permanecia, e os cirurgiões encontravam dificuldades para ascender aos círculos de prestígio ocupados pelos médicos universitários.

A classificação da cirurgia como arte mecânica também implicava uma limitação de seu alcance epistemológico: o conhecimento do cirurgião era considerado técnico, vinculado à repetição e à experiência, e não à formulação teórica. Como destaca Bourdieu (1989), as hierarquias de saber são mantidas por sistemas simbólicos que legitimam certas formas de conhecimento em detrimento de outras. No caso da cirurgia, o saber tácito e empírico era subordinado à ciência médica acadêmica, mesmo quando, na prática, o cirurgião demonstrava competência e eficácia em seus tratamentos.

Essa marginalização institucional e simbólica, no entanto, não impediu que os cirurgiões, especialmente aqueles atuantes na colônia, como Luís Gomes Ferreira, encontrassem formas de negociação com essa posição. O contexto colonial, com sua escassez de físicos e sua demanda intensa por cuidados médicos, permitiu que os cirurgiões acumulassem funções, desenvolvessem repertórios terapêuticos amplos e, por vezes, alcançassem respeitabilidade local. Ainda assim, sua origem social e a natureza de seu ofício continuavam a pesar sobre sua identidade profissional, como herança de um sistema de valores que persistia mesmo diante das transformações institucionais do século XVIII.

Por outro lado, os físicos, por exercerem atividades relacionadas à prescrição de remédios, diagnósticos e manutenção primária da saúde da população, foram categorizados como praticantes de um trabalho intelectual e, portanto, nobre. Essa divisão gerou uma distância significativa entre os saberes medicinais teóricos dos físicos bacharéis e as práticas médicas mais práticas e manuais dos cirurgiões, como defendido por João Rui Pita:

Este estado de coisas era bem explícito em Portugal. Esta hierarquização das profissões sanitárias estava bem patente na sociedade portuguesa no decurso do século XVIII. No cume da pirâmide a medicina e os médicos e num patamar abaixo a cirurgia os cirurgiões, a arte farmacêutica e os boticários. Abaixo destes ainda se encontravam outros profissionais, igualmente de forte componente mecânica como, por exemplo, os sangradores e os barbeiros. (Pita, 2000, p.130).

Devido às restrições impostas tanto pela religião quanto pela Coroa, as ciências em Portugal, em grande medida, continuaram baseadas nos conhecimentos medievais de séculos anteriores, o que representou um obstáculo ao desenvolvimento e à inovação nos saberes já existentes. Esse contexto tornou-se um impedimento significativo para que a Medicina e a Cirurgia desenvolvessem novos métodos de tratamento e novos remédios. Como consequência, essas áreas do conhecimento passaram a reverenciar e sacralizar os ensinamentos dos principais médicos e cirurgiões da Antiguidade, da Idade Média e dos primeiros séculos da Modernidade.

Esse aspecto é amplamente discutido por Lígia Bellini:

Uma dificuldade com que o estudioso se depara, ao analisar tratados médicos portugueses sob esta perspectiva, está associada ao fato de que muitos dos artefatos linguísticos neles utilizados provêm de outros textos, especialmente textos médicos antigos. Isto implica que, para entender o significado destes artefatos, é necessário considerar tanto a fonte original quanto o texto português em que se encontram. A tendência a “sacralizar” a linguagem, característica da tradição de exegese e comentário, dominante entre os pensadores estudados, tem como consequência que certas imagens não parecem particularmente significativas em relação ao imaginário social e cultural no contexto português do século XVI. Cautela especial é requerida na análise deste tipo de representação e, muitas vezes, a proveniência parece ser a única questão a ser adequadamente proposta. De qualquer forma, representações desta natureza constituem evidência de preeminência da tradição de comentário e da atitude a ela relacionada, de valorização do conhecimento antigo, entre os autores portugueses do período. (Bellini, 2005, p. 29-30).

Associada à questão apresentada na citação anterior, encontra-se a necessidade de enfatizar a formação dos cirurgiões, pois a uniformidade nos conhecimentos adquiridos por esses profissionais na metrópole permite perceber que, por mais diversos que fossem os contextos em que atuavam, tanto na metrópole quanto na colônia, eles seguiam o mesmo arcabouço teórico, guiado pelas autoridades médicas da época (Ribeiro, 2005, p. 70).

Embora os cirurgiões defendessem a prática como legitimadora de sua atuação, continuavam fundamentando seu trabalho nos conhecimentos adquiridos durante a formação. Essa continuidade evidencia a permanência de teorias antigas em Portugal, como a teoria humoral hipocrática. Esse fenômeno não se restringia aos cirurgiões, mas também influenciava os médicos bacharéis, uma vez que, no mundo lusitano, havia uma forte crença de que a medicina estava intrinsecamente ligada a um mundo "mágico". Por essa razão, as práticas médicas deveriam respeitar a correlação entre o cosmos e o corpo humano (Ribeiro, 1997, p. 69).

Interessante notar que Luís Gomes Ferreira seguia na colônia esta visão, principalmente levando em consideração às “diferenças” entre os humores dos brancos e da população escravizada negra:

Que, algumas vezes, sucede haver grande inflamação no fígado que os doentes não podem consentir que se lhe ponha a mão, como já vi; estas tais inflamações sempre são perigosas, sem embargo que uma, que sucedeu a um escravo meu, não teve perigo, porque como os pretos são dotados de natureza mais forte e robusta que os brancos,

resistem mais a todas as enfermidades (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.282).

O mesmo pode ser visto em um trecho do mesmo tratado em que o autor reforça que até mesmo o gênero do enfermo demanda uma atenção na hora de tratá-lo:

Sendo esta obstrução em mulher, se lhe darão os vomitórios necessários e os mesmos medicamentos desobstruentes; porém, no que toca a purgar, se purgarão com purga de rom, feita em pó de fresco e e quantidade de meia até uma oitava, conforme as forças e a idade (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.289).

No Brasil colonial, essa concepção também levou à associação de elementos da religião cristã com as causas das enfermidades. Assim, alguns praticantes das "artes" de curar, influenciados por essa visão antiga, incorporaram elementos que relacionavam o cosmos ao corpo em suas práticas.

Para esses praticantes, a correlação entre o cosmos e o corpo justificava o uso de elementos da natureza no tratamento dos enfermos, uma vez que a natureza também fazia parte dessa ligação cósmica. De acordo com Rossi:

Não tendo considerado suficientemente a realidade física, acreditaram que tudo o que toca os homens provinha de causas celestes e que poderiam ser previstos os eventos futuros. Acabaram por atribuir aos astros às próprias culpas e as próprias penas e, contra toda razão, conceberam que algumas estrelas eram boas e outras más (Rossi, 1992, p. 43).

Essa herança medieval permaneceu forte na Península Ibérica e continuou a ser perpetuada até meados do século XIX, mesmo em pleno período da Modernidade. Na América Portuguesa, o "misticismo" era ainda mais elaborado, tanto por curandeiros quanto por cirurgiões, devido à escassez de remédios e tratamentos disponíveis para lidar com as enfermidades. Diversos trechos do *Erário Mineral* mostram como o autor recorre ao uso de elementos mágicos no tratamento de doenças, refletindo um contexto em que as enfermidades eram diagnosticadas principalmente pela observação dos sintomas, e as suas causas frequentemente deduzidas.

Isso se torna evidente no Tratado XI, que aborda os venenos mais comuns na colônia, tanto de origem animal quanto vegetal, e apresenta tratamentos para cuidar dos enfermos.

Entre os muitos venenos descritos, o autor chama atenção para o perigo do sangue menstrual, considerado, em sua visão, um veneno poderoso com propriedades mágicas, como descrito:

Todas as plantas por onde a mulher passar ou lhe pegar com sua mão se secarão, de tal modo que nunca mais tornarão a nascer; os cães que comerem o sangue menstrual se farão danados, e toda a mulher que, andando prenhe e lhe vier o mênstruo, a criança que parir nunca será forte; e toda a que lhe não baixarem os meses, não emprenhará e, andando com eles, vendo-se a um espelho, ficará manchado e sem luzimento.(Ferreira, 1735, *apud* Furtado, 2002, p. 688).

Tal pensamento não era exclusivo do cirurgião, mas resultado dos pensamentos religiosos medievais, tanto cristãos quanto islâmicos, que partiam da ideia de que a menstruação era uma consequência religiosa da corrupção humana. É interessante observar a sobrevivência dessa visão até o século XVIII no Brasil. Isto fica mais reforçado pela naturalidade com a qual o autor aborda este tema, justamente após apresentar tantos venenos tidos como elementos da realidade tangível como picadas de animais peçonhentos.

Essas formas de pensar e agir não eram vistas, no contexto colonial, como ultrapassadas, já que a extrema necessidade de medicamentos e tratamentos fazia com que qualquer justificação ou método que parecesse minimamente lógico, com base nos conhecimentos prévios e disseminados no senso comum, fosse valorizado.

Outro exemplo dessa influência pode ser observado nos resquícios do pensamento alquímico que, de forma indireta, ainda persistia no imaginário coletivo até o século XVIII. Na obra, o autor apresenta sua concepção sobre a “soberania do ouro” em relação a outros metais, uma ideia que reflete o legado alquímico que atribuía ao ouro um papel central, considerando sua obtenção um dos objetivos dessa “arte”. Outro objetivo alquímico era a criação de um remédio capaz de curar qualquer enfermidade, vulgarmente conhecido na cultura popular como a “pedra filosofal”. Esse aspecto é reforçado no *Tratado V*, no qual o autor aparenta propor um remédio alinhado a esse ideal.

Esse tipo de discurso era comum em tratados do século XVIII, pois, como mencionado anteriormente, muitos dos cirurgiões que atuaram na colônia buscavam enriquecimento e prestígio. No entanto, a apresentação desse remédio também incorpora elementos considerados críveis para o período histórico. De acordo com Bellini (2005), o uso

de comparações entre elementos da sociedade e a aplicação de hierarquias na medicina eram amplamente aceitos no ambiente acadêmico. Assim, retornando ao *Tratado V*:

Assim como o ouro é o soberano sobre todos os metais, assim também o seu óleo é o mais soberano remédio que até o dia de hoje se tem descoberto para curar muitas enfermidades grandes, para as quais os modernos não têm achado remédio de mais relevante virtude que este, com o qual se têm livrado muitos da sepultura, o que não seria fácil, antes muito de dificultoso, curando-se com remédios galênicos, como se poderá ver em todo este tratado. (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.489).

Outro aspecto que constitui um legado da medicina medieval e que persistiu até meados do século XIX no Brasil era a utilização e a prática da sangria, especialmente associada aos cirurgiões. No entanto, Luís Gomes Ferreira, no *Tratado I*, ressalta que o procedimento de sangria na colônia apresentava peculiaridades em função das diferenças climáticas e da dieta da população em comparação com o reino. Com base em sua vivência, o autor dedicou-se a especificar, em cada tratado de sua obra, as circunstâncias e os métodos apropriados para realizar a sangria em diferentes tipos de enfermidades, considerando as particularidades de cada paciente, com o intuito de evitar o falecimento.

Essa atenção às especificidades do contexto colonial levou muitos a considerarem o *Erário Mineral* como uma obra pioneira na medicina tropical. Contudo, nota-se que Luís Gomes Ferreira não abandona a lógica subjacente à prática da sangria, mas argumenta que seria necessário adaptá-la às condições locais.

Bem encomendam Galeno e Avicena que se não sangrem os meninos antes de terem quatorze anos; e a experiência nos mostra que, com sangrias moderadas, os livramos hoje de gravíssimas doenças, sendo de menos de um ano. (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.232).

Algo bastante notável durante a obra do *Erário Mineral* é a quantidade de referências que o autor faz a outros cirurgiões como demonstrado no tratado XII:

Achando-me, pois, na Cidade da Bahia, vindo de volta para a este reino, e tendo notícia que João Cardoso de Miranda, cirurgião curioso e sem ofensa dos mais dos da primeira estimação, tinha inventado um remédio de grande eficácia e infalível virtude para escorbutos, ou mal de Luana. (Ferreira, *apud* Ferreira, 2002, p.689).

Esse tipo de prática evidencia que grande parte dos conhecimentos médicos utilizados no território colonial foi difundida por intermédio dos cirurgiões, por meio de suas redes de relações. Isso fica claro em um exemplo destacado por Luís Gomes Ferreira, quando

menciona que a receita de um determinado remédio lhe foi enviada por carta por João Cardo de Miranda, que estava em outra capitania. Essas relações se davam tanto em níveis pessoais quanto impessoais, já que, no caso citado, ficava implícito que os dois cirurgiões não se conheciam pessoalmente.

Adicionalmente, muitos dos manuais de medicina escritos nesse período histórico foram elaborados por cirurgiões (Ferreira, 2005, p. 67). Associado à ampla recepção do *Erário Mineral*, é possível observar que os praticantes da "arte de curar", especialmente os cirurgiões, consumiam essas obras como forma de ampliar suas opções de tratamento. Afinal, o sucesso de seu ofício dependia diretamente de sua eficiência e capacidade de atender às necessidades dos pacientes.

3.3 Rupturas dos conhecimentos e atuação dos cirurgiões coloniais

Embora no tópico anterior tenha-se destacado as permanências nos saberes e práticas dos cirurgiões, é igualmente notável, em alguma medida, uma série de rupturas que ocorreram durante os primeiros séculos da Idade Moderna.

Apesar de a teoria humoral ainda ser a principal forma de explicação do funcionamento do corpo, da saúde e das doenças, ao longo dos séculos, ela foi se mostrando limitante para os praticantes, que buscavam compreender os limites dessa “verdade médica” (Ribeiro, 1997, p. 86).

A "independência" dos saberes médicos eruditos por parte dos praticantes de cura abriu espaço para novos métodos e hipóteses, fenômeno que foi intensificado pela experiência colonial. As limitações da educação formal e a necessidade de adaptação às condições locais deram maior protagonismo aos praticantes de cura. É nesse contexto histórico que se torna possível um cirurgião publicar um tratado médico que não apenas descreve suas experiências sobre doenças e tratamentos, mas também desafia os conhecimentos eruditos pré-existentes por meio da empiria.

A argumentação apresentada por Luís Gomes Ferreira na introdução do *Tratado I* demonstra que a vivência adquirida por ele na colônia — assim como as práticas observadas na atuação de outras pessoas — lhe ofereceu a possibilidade de questionar as autoridades tradicionais da medicina.

Neste lugar se oferecem duas coisas dignas de reparo e a importância da prática da Medicina e Cirurgia: a primeira é considerar quão errados vão

aqueles que são contumazes e atados aos conselhos e regras dos antigos, que, nem à razão natural, nem ao que estão vendo com os seus olhos, querem dar crédito, o que é muito abominável, pois seria melhor examinar as causas do que os seus olhos veem que negar teimosamente a fé do que se experimenta, porque (como dizem graves autores) a razão e a experiência sempre foram mais poderosas que a autoridade humana... (Ferreira, *apud*. Furtado, 2002, p.233).

Na colônia, por meio da atuação de indivíduos como o cirurgião Luís Gomes Ferreira, a experiência prática começou a ganhar cada vez mais destaque, permitindo que praticantes de cura com pouca formação erudita conquistassem maior espaço. O valor atribuído à experiência, contudo, não surgiu com o advento da Idade Moderna. Já na medicina medieval, como destaca Dulce Santos (2014), a realidade prática era observada e, posteriormente, integrada à teoria, principalmente por meio da repetição empírica dos resultados e da autoridade dos mestres e tratados canônicos. Essa valorização do saber prático ressoaria, com transformações, na medicina colonial.

Com as novidades trazidas pela exploração de novos territórios — como os climas, as faunas, as águas e as plantas desconhecidas do espaço americano — tornou-se imperativa a investigação empírica. Práticas curativas que em Portugal haviam sido aplicadas com relativo sucesso não apresentavam os mesmos resultados nas colônias, exigindo dos curadores um esforço de adaptação e aprendizado com outras tradições, como as medicinas indígenas e africanas. Conforme Silva (2015) e Witter (2005) demonstram, os agentes da cura precisavam desenvolver um olhar sensível e pragmático, frequentemente recorrendo à observação e à experimentação como critérios principais de validação dos saberes.

Nesse sentido, a prática médica nos trópicos gerou um campo híbrido de conhecimento. Luís Gomes Ferreira é representativo dessa realidade, os cirurgiões como Ferreira articulavam o conhecimento tradicional europeu com saberes locais adquiridos na experiência cotidiana, o que conferia ao seu trabalho uma autoridade prática muitas vezes superior à dos físicos formados nas universidades europeias, distantes das realidades coloniais.

A observação empírica e a incorporação de saberes locais não apenas enriqueceram o repertório técnico dos cirurgiões, como também tensionaram a própria hierarquia dos saberes médicos. Como mostra Priscila Aquino Silva (2015), o Hospital Real de Todos-os-Santos, instituição formadora de muitos desses profissionais, ainda se ancorava em valores

simbólicos e corporativos herdados da Idade Média, mas já vivia, no século XVIII, uma crescente demanda por práticas eficazes e utilitárias, especialmente nas frentes coloniais.

Esse movimento de valorização da prática frente à teoria especialmente quando operado por agentes não pertencentes à elite acadêmica revela as tensões internas do campo médico no Antigo Regime português. Ainda que o prestígio do saber erudito persistisse como um ideal social, a realidade colonial impunha a ele a necessidade de se flexibilizar, reconhecendo que a eficácia terapêutica nem sempre era garantida pela formação universitária, mas sim pela experiência concreta diante dos corpos enfermos do trópico.

A experiência prática, portanto, também era uma questão de necessidade, pois era essencial evitar mortes repetitivas causadas pelas mesmas doenças e buscar compreender suas causas para além dos limites da teoria. Nesse contexto, na colônia, alguns praticantes de cura com conhecimento sobre o funcionamento do corpo humano, como os cirurgiões, passaram a se interessar pela prática da dissecação. Esse interesse é evidenciado no *Tratado I do Erário Mineral*:

Dizendo o dito ministro que, por se não fazer exame particular, morriam tantos escravos nestas Minas, lhe respondi que tinha visto fazer muitas anatomias no Hospital Real, e que, se desse licença, se faria também naquele defunto, para o que seria acertado mandar chamar o licenciado João da Rosa, húngaro de nação, peritíssimo cirurgião e de muitos anos, e que, anatomias no Hospital Real ambos, faríamos a dita anatomia e exame para vermos se alcançávamos a causa da morte tão repentina. (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p.229).

cirurgiões nos hospitais, especialmente no Hospital Real de Todos os Santos, em Lisboa. Apesar da forte resistência religiosa contra a dissecação, a realidade colonial, associada às altas taxas de mortalidade, permitiu que se realizassem estudos sobre cadáveres, principalmente de escravizados, com o objetivo de evitar mais óbitos.

Na colônia, encontrava-se um território próspero para práticas que eram apenas toleradas na metrópole, mas que, no contexto colonial, tornavam-se parte do cotidiano. A vida diária na colônia demandava constantes flexibilizações e adaptações em todas as esferas sociais, incluindo os praticantes de cura, como demonstram as ações dos cirurgiões.

Um dos fatores que exigiram dos cirurgiões adaptações em seus conhecimentos adquiridos na metrópole foi a ausência de remédios europeus, combinada com o clima diferenciado, a fauna e a flora pouco conhecidas. Esses aspectos tornavam inviável a

replicação rigorosa das "velhas" práticas médicas na colônia. Nesse contexto, as práticas adaptativas dos cirurgiões foram determinantes para o sucesso de sua atuação no território colonial.

Essa realidade levou a dois aspectos que distanciaram os cirurgiões dos modos de agir e pensar da sociedade portuguesa medieval e moderna. Primeiramente, sua formação na metrópole proporcionava aos cirurgiões uma educação mais abrangente do que a de seus pares nas práticas de cura, permitindo-lhes assumir postos e desempenhar ofícios na colônia que, normalmente, seriam ocupados por outras profissões (Wissenbach, 2002, p. 122).

Além disso, a cirurgia, como prática mecânica, possibilitava aos cirurgiões coloniais do século XVIII aproximarem-se de outros ofícios mecânicos, como a fabricação de remédios e o comércio. Essas atividades não comprometiam seu prestígio nem alteravam sua posição na hierarquia social. Essa dinâmica é evidente no *Erário Mineral*, onde Ferreira frequentemente destaca os remédios que fabricou e utilizou na colônia:

Deste tenho usado e feito em casa várias vezes e obra efeitos excelentes nas chagas podres ou sujas, ou gangrenas, desfeito em aguardente do Reino quente, respeitando o estado da chaga...(Ferreira,*apud.* Furtado,2002, p. 349).

O cotidiano da sociedade colonial brasileira também proporciona uma "oportunidade" que diferenciava significativamente o conhecimento praticado na colônia daquele praticado na metrópole: as interações entre os saberes populares dos colonos portugueses, dos indígenas e dos escravizados africanos. Na busca por soluções para tratar enfermidades, esses saberes acabaram se mesclando, resultando em uma medicina cada vez mais singular e adaptada às necessidades específicas da colônia.

As principais interações ocorreram especialmente entre os indígenas e os colonos, impulsionadas pela atuação das ordens religiosas e dos sertanejos. Dentre os conhecimentos adquiridos por meio desse "convívio" com os indígenas, destaca-se o aprendizado sobre raízes com propriedades medicinais, que podiam ser utilizadas tanto no tratamento de enfermidades quanto na fabricação de remédios destinados ao comércio com a metrópole:

A raiz de cipó chamada Ipacacoanha, ou por outro nome poalha, nomes que lhe deram os gentios carijós e por eles descoberta, é uma raiz delgadinha e com muitos nós, enozelada e torta; são estas raízes o único e certo remédio para curar cursos, ou sejam de sangue ou sem ele, como eu tantas vezes experimentado e se pode ver no tratado

sétimo, e também é remédio contra os venenos, feitas as raízes em pó e tomando dele uma oitava em vinho generoso, ou caldo-de-galinha, ou água quente. (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p. 678).

Essa assimilação de saberes foi possibilitada não apenas pela dificuldade de obter remédios que resistissem à longa travessia do Atlântico, mas também pela urgência que as enfermidades impunham, exigindo que os colonos recorressem à fauna e flora locais para preservar a vida dos enfermos. Essa necessidade é amplamente destacada no *Tratado XI do Erário Mineral*, dedicado ao tratamento de venenos, onde o autor observa:

Também pode acontecer a mordedura em ocasião que não haja vontade de fazer curso; sendo assim, se provoque com ajuda e faça-se todo o possível porque o doente tome este singular remédio, pois vale mais um esforço e resolução para o tomar que experimentar o amargoso trago da morte. (Ferreira, *apud* Furtado, 2002, p. 685).

Como argumenta Ribeiro (1997), a prática médica nas colônias resultava da combinação entre saberes europeus, indígenas e africanos, gerando uma medicina híbrida e adaptada ao contexto. Essa hibridização, embora negada nos discursos oficiais, era imprescindível para a eficácia dos tratamentos e para a sobrevivência nas regiões coloniais.

A conjugação entre o domínio de práticas populares e a apropriação de elementos da formação erudita ofereceu aos cirurgiões na América portuguesa uma oportunidade singular de ascensão social e intelectual. Na ausência de uma elite médica numerosa e diante das demandas urgentes de assistência à saúde na colônia, os cirurgiões encontraram espaço para expandir seu campo de atuação e construir reconhecimento, tanto junto à população quanto no discurso técnico. Esse reconhecimento é evidenciado pela produção crescente de tratados de saúde ao longo do século XVIII — textos que não apenas registravam procedimentos terapêuticos, mas também articulavam uma linguagem técnica capaz de dialogar com os saberes acadêmicos e reivindicar legitimidade. A obra *Erário Mineral*, de Luís Gomes Ferreira, insere-se diretamente nessa tendência, ao traduzir em termos escritos a prática cirúrgica vivida em contexto colonial, mediando saberes populares e protocolos médico-formais.

O prestígio crescente da Cirurgia viria a se consolidar, nas últimas décadas do século XVIII, com as reformas pombalinas e, sobretudo, com a reestruturação do curso de Medicina da Universidade de Coimbra, que passou a incorporar a Cirurgia em sua grade curricular. Essa incorporação institucional formalizava um processo que, na prática, já vinha sendo

construído desde o início do século: a consolidação da figura do cirurgião como um agente intermediário entre a ciência oficial e os saberes locais. Como apontam Furtado (2002) e Ribeiro (2005), a atuação dos cirurgiões coloniais não apenas ocupava os vazios deixados pela ausência de médicos diplomados, mas também operava mudanças concretas na percepção da autoridade terapêutica, subvertendo parcialmente a rigidez hierárquica herdada do modelo medieval.

Esse contexto de reformulação coincide com um movimento mais amplo da medicina ilustrada europeia, que, a partir da segunda metade do século XVIII, empreendeu esforços sistemáticos para extirpar do campo médico tudo aquilo que não pudesse ser submetido à razão e à observação empírica. As reformas não se limitavam à reorganização curricular ou institucional; elas implicavam também a reorganização simbólica do campo da cura. Como analisa Daniela Calainho (2009), os processos inquisitoriais contra parteiras e curandeiras em Portugal ao longo desse período revelam como a Ilustração, longe de operar como ruptura libertadora, muitas vezes reforçou a perseguição institucional contra práticas terapêuticas tradicionais. Simultaneamente, porém, a medicina moderna apropriava-se de forma seletiva de elementos oriundos desses saberes como técnicas empíricas e conhecimentos fitoterápicos, reconfigurando-os sob a chancela do discurso científico. O avanço do modelo médico moderno, assim, deu-se tanto pela exclusão quanto pela apropriação simbólica, reafirmando seu poder por meio da negação e da incorporação estratégica.

Contudo, ao observarmos a América portuguesa sob essa mesma ótica, torna-se evidente que a recepção dessas reformas foi marcada por descompassos e contradições. As reformas empreendidas na metrópole não encontraram correspondência direta nas regiões ultramarinas, onde a realidade impunha resistências práticas à sua implementação plena. A escassez de médicos licenciados, as longas distâncias geográficas, a precariedade das comunicações e, sobretudo, a persistência das tradições locais tornaram a medicina ilustrada um projeto idealizado mais do que efetivado. Nas vilas, engenhos e sertões, os cirurgiões práticos, os curandeiros e outros agentes populares da saúde continuaram a desempenhar um papel central no atendimento à população, muitas vezes gozando de maior prestígio e confiança do que os poucos médicos diplomados que circulavam no território.

Nesse cenário, a medicina oficial e a medicina popular não se excluíam mutuamente, mas coexistiam em uma relação dinâmica e, por vezes, conflituosa. Como bem observa Chartier (1991), as reformas culturais e institucionais não operam apenas por substituição de

modelos, mas por reorganização do espaço simbólico. A prática médica na colônia refletia essa reconfiguração em curso: era híbrida, pragmática e sensível às condições ambientais e sociais do território. E foi precisamente nesse terreno de cruzamento entre tradição e racionalização que os cirurgiões coloniais encontraram uma posição estratégica. A exemplo do que se observa no *Erário Mineral*, esses profissionais transitaram entre a oralidade e o registro técnico, entre a experiência empírica e a linguagem acadêmica, tornando-se vetores de ruptura no interior do próprio sistema que, até então, os subordinava.

Desse modo, os cirurgiões do século XVIII, especialmente aqueles com longa atuação em contextos coloniais, conseguiram não apenas ocupar os espaços deixados pela ausência de médicos formados, mas também tensionar e redefinir os limites do que era considerado saber legítimo. Ao fazê-lo, transformam-se em protagonistas de um processo que, embora ancorado em estruturas tradicionais, abria brechas para novas formas de autoridade no campo da saúde. Formas essas que incorporaram, defendiam e difundiam práticas oriundas do contato direto com o corpo doente, com o território e com os múltiplos saberes que nele circulavam.

Considerações finais

Observa-se que, ao longo da análise empreendida sobre as permanências e rupturas nos saberes e práticas médicas no Brasil colonial, especialmente a partir da leitura atenta do *Erário Mineral*, torna-se evidente que essas dinâmicas se configuraram, em grande medida, por meio da flexibilidade das hierarquias sociais e da constituição de um imaginário social próprio da colônia. Tal imaginário, embora fortemente enraizado nos moldes metropolitanos, foi tensionado pela realidade local, o que exigiu uma constante adaptação dos modelos europeus às condições específicas do espaço colonial.

Compreender os elementos que estruturavam a vida na colônia revela que a principal preocupação da metrópole não residia na consolidação de uma estrutura social autônoma ou no desenvolvimento científico local, mas sim na garantia de que a colônia cumprisse sua função econômica: suprir a demanda por riquezas exigida por Portugal. Em consonância com essa lógica, os próprios colonos se engajavam ativamente nas atividades produtivas, buscando integrar-se a essa engrenagem colonial. Isso se torna particularmente visível a partir do final do século XVII, quando ocorre uma significativa movimentação populacional rumo à capitania de Minas Gerais, impulsionada pela descoberta de ouro e pela promessa de ascensão social.

Esse processo desencadeou uma série de especificidades no contexto colonial que impactaram diretamente a organização dos saberes da saúde. A complexidade e os desafios impostos pela vida na colônia não comportavam a rigidez hierárquica vigente na metrópole. No entanto, é importante destacar que não se tratou de uma ruptura intencional com os modelos portugueses. O que se observa, na verdade, é uma tentativa de reproduzi-los da forma mais fiel possível, considerando os limites materiais e institucionais locais, sempre com o objetivo de preservar o funcionamento do tecido social e econômico.

Essa exclusividade do contexto colonial expôs, ao longo da pesquisa, a resiliência e a sofisticação do imaginário social português, que se manteve quase inalterado mesmo em um espaço distante e com condições tão distintas. Essa permanência só foi possível graças à centralização do poder e dos saberes promovida pela monarquia portuguesa ao final da Idade Média, como assinala Hespanha (2006). No caso específico dos saberes médicos, essa centralização se refletia na limitação do acesso ao conhecimento, restrito a poucas instituições de ensino autorizadas, o que contribuiu para a perpetuação de doutrinas médicas de matriz medieval amplamente aceitas e naturalizadas.

No campo da Cirurgia, essa dinâmica de reprodução é particularmente evidente. Tanto na metrópole quanto na colônia, os cirurgiões continuaram a adotar a teoria humoral como base para a compreensão e o tratamento das enfermidades até o século XVIII. Isso evidencia que tais práticas não eram fruto de escolhas individuais, mas expressão de um sistema de formação e legitimação dos saberes que transcendeu os limites geográficos e institucionais, como também é atestado por outros tratados de medicina da época.

Contudo, a prática cirúrgica nas colônias apresentava desafios específicos. A distância dos centros médicos metropolitanos, a escassez de profissionais formados e a multiplicidade de enfermidades presentes exigiam uma atuação ampliada dos cirurgiões, que frequentemente extrapolavam os limites de sua formação para atuar em áreas tradicionalmente atribuídas à Medicina e à Farmácia. Essa ampliação de atribuições, embora contrariasse as determinações regimentais, como as do reinado de D. Manuel I, era uma resposta prática à carência de recursos e à urgência de tratamentos. Tais práticas revelam não apenas a plasticidade dos saberes médicos no contexto colonial, mas também a conivência tácita da metrópole, que compreendia a importância de manter a força de trabalho saudável para garantir a lucratividade da colônia.

Dessa maneira, observa-se que a atuação ampliada dos cirurgiões — e, em muitos casos, de outros práticos da saúde —, ainda que fora dos limites formais impostos pela legislação portuguesa, acabou sendo tolerada, e até mesmo tacitamente aceita, tanto pelas autoridades locais quanto por setores do aparato administrativo da metrópole. Essa aceitação, contudo, não se deu sem resistências. Médicos bacharéis, formados nas universidades e portadores de prestígio social e simbólico, enxergavam nos cirurgiões não apenas concorrentes diretos na prática terapêutica, mas verdadeiros usurpadores de seu espaço hierárquico no campo do saber médico. Tal conflito revela uma disputa profunda, que não era apenas técnica, mas sobretudo simbólica e social: tratava-se da defesa de uma posição de autoridade e distinção em um campo rigidamente hierarquizado.

É justamente nesse ambiente de tensão entre legitimidades distintas que emergem as condições propícias para a ocorrência de rupturas nos saberes médicos coloniais. No entanto, compreender essas rupturas exige mais do que a simples identificação de transformações formais ou mudanças nas práticas terapêuticas. É preciso situá-las dentro das estruturas de poder e das lutas simbólicas que atravessam o campo médico, tal como proposto por Pierre Bourdieu (1989; 2013). Sua teoria dos campos sociais permite visualizar a medicina como

um espaço de competição permanente por capital simbólico, autoridade científica e reconhecimento social. Nesse sentido, o embate entre médicos e cirurgiões não pode ser visto apenas como uma questão de funções técnicas sobrepostas, mas como parte de uma dinâmica estrutural que regula quem tem o direito legítimo de falar, curar e decidir sobre a vida e o corpo dos outros.

A realidade colonial, entretanto, impunha desafios concretos que subvertiam essa lógica idealizada de separação dos saberes. A escassez de médicos formados e a multiplicidade de enfermidades novas muitas das quais desconhecidas do repertório europeu exigiam a adoção de estratégias práticas e acessíveis para garantir a sobrevivência dos doentes e a funcionalidade da sociedade colonial. Assim, os cirurgiões, muitas vezes munidos de formação prática limitada, tornavam-se figuras centrais nos cuidados com a saúde. A sua atuação extrapolava as atribuições tradicionais, passando a incorporar práticas da medicina e da farmácia, numa tentativa de suprir as carências do sistema.

Essa adaptação não era uma escolha arbitrária, mas uma resposta direta a uma necessidade concreta: a de manter vivos os indivíduos que sustentavam economicamente a colônia. Como evidenciado no Tratado XI do *Erário Mineral*, qualquer tentativa terapêutica era válida diante do risco de morte. Essa postura pragmática evidenciava a urgência em preservar a força de trabalho tanto por sua importância nas relações sociais locais, quanto por seu valor no sistema econômico colonial. A morte de um trabalhador não significava apenas a perda de um indivíduo, mas a diminuição da produtividade, afetando diretamente a lógica extrativista que sustentava o pacto colonial.

Portanto, a atuação dos cirurgiões na colônia não apenas responde a um contexto de escassez, mas revela também a fragilidade das fronteiras disciplinares e a plasticidade das práticas de cura quando colocadas sob pressão social e econômica. Esse cenário, ao mesmo tempo em que gera tensões e conflitos no interior do campo médico, abre brechas para a emergência de novas práticas, saberes e formas de legitimidade ainda que inicialmente à margem da ortodoxia oficial.

Ao permitir que os cirurgiões atuassem em campos que extrapolavam os limites estritos da Cirurgia, a administração portuguesa não estava, simplesmente, respondendo às demandas locais por assistência médica; ela buscava garantir o funcionamento mínimo e estratégico da estrutura colonial sem comprometer o projeto maior de centralização do saber

e da autoridade na metrópole. Tal postura se insere dentro da lógica política do Antigo Regime português, que, como observam autores como Bicalho (2005) e Hespanha (2006), era marcada por uma rígida hierarquia e por uma centralização crescente das esferas de poder, inclusive no domínio do conhecimento. Nesse sentido, a ausência deliberada de instituições formais de ensino médico-cirúrgico na colônia não pode ser interpretada como uma falha ocasional ou negligência administrativa, mas como parte de um plano político-ideológico que subordinava o acesso ao saber legitimado à geografia do reino. A formação legítima — em Medicina, Cirurgia ou Farmácia — deveria necessariamente passar pelos centros autorizados na metrópole.

Entretanto, essa centralização do saber, ainda que funcional do ponto de vista político, mostrava-se ineficaz diante das exigências práticas da realidade colonial. Na colônia, a mera posse de um diploma metropolitano não era suficiente para garantir a eficácia dos tratamentos nem o reconhecimento social do profissional. Mesmo cirurgiões formados em Portugal, como Luís Gomes Ferreira, autor do *Erário Mineral*, viram-se obrigados a adaptar seus conhecimentos e, sobretudo, a adquirir novas práticas terapêuticas para lidar com as enfermidades e condições locais. A leitura atenta de sua obra permite identificar com clareza a dualidade entre o saber herdado da metrópole e os saberes construídos ou apropriados na colônia, apontando para a existência de dois movimentos fundamentais que caracterizam as rupturas nesse campo: o da adaptação e o da aquisição.

O movimento de aquisição de novos conhecimentos constituiu-se, majoritariamente, como um processo ascendente, ou seja, de baixo para cima na hierarquia dos saberes. A emergência de doenças desconhecidas, aliada à indisponibilidade de substâncias medicinais europeias tradicionais, impeliu os cirurgiões e boticários a recorrerem aos saberes empíricos disponíveis no território notadamente os conhecimentos dos povos indígenas sobre a flora medicinal e os modos de cura nativos. Como analisa Wissenbach (2002), esse contato entre os praticantes coloniais e as práticas indígenas não se limitava à observação; ele envolvia experimentação, tradução e, por fim, incorporação ao repertório terapêutico luso-brasileiro.

Um movimento semelhante pode ser observado entre os africanos escravizados. Ainda que também recém-chegados à América portuguesa, esses sujeitos eram, em muitos casos, forçados a desenvolver soluções práticas para suas próprias enfermidades, em razão da exigência permanente de sua força de trabalho. Por meio da observação atenta, da experimentação e da troca de saberes entre comunidades, surgiam práticas terapêuticas

inéditas que, mesmo à margem da tradição europeia, demonstravam eficácia e tornavam-se, gradativamente, insubstituíveis no contexto local.

Em outros tempos e lugares, tais saberes poderiam ser imediatamente marginalizados, considerados "inferiores", mágicos ou mesmo demonizados — como bem observa Bethencourt (2004) sobre a construção do imaginário europeu em relação à magia e aos curandeiros. No entanto, no interior da colônia, sob a pressão constante da necessidade, essas práticas ganhavam estatuto de legitimidade, ao menos prática, e eram integradas — embora seletivamente — ao corpo de conhecimentos aceito. Essa incorporação, contudo, não se dava de maneira passiva. Boticários e cirurgiões procuravam enquadrar essas novas práticas dentro das categorias conceituais aprendidas em sua formação tradicional. Havia, portanto, um esforço contínuo de tradução epistemológica entre o saber empírico e a doutrina médica herdada da metrópole.

O próprio *Erário Mineral* é revelador nesse aspecto. Em suas páginas, Luís Gomes Ferreira não se limita a listar tratamentos e remédios; ele procura compreendê-los, explicá-los e, quando necessário, justificar sua adoção por meio da teoria humoral e de outras referências da tradição médica europeia. Como aponta Furtado (2002), sua obra constitui uma verdadeira ponte entre dois mundos: de um lado, o universo letrado, erudito e normativo da medicina europeia; de outro, o universo pragmático, híbrido e criativo da prática médica na colônia. Suas frequentes ressalvas e justificativas ao recorrer a “remédios novos” ou práticas não convencionais denotam não apenas sua consciência do afastamento em relação à ortodoxia, mas também sua tentativa de manter-se dentro dos limites do saber legítimo, reinterpretando-os conforme as exigências impostas pelo novo território.

Conforme argumenta Bronisław Baczko (1985), a constituição de um imaginário social implica a legitimação de certas formas de percepção e representação do mundo em detrimento de outras. Trata-se de um processo seletivo, no qual apenas determinadas visões obtêm reconhecimento, enquanto outras são marginalizadas ou silenciadas. No campo da medicina, essa dinâmica se expressou de forma contundente na ascensão do paradigma científico moderno, que desqualificou os saberes populares e empíricos como manifestações de ignorância, atraso ou superstição. No entanto, essa marginalização não impediu a apropriação seletiva de práticas oriundas dessas mesmas tradições. Elementos como o uso de plantas medicinais ou procedimentos terapêuticos de eficácia comprovada foram,

frequentemente, absorvidos e reformulados sob uma nova roupagem, agora validados pelo discurso oficial da ciência.

Esse processo de reconfiguração e assimilação revela-se central para compreender a ideia de adaptação dos saberes no contexto colonial. A adaptação não consistia apenas em uma aceitação pragmática das práticas locais, mas em um movimento complexo que apontava simultaneamente para rupturas e permanências. No que tange às rupturas, a necessidade de respostas eficazes e acessíveis levou os cirurgiões a privilegiarem, cada vez mais, o aspecto prático do cuidado à saúde. Ainda que não vinculados diretamente ao pensamento ilustrado europeu, esses agentes compartilhavam de uma valorização crescente do pragmatismo como critério de legitimidade. A teoria, baseada em doutrinas antigas e pouco operacionais nas condições coloniais, era muitas vezes vista como limitada ou mesmo obsoleta. O empirismo, portanto, surgia como uma forma de autoridade alternativa, alicerçada na experiência concreta, na eficácia visível e na urgência das necessidades cotidianas.

É nesse terreno, marcado pela carência de recursos, pelo distanciamento da metrópole e pelas exigências da vida colonial, que as rupturas se desenvolvem. Contudo, essas transformações não devem ser interpretadas como atos de rebeldia deliberada contra o governo ou as autoridades tradicionais. Pelo contrário: as mudanças operadas pelos cirurgiões e outros práticos ocorreram dentro dos limites do possível, como uma resposta imediata à realidade, e não como um gesto ideológico. O empirismo e o pragmatismo eram, antes de tudo, estratégias de sobrevivência para os indivíduos e para a manutenção da própria estrutura colonial. Como discutido anteriormente, a adaptação não era uma escolha, mas uma necessidade.

No entanto, a adaptação também revela um outro lado — o das permanências. Ainda no século XVIII, muitos conhecimentos teóricos já considerados ultrapassados por outros reinos europeus continuavam a fundamentar as práticas cirúrgicas, médicas e farmacêuticas em Portugal e, por extensão, na colônia. Essa permanência pode ser explicada, em parte, pela força do imaginário social, que estruturava a visão de mundo de governantes e governados. A aceitação da autoridade do saber tradicional não derivava de um julgamento técnico ou científico, mas da naturalização de um conjunto de representações profundamente enraizadas na cultura. Como observa Baczko, o imaginário social não apenas organiza as crenças de uma sociedade, mas também define os limites do que é pensável e aceitável em um dado contexto histórico.

A centralização dos saberes em instituições sob controle direto da Coroa, universidades, tribunais, juntas médicas criou um circuito de reprodução e legitimação que resistia à transformação. Tal como apontado por Bourdieu (1989), os saberes são produzidos e regulados dentro de campos específicos, marcados por disputas por capital simbólico e por mecanismos de exclusão. Submeter-se à hierarquia do saber era, ao mesmo tempo, uma forma de obter reconhecimento e de reforçar a própria estrutura social vigente.

Assim, portugueses e colonos passaram a enxergar o mundo e a prática médica através das lentes desse imaginário hegemônico. No *Erário Mineral*, por exemplo, é possível perceber como Luís Gomes Ferreira procura compatibilizar novos tratamentos com os referenciais tradicionais, respeitando o legado do saber herdado ao mesmo tempo em que tenta adaptar-se à realidade da colônia. A tentativa de "encaixar" o desconhecido no universo já conhecido revela não apenas uma limitação epistemológica, mas uma fidelidade ao sistema de representações dominante.

É nesse quadro que se explica a sobrevivência de saberes oriundos do século XV até meados do século XVIII. A ruptura, de fato, só começa a ganhar força com as reformas pombalinas, quando o próprio topo da hierarquia social ou seja, o Estado ilustrado passa a questionar as bases do conhecimento tradicional e a promover a modernização dos saberes. Essa mudança não ocorre de forma espontânea, mas como parte de um projeto político de reorganização do campo intelectual e científico. Tal movimento reforça a tese de Bourdieu: a transformação dos saberes só é possível quando ocorre uma reconfiguração das estruturas simbólicas que os sustentam ou seja, quando há deslocamento nas posições dominantes do campo social.

Referências Bibliográficas

ABREU, Laurinda. O último regimento do Hospital de Todos os Santos (1632). In: ARAÚJO, Maria Marta Lobo de (org.). *Os hospitais portugueses da Idade Média aos dias de hoje*. Famalicão: Edições Húmus, 2022. p. 73–118.

ALAMBERT. *Organização e tradução de Pedro Paulo Pimenta, Maria das Graças de Souza*. São Paulo: Editora Unesp, 2015.

BACZKO, B. Imaginação social. In: *Enciclopédia Einaudi. Antropos-Homem*. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda, 1985, p. 296-332.

BETHENCOURT, Francisco. *O imaginário da magia: feiticeiras, adivinhos e curandeiros em Portugal no século XVI*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

BICALHO, Maria Fernanda Baptista. Conquista, mercês e poder local: a nobreza da terra na América portuguesa e a cultura política do Antigo Regime. *Almanack Braziliense*, n. 02, p. 21-34, 2005.

BOURDIEU, Pierre. *Homo academicus*. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2013.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

CALAINHO, Daniela Buono. Normas e práxis na medicina luso-brasileira setecentista. In: *ANPUH – XXV Simpósio Nacional de História*, Fortaleza, 2009.

CALAINHO, Daniela Buono. Curas e hierarquias sociais no mundo luso-brasileiro do século XVIII. In: CALAINHO, Daniela Buono; MONTEIRO, Rodrigo Bentes; FEITLER, Bruno; FLORES, Jorge (Org.). *Raízes do privilégio: mobilidade social no mundo ibérico do Antigo Regime*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011, p. 483-506.

CAMPOS, Eduardo. *Medicina popular do Nordeste*. Rio de Janeiro: O Cruzeiro, 1967.

CHARTIER, Roger. O mundo como representação. *Estudos Avançados*, v. 5, n. 11, p. 173-191, 1991.

FERREIRA, Luís Gomes. *Erário Mineral*. Organização de Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 2 v.

FREITAS, Sônia Maria de. *A saúde no Brasil: do descobrimento aos dias atuais*. São Paulo: MUSA, 2014.

FURTADO, Júnia Ferreira. Arte e segredo: o licenciado Luís Gomes Ferreira e seu caleidoscópio de imagens. In: FURTADO, Júnia Ferreira (Org.). *Erário mineral de Luís Gomes Ferreira*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002, p. 3-30.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

HESPANHA, António Manuel. *A mobilidade social na sociedade de Antigo Regime*. 2006.

MELLO E SOUZA, Laura de. *O Diabo e a Terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura*. 3. ed. rev., ampl. e atual. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2017.

MONTEIRO, Nuno Gonçalo. O 'ethos' nobiliárquico no final do Antigo Regime: poder simbólico, império e imaginário social. *Almanack Braziliense*, n. 02, 2005.

NOVAIS, Fernando A. *O reformismo ilustrado luso-brasileiro: alguns aspectos*. Revista Brasileira de História, São Paulo, n. 7, p. 105–118, mar. 1984

OLIVEIRA, Francisco Xavier de. *O galante século XVIII*. Compilação e tradução de Aquilino Ribeiro. 2. ed. Lisboa: Livraria Bertrand, [s.d.], 1751.

PITA, João Rui. Um livro com 200 anos: a farmacopeia portuguesa (edição oficial). *Revista de História das Ideias*, n. 20, p. 47-100, 1999.

RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

RIBEIRO, Márcia Moisés. Nem nobre, nem mecânico: a trajetória social de um cirurgião na América portuguesa do século XVIII. *Almanack Braziliense*, n. 02, p. 64-75, 2005.

ROSSI, Paolo. *A ciência e a filosofia dos modernos*. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

SANTOS, Dulce Oliveira Amarante. Os saberes da medicina medieval. *História Revista (Online)*, v. 18, p. 121-134, 2014.

SANTOS, Georgina Silva dos. A arte de sangrar na Lisboa do Antigo Regime. *Revista Tempo*, n. 19, p. 43-60, 2005.

SILVA, José da. *O pensamento socialista na literatura russa*. São Paulo: Editora Alfa, 2005.

SILVA, Priscila Aquino. O Hospital Real de Todos-os-Santos e seus agentes da cura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1335–1352, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/MSkHS7vXTySGWJKd8cQJqGh/>. Acesso em: 7 maio 2025

THOMAS, Keith. *O homem e o mundo natural*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

VIANA, Kelly Cristina Benjamim. *Mágicos Doutores: a arte médica entre a magia e a ciência nas Minas Gerais setecentistas (1735–1770)*. Fortaleza: [s.n.], 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em História, 2008.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. As medicinas das Minas Gerais a partir de três manuais setecentistas. *Khronos*, n. 9, p. 183-203, 2020.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. *As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808)*. Franca: [s.n.], 2012. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2012.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Gomes Ferreira e os símplices da terra: experiências sociais dos cirurgiões no Brasil colonial. In: FURTADO, Júnia Ferreira (Org.). *Erário mineral de Luís Gomes Ferreira*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002, p. 107-150.

WITTER, Nikelen Acosta. Curar como arte e ofício: contribuições para o debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. *Revista Tempo*, n. 19, p. 13-25, 2005.