



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS DE PORTO NACIONAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM HISTÓRIA DAS POPULAÇÕES
AMAZÔNICAS

BRUNO ANTONIO DE PAIVA FERREIRA

PRÁTICAS POPULARES DE CURAS E O ESPAÇO DO MÉDICO FRANCISCO
AYRES DA SILVA NO SERTÃO BRASILEIRO (1900 – 1930)

Porto Nacional, TO

2022

Bruno Antonio De Paiva Ferreira

**Práticas populares de curas e o espaço do médico Francisco Ayres Da Silva no
sertão brasileiro (1900 – 1930)**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Tocantins de Porto Nacional/TO, em atendimento aos requisitos Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em História das Populações Amazônicas. Linha de Pesquisa: Memórias, patrimônios e organização dos espaços culturaisamazônicos. Área de concentração: História e Cultura das Populações Amazônicas.

Orientador: Dr. Marcelo SantosRodrigues

Porto Nacional,TO

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- F383p Ferreira, Bruno Antonio de Paiva.
 Práticas Populares de Curas e o Espaço do Médico Francisco Ayres da
 Silva no Sertão Brasileiro (1900 - 1930). / Bruno Antonio de Paiva Ferreira. –
 Porto Nacional, TO, 2022.
 99 f.
- Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins
 – Câmpus Universitário de Porto Nacional - Curso de Pós-Graduação
 (Mestrado) Profissional em História das Populações Amazônicas
 (PPGHSPAM), 2022.
 Orientador: Marcelo Santos Rodrigues
1. Introdução. 2. Enfermidades, feitiços, caridades, ciências e curas - Da
 Colônia ao Império brasileiro. 3. Francisco Ayres da Silva: Um doutor para o
 Sertão (1900 - 1930). 4. Conclusão. I. Título

CDD 901

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

Bruno Antonio De Paiva Ferreira

**Práticas populares de curas e o espaço do médico Francisco Ayres Da Silva no
sertão brasileiro (1900 – 1930)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional, foi avaliada para a obtenção do título de Mestre em História das Populações Amazônicas, e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca examinadora.

Data de aprovação 01/06/2022

Banca Examinadora:

Prof.(a) Dr.(a) Marcelo Santos Rodrigues.
Orientador, PPGHispan/UFT.

Prof.(a) Dr.(a) Regina Célia Padovan. Examinador(a), PPGHispan/UFT.

Prof.(a) Dr.(a) Lina Maria Brandão de Aras. Examinador(a), UFBA.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desse Mestrado, depois de muita dedicação, reflexões, esforço, tristezas, incertezas, alegrias, conquistas, percalços e amadurecimento intelectual, não poderia deixar de agradecer algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a construção dessa dissertação.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer meus pais, **Luís Sérgio Ferreira e Maria Antonia Neiva de Paiva Pereira**, por serem meu porto seguro, por estarem me apoiando em todos os meus sonhos e projetos pessoais. Amo vocês eternamente.

Agradeço a todos meus **colegas/amigos do Mestrado em História das Populações Amazônicas (PPhispam/UFT)**, principalmente os da primeira turma de 2019, pois foram momentos de estudos, descontração, tensão, trocas de conhecimentos e amizade.

Também queria agradecer meus **amigos de longa data e colegas de trabalhos, professores, coordenadores e diretores das Escolas: Setor Sul** (Palmas/Taquaralto); **Vale do Sol** (Palmas/Taquaralto) – por me apoiarem e me ajudarem nos momentos de compreensão quanto a organização de horários do mestrado e das escolas que leciono.

Desejo igualmente agradecer todo o corpo docente do Mestrado em História das Populações Amazônicas, principalmente o professor coordenador **Dr. Vasni de Almeida**, pelas caronas de Porto Nacional a Palmas e as conversas e conselhos sobre estudos, profissão e formação intelectual, a professora **Dra. Juliana Ferraro** que já não se encontra conosco, mas que ficará em minha memória como uma professora amiga e preocupada não só com o lado profissional de seus alunos(as), mas também, com o lado emocional, afetivo de cada um, - nunca esquecerei de seus conselhos.

Especialmente ao meu orientador, professor **Dr. Marcelo Santos Rodrigues**, por ter tido toda paciência do mundo nos momentos de orientação, pela compreensão nos momentos que não consegui retornar os textos nas datas previstas e combinadas, rsrs. Pela orientação enriquecedora com alto nível científico, sempre com sugestões e conselhos assertivos, pela dedicação em todas as etapas subjacente ao trabalho e por ter acreditado no meu potencial.

A minha companheira, amiga, amor e mãe de nossa Ana Lua, **Mallu Mayara Sousa Leite**, por ter aguentado minhas falas e reflexões sobre a dissertação do início ao

fim, pois além de ter aguentado todos os meus devaneios mentais e incertezas sobre o trabalho, me ajudou na formatação e organização da dissertação.

A minha pessoa, pois um trabalho de mestrado é uma longa viagem, que inclui uma trajetória permeada de desafios, dificuldades, decepções, alegrias, conquistas e enriquecimento intelectual. Parabéns para mim, pois fecho mais um ciclo em minha vida, o sonho de tornar-me Mestre.

E claro, não poderia faltar de jeito nenhum, a minha filhinha - **Ana Lua** – (três meses de vida), pois seu sorriso e presença, fizeram meus últimos dias de escrita serem maravilhosos. Te amo incondicionalmente.

RESUMO

Com uma escrita progressista, a presente dissertação de mestrado, no primeiro capítulo, examina e identifica os saberes, práticas, teorias e técnicas medicinais, exercidas por indígenas, europeus, africanos e brasileiros. Destacando e distinguindo o que era considerado práticas de curas populares e o que era medicina acadêmica, com o objetivo de entender as transformações, fusões e permanências da medicina acadêmica e da medicina popular no período colonial e Imperial brasileiro. No segundo capítulo nossa atenção volta-se para a atuação médica de Francisco Ayres da Silva, nascido de Porto Nacional e região, através do jornal 'Norte de Goyaz'. Por meio da escrita do médico Ayres, no diário de viagem 'Caminhos de Outrora', resgatamos e reconstruímos práticas de curas populares, como a utilização de plantas medicinais e comidas típicas da região, por barqueiros, remeiros, roceiros, ribeirinhos e outros sertanejos que viveram ao longo do rio Tocantins (Médio e Alto Tocantins) para curarem suas doenças. Por fim a dissertação busca ainda mostrar um esforço significativo no modo de fazer história, pois ao reconstruir e resgatar práticas de curas populares, mesmo através dos olhos de um médico, na história da saúde brasileira, significa, lutar contra padrões morais conservadores e elitista que foram antes estabelecidos.

Palavras-chaves: Práticas de curas populares. Medicina. Cura. Doença.

ABSTRACT

With a progressive writing, the present master's thesis, in the first chapter, examines and identifies the knowledge, practices, theories and medicinal techniques practiced by indigenous peoples, Europeans, Africans and Brazilians. Highlighting and distinguishing what was considered popular healing practices and what was academic medicine, with the aim of understanding the transformations, fusions and permanences of academic medicine and folk medicine in the Brazilian colonial and Imperial period. In the second chapter our attention turns to the medical work of Francisco Ayres da Silva, in the city of Porto Nacional and region, through the newspaper 'Norte de Goyaz'. For the middle of the writing of medical Ayres, in the travel diary 'Caminhos de Outrora', we rescued and reconstructed popular healing practices, such as the use of medicinal plants and typical foods of the region, by boatmen, rowers, roceiros, riverside people and other sertanejos, who lived along the Tocantins River (Medium and Upper Tocantins) to cure their illnesses. The end of the conservative history of the eyes, seeks to preserve a significant way of making history, because reconstructing the popular and preserving the eyes of a doctor, in the same history of the preservation of Brazilian health, fighting, meaning against standards were defined before.

Keywords: Folk healing practices. Medicine. Cure. Disease.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	ENFERMIDADES, FEITIÇOS, CARIDADES, CIÊNCIAS E CURAS – DACOLÔNIA AO IMPÉRIO BRASILEIRO.....	18
3	FRANCISCO AYRES DA SILVA: UM DOUTOR PARA O SERTÃO(1900 – 1930).....	39
4	CONCLUSÃO.....	79
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
	ANEXOS.....	90
	ANEXO A - Jornal Norte de Goyaz: Periódico Mensal (GO) Ano 1908 / Edição 0006.....	90
	ANEXO B – Jornal Norte de Goyaz: Periódico Mensal (GO) Ano 1908 / Edição 00064.....	91
	ANEXO C – Revista do Norte (MA) Ano 1902 / Edição 0017	92
	ANEXO D – Jornal - O Norte (PA) Ano 1880 / Edição 00172	93
	ANEXO E – Jornal - Correio do Norte: Periódico Semanário (PA) Ano 1882 / Edição 00003 p. 4.....	94
	ANEXO F – Chegada dos botes a Porto Nacional (Início do Século XX).....	95
	ANEXO G – Ribeirinhos no porto aguardando a chegada dos botes a Porto Nacional no início do Século XX	96
	ANEXO H - Francisco Ayres da Silva (1872-1957)	97

1 INTRODUÇÃO

As bactérias, os vírus, os protozoários, popularmente conhecidos como micróbios e germes passaram despercebidos ao longo da história. Somente no século XVII, com o aprimoramento da ciência, e o desenvolvimento de aparelhos como o microscópio, no final do século XIX e início do XX, é que os microrganismos começaram a ser relacionados como causadores de várias enfermidades. Antes do conhecimento destes microrganismos, havia multiplicidades distintas, semelhantes e metamorfoseadas, de concepções, causas e origens de várias doenças, além de também haver uma vasta pluralidade de agentes e de práticas de curas, prevenções e medicação exercidas por diversos grupos humanos.

Nos últimos 30 anos e, atualmente, com o advento da pandemia do ‘Corona vírus’, estudos científicos sobre as causas das doenças que assolaram boa parte da população, nos últimos séculos, geraram novas percepções de análises sobre agentes e práticas de curas, atuação médica e salubridade nos centros urbanos.

No entanto, os estudos a respeito dessas concepções para o interior do Brasil ainda consistem num campo aberto de pesquisa. Este trabalho tem o intuito de abordar a questão da salubridade, das práticas de curas adotadas por populares e a medicalização no sertão brasileiro, especificamente no norte de Goiás, atual estado do Tocantins, entre os anos de 1900 e 1930.

Como recorte espacial mais definido, decidimos trazer para a discussão os acontecimentos ocorridos na cidade de Porto Nacional, localizada no chamado Médio Tocantins¹, uma região distante dos processos de medicalização já conhecidos do Brasil. O objetivo é compreender o debate em torno da salubridade nessa cidade, em detrimento de ser ela local historicamente associado a ligação comercial com o Pará e com outras regiões do país, principalmente através da navegação do Rio Tocantins.

Desde a época colonial, devido ao fluxo de pessoas na região propiciando, por vezes, a disseminação de doenças e seus tratamentos através de manuais, práticas, técnicas de saúde, além de medicamentos e compêndios farmacêuticos utilizados, principalmente, por médicos e boticários, *versus* as práticas populares que utilizavam ervas, plantas regionais, receitas de culinárias caseiras como receituário de curas, ou seja, conhecimentos antigos passados de geração a geração de como manter e produzir saúde.

¹ *Médio Tocantins*: parte central e sulista do atual Estado do Tocantins, onde, inclusive a cidade de Porto Nacional está inserida.

Conforme Hochman (1998), os estudos sobre doença e a saúde trazem para discussão da assistência pública, médicos, cientistas, intelectuais e a elite detentora do aparato político e econômico da chamada República Velha. Eles também mostram que esses agentes estabeleceram novos hábitos para a sociedade, além de implementarem normas éticas e morais, com o propósito de reprimir e desqualificar hábitos populares percebidos como insalubres, o que frequentemente promovia confrontos entre os conhecimentos tradicionais e as culturas locais. Essas confrontações são um dos motivos aos quais queremos nos ater para compreender os discursos criados sobre a saúde no sertão brasileiro.

Assim, procurando vestígios que demonstrassem alguma iniciativa de práticas de higiene, educação sanitária e saneamento no *Médio Tocantins e Alto Tocantins*², por partedo Estado, descobrimos que no Norte do Brasil só a partir de 1920 empreenderam-se ações, como indica Luiz Antônio de Castro Santos:

A saúde pública só se inscreve como prioridade na agenda política (...) de todo o 'Norte', devo salientar – a partir dos anos 20 e por força de um fator externo: a criação, desde 1918, do Serviço de Profilaxia Rural, um programa do Governo Federal para atuar em todos os estados da federação, com o suporte da International Health Board, da Fundação Rockefeller (SANTOS, 2004, p.253).

Assim, podemos perceber que só ocorrerá uma mudança efetiva por parte do Estado, com relação a região Norte do Brasil³, a partir de 1920, com o surgimento das primeiras ações do Estado com o patrocínio de instituições estrangeiras como a fundação Norte Americana Rockefeller e sua *International Health Board (Divisão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller)* e o Instituto Pasteur⁴, em direção a um controle da assistência médica aos pobres.

Nesse momento político, médicos e a elite detentora do aparato estatal começam a defender a ideia de que o papel da assistência médica no Brasil era crucial no controle de doenças, sobretudo, dos mais pobres que, em sua maioria, viviam em ambientes insalubres e considerados os principais propagadores das doenças infectocontagiosas. Essa visão só ocorreu a partir da transformação na percepção relativa ao entorno (lixo,

² *Médio Tocantins*: parte central e sulista do atual Estado do Tocantins, onde, inclusive a cidade de Porto Nacional está inserida; - *Alto Tocantins*: todo Norte do Tocantins, sudoeste do atual Estado do Maranhão, tendo como referência a cidade de Carolina e partes da região norte e/ou noroeste do Estado do Pará, cidades como Marabá e outras pelo percurso do rio Tocantins até a cidade de Belém.

³ Quando se fala região Norte do Brasil, no início do séc. XX, é necessário inserir, inclusive regiões como o Estado do Maranhão, localizado no atual nordeste brasileiro pelo IBGE.

⁴ O Instituto Pasteur é uma fundação francesa privada, sem fins lucrativos, dedicada ao estudo da biologia dos microrganismos, das doenças e vacinas. Foi criado em 1888.

sujeira, moradias, o traçado das ruas, trabalho, alimentação, hábitos, costumes etc.), ou seja, na relação entre doença, meio ambiente e o corpo.

Em Salvador (1549), Rio de Janeiro (1582), Ouro Preto (1730), Porto Alegre (1803), Recife (1860), Fortaleza (1861), e São Paulo (1825/1884), havia as Casas de Misericórdia, hospitais destinados a parcela da população, algumas construídas na época colonial. As Misericórdias – como eram chamadas – tinham como prática a caridade religiosa e a assistência médica, elementos que coexistiram no mesmo local e que geraram momentos harmoniosos e conflituosos.

Esses hospitais, até a metade do séc. XIX, eram depositários das misérias humanas: em suas enfermarias conviviam loucos, incuráveis, portadores de doenças contagiosas e expostos, sem uma separação entre o doente curável e o miserável/pobre ou alienado/louco, incurável⁵.

Na região Norte do Brasil, se considerarmos o ‘*Médio e Alto Tocantins*’, a Casa de Misericórdia de Belém (1650) era a mais próxima, devido a navegação do rio Tocantins, que servia de comunicação para o interior do Norte de Goiás (*Médio Tocantins*), visto que só em (1936), se criará a Santa Casa de Misericórdia de Goiás, em Goiânia.

Estas “casas” eram instituições restritas a determinadas regiões do país, quase sempre no litoral, o que dificultou a assistência médica no interior do Brasil, principalmente para a população mais pobre, embora houvesse consultórios particulares voltadas ao atendimento da elite local. Não há relatos, na documentação examinada, da existência de hospitais ou instituições médicas mantidas pelo Estado e/ou privado neste sertão, do início do século XX, voltadas a uma prática médica acadêmica. Isso dificultou a inserção da medicalização na região, principalmente em relação aos hospitais, que a partir da metade do século XIX, são os espaços de demonstração técnica da medicina acadêmica.

No entanto, podemos observar ações isoladas de médicos que, a partir de seus conhecimentos acadêmicos, empreenderam melhorias de higiene na região que residiam, a exemplo de Francisco Ayres da Silva, médico formado em 1898 pela Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, que atuou no início do séc. XX, sobretudo na cidade de Porto Nacional, na tentativa de implementar um moderno código de postura

⁵ Sobre as Casas de Misericórdias, analisar as obras de Gisele Sanglard: *A construção dos espaços de curar no Brasil: entre a caridade e a medicalização* (2006), - SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. *Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil* (2018).

que estabelecesse novas normas cotidianas para população, com o objetivo de promover um ambiente saudável (OLIVEIRA, 2010).

Após importantes descobertas na área da saúde, como as vacinas de origens humana e animal, no decorrer do séc. XIX, contra a varíola e outras moléstias; o soro antidiftérico desenvolvido, em 1894, por Louis Pasteur, o médico era incentivado a fazer uso da bacteriologia sem perder sua independência, tanto em termos de prática como de ética médica. O modelo pasteuriano preventivo, tanto o de pesquisa quanto o de gestão institucional na transição entre os séculos XIX e XX teve reflexos importantes no Brasil. (FAURE, 1994).

Estudando o artigo de Flavio Coelho Edler (2003), observamos que:

Naturalistas, médicos de província e membros correspondentes de sociedades científicas eram incentivados a reunir um volume crescente de dados climatológicos e nosológico, visando à produção de séries diárias de observações meteorológicas correlacionadas com as estatísticas de certas doenças. Lécuyer salienta que o protocolo de observações, implementado pela climatologia médica, partia das circunstâncias mais gerais até alcançar aquelas particulares ao doente. O bom médico examinava, então, sucessivamente os circunfusa (meteorologia, hidrologia, geologia, climas e habitações), os ingesta (alimentos e bebidas), os excreta (excreções e banhos), os applicata (vestimentas e cosméticos), os percepta (costumes, sexualidade, higiene pessoal) e, por fim, os gesta (movimentos habituais, atividades profissionais). (EDLER, 2003, p.6).

De acordo com Sanglard (2006), as fontes históricas como jornais, associados aos referenciais teóricos que estudam o âmbito da saúde esclarecem quais eram as práticas de observações e as ações do médico Francisco Ayres da Silva no Médio Tocantins, pois, na visão da maioria dos médicos, o progresso do conhecimento médico devia resultar no progresso social. E, para obtenção deste propósito, o médico envolvido na luta higienista iria se reunir e divulgar suas ideias em jornais correntes, com o propósito de influenciar políticos, além de ampliar a participação médica de associações científicas.

Ao analisar os estudos acima mencionados e o trabalho de Luiz Antônio de Castro Santos (2004), compreendemos que as medidas sanitárias no *'Médio e Alto Tocantins'* por parte do Estado foram tardias devido ao quadro político oligárquico coronelista que caracterizava o Brasil na virada de século XIX para o XX. Esse contexto dificultava a medicalização, novos empreendimentos e estruturas administrativas, como a criação de instituições públicas que poderiam empreender uma melhor divulgação e entendimento sobre como proporcionar mais saúde para os sertanejos.

Nessas circunstâncias é preciso questionar quais os setores da população dos sertões do início do século XX, que ressentiam-se da escassez da assistência médica? - Pelo que tudo indica, o florescimento das denominadas “artes de cura” esteve intrinsecamente ligado às diferentes raízes culturais das populações.

Consoante com Souza (1986), a partir dessa reflexão trazemos a discussão, sobre o entendimento prático popular que utiliza de alimentos e plantas, típicas de suas regiões, para cura de certas doenças, além do recurso religioso e místico de indivíduos que almejavam curar e ser curados pela fé e rituais indígena, africana e europeia, numa associação entre magia e empirismo, práticas desde a época colonial presentes na sociedade.

Um estudo feito no Rio Grande do Sul, por Beatriz Weber (2004), através de periódicos, clarifica essa questão e acreditamos que no Médio e Alto Tocantins não tenhamos diferente, até por quê:

[...] enquanto as práticas científicas eram afirmadas como as únicas capazes de oferecer a cura. Práticas oriundas das mais diversas concepções do mundo, mais que apenas da saúde e da doença [...] que incluiu terreiros de batuques e rituais afro-brasileiros, seitas radicais de imigrantes europeus, benzedeadas, curandeiros, espíritas, parteiras e outras formas de lidar com a saúde e a doença (WEBER, 2004 p.159).

No final do sec. XIX, os praticantes de curas eram procurados pela população quando alguém da sua comunidade adoecia, pois o desconhecimento, medo, descrença e a falta de recursos financeiros para buscar um médico era grande, até porque um fator que contribuiu para esse distanciamento entre a população e o médico era o total desconhecimento de métodos praticados pela medicina, muita das vezes, interpretados como dolorosos e engenhosos, principalmente pelo uso de instrumentos peculiares e “estranhos”, além do isolamento familiar do doente em alguns casos.

Ao contrário de alguns métodos populares, cotidianamente utilizados, que além de apazível, (não havia cisões, com objetos obstétrico, faca de amputação, terapias experimentais realizadas em hospitais ou em laboratórios afastados) conseguiam em alguns casos, através de alimentos, ervas medicinais ou palavras de conforto, a cura do enfermo.

Segundo Beatriz Weber (1999), em seu trabalho “*As Artes de Curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio Grandense – 1889-1928*” a população reagia e construía elementos aos quais tinham acesso conforme as religiões conhecidas por eles. Desta forma, era comum curandeiros, mezinheiros, pajés, espíritas, feiticeiros e

membros de ordens religiosas concorrerem livremente com os médicos acadêmicos, até a metade do século XX, oferecendo seus serviços ao doente.

Segundo Dimas Catai (2016), em seu trabalho intitulado – *Médicos, Barbeiros e feiticeiros: Africanos e práticas de cura no Brasil do século XVIII* - O feiticeiro cumpriam importante papel nas sociedades coloniais e metropolitana do Antigo Regime. Curandeiros, benzedeiros, herbolários, benzedeiros e sacerdotes de outras religiões, diferente da cristã (católica), eram todos reduzidos ao estigma de feiticeiro. O limitado desenvolvimento da medicina portuguesa e depois brasileira, o alto custo e completa ausência de médicos em algumas regiões, somados à crença da eficácia do feitiço eram elementos mais do que suficientes para levar muitos a buscar ajuda entre os que detinhamesse dom sobrenatural, seja no período colonial, imperial e nos primeiros anos da República Velha brasileira.

Outro fator que contribuiu para não se recorrer a um médico pela população sertaneja do Brasil foi a existência de manuais, formulários, guias, tratados e dicionários de medicina doméstica, que circulou no Brasil, nos séculos XVIII e XIX, ensinavam receitas úteis à economia doméstica no tratamento de várias moléstias que podiam ser realizados na ausência de um médico.

São eles: *Formulário e Guia Médico (1841)* de Pedro Luís Napoleão Chernoviz; *Domestic Medicine (1769)* de William Buchanan, muito procurado pelos pobres brasileiros; *Manual do fazendeiro ou tratado doméstico sobre as doenças dos negros (1834)* – *Guia Médico para as Mães de Família (1843)* – *Dicionário de Medicina Popular (1851)* de Jean Baptista-Alban Imbert; *O Médico e o Cirurgião das Fazendas ou tratado completo de medicina e cirurgia doméstica, adaptado à inteligência de todas as classes do povo (1875)* de Louis-Francois Bonjean. Porém, não se sabe ao certo a repercussão e nem o sucesso alcançado pela medicina de cabeceira em diversas regiões brasileiras, um campo aberto para novas pesquisa.

Esse trabalho faz-se necessário para construção e compreensão das memórias referentes as práticas e técnicas da saúde da população brasileira, principalmente do sertanejo do Médio e Alto Tocantins. Assim, por meio da compreensão das tensões existentes da história natural da doença, da cura e de seu impacto social, das relações entre natureza e sociedade, do entendimento acerca do saber médico local e dos agentes históricos que proporcionavam saúde, é possível averiguar possibilidades de se fazer ciência e desenvolver terapias eficazes distribuindo-as aos distante centros dinâmicos.

Além de mostrar que práticas populares, permanecem, influenciam e, ainda na atualidade, adotadas no processo de saúde-doença.

A partir da junção dos periódicos, que retratam aspectos cotidianos da população, e os referenciais teóricos, que se relacionam com os temas: doença, medicina, higiene e saúde, compreendemos as práticas de cura adotadas no sertão do Tocantins, com a finalidade de se produzir o conhecimento local, esquadrihando a visão interiorana, recorrendo ao imaginário da época, pois a subjetividade humana, suas representações e metáforas sobre as doenças, devem ser o entendimento sobre como a população interpretava certas doenças. Dessa maneira, demonstraremos qual era o saber médico local, quem eram os agentes históricos, que proporcionavam saúde para as pessoas que habitavam a região, seus desafios, ambiguidades, irregularidades, transformações e fracassos.

Analisaremos, em especial, às observações e ações do médico Francisco Ayres da Silva, através do *Norte de Goyaz* e de seu diário de viagem, intitulado: Caminhos de Outrora. Nesse diário, o médico relata sua caminhada, em 1920, descendo em uma frágil tosca embarcação a remo o Rio Tocantins até Belém do Pará. Com senso jornalístico descreveu com precisão detalhes sobre as embarcações usadas na navegação do rio, seus métodos de locomoções e suas repartições, assim como os lugares onde passou, sempre com um olhar atento de médico-higienista.

As doenças que surgiam no transcorrer da viagem, as receitas farmacêuticas indicadas para algum adoentado, e os medicamentos e práticas usadas pela população sertaneja, assim, como a fauna e a flora da região foram descritos pelo médico. Através de sua própria fala refletiremos sobre sua aceitação e negação dos saberes populares.

Consoante com Weber (1999), muitos autores que colaboraram para o entendimento dessa época cometeram equívocos ao olhar o interior do país como um local remoto e abandonado. Eles acabaram por excluir a ação dos indivíduos residentes nessas localidades, principalmente dos mais pobres, limitando-se quase que exclusivamente relacionar saúde ao âmbito das formas de controle da classe dominante. Esta historiografia apenas tratou de promover as práticas governamentais propostas por médicos higienistas como únicas detentoras da história da saúde, em detrimento de práticas populares.

Nesse trabalho propomos analisar aspectos da ação do Estado com relação a questão da saúde e de médicos higienistas, a exemplo do médico Francisco Ayres. Na narrativa sobre a saúde retomamos os saberes populares julgados como problemas esquecidos, desqualificados e derrotados pela tradicional história da medicina.

Assim, destacamos as práticas populares de curas como uma forma de acessar o conhecimento e a memória sobre as maneiras de conservar a saúde e tratar as doenças, focando principalmente na utilização de plantas medicinais, com efeitos positivos na curade moléstias. Com o foco nas práticas de curas populares e no espaço da medicina acadêmica no sertão brasileiro, o próximo capítulo procurará de forma dialética ereflexiva, discutir sobre práticas de curas realizadas por indígenas, africanos, europeus ebrasileiros nos seus períodos colonial e imperial.

Com uma escrita progressista iremos analisar, de maneira crítica, diferenças, semelhanças, permanências e transformações da medicina acadêmica e popular ao longo destes dois períodos para que possamos compreender as adaptações e conceitos novos, aceitos e utilizados entre as artes medicinais do início do século XX. Neste capítulo, também, será definido o que é - medicina acadêmica e medicina popular.

2 ENFERMIDADES, FEITIÇOS, CARIDADES, CIÊNCIAS E CURAS – DA COLÔNIA AO IMPÉRIO BRASILEIRO

O objetivo deste capítulo é o de examinar saberes, práticas, teorias e técnicas medicinais, que circularam no Brasil, no período colonial e imperial, através de obras de referências pertinentes ao tema. No entanto, sabemos da impossibilidade de abranger as distintas abordagens sobre a história da saúde no Brasil. Porém, de maneira dialética e reflexiva, pretendemos observar as práticas e abordagens medicinais executadas por indígenas, europeus, africanos e brasileiros. Dessa maneira, expondo a confluência de saberes e interpretações sobre saúde, doença e cura advindas de regiões diferentes do Brasil, com concepções distintas e semelhantes e, às vezes, entrelaçadas.

O texto tem como objetivo apresentar a multiplicidade de artes medicinais, porém, numa perspectiva sinóptica, comprimindo-as e relacionando-as dentro de dois mundos: -o domínio da “*medicina popular*”, entendida como aquela possuidora apenas do saber prático, sem conhecimento teórico e técnico-científico adequado, relacionada as práticas mágicas, sobrenaturais e religiosas, e o domínio da *medicina acadêmica/oficial*, compreendida como aquela que reivindicava o conhecimento técnico-científico, reafirmando sua aliança com a ciência, detentora de tecnologia, utilizando medicamentos e instrumentos, que ajudam no diagnóstico e tratamento de doenças e, por vezes, uma medicina patrocinada pelo aparato estatal e comercial. Nessa perspectiva investigaremos como algumas doenças foram interpretadas por populares e médicos.

Definimos como grupos populares os sujeitos marginalizados da sociedade, sem conhecimento e acesso aos direitos civis e que no âmbito econômico-social são os pobres que compõem a sociedade. São brancos, pardos, pretos, caboclos, mamelucos, mestiços, cativos africanos, incluindo, ainda, indígenas - que entendiam e reagiam às doenças.

Em contrapartida, analisaremos a reação e o entendimento por parte de estudiosos da história da medicina, construindo e demonstrando conflitos entre as interpretações a respeito das doenças mais frequentes no Brasil. Trazemos como contribuição a discussão sobre o papel das instituições e ciências médicas desenvolvidas na Europa e transportadas, adaptadas à realidade brasileira.

Esse tipo de escrita foi adotada para que possamos questionar, criticar e refletir sobre a história tradicional construída, a partir do século XIX, com base na utilização da tecnologia como parâmetro de periodização e de classificação das sociedades.

Conforme Kalina Silva e Maciel Silva (2006), a produção intelectual do ocidente, a partir do século XIX, seja ela positivista ou materialista histórica, começou a construir periodizações e classificações sociais usando a tecnologia como critério para demonstrar qual sociedade, povo, grupo ou comunidade era mais avançada.

Reconhecemos que há uma complexidade e até uma certa ousadia em querer tratar de maneira ambivalente e simplificada as artes de curas existentes na colônia – como a medicina popular e a medicina acadêmica – devido a pluralidade de focos de saberes e práticas medicinais que, por vezes, se metamorfoseou no decorrer da história da saúde brasileira.

Será importante adentrarmos nessa perspectiva para que possamos questionar e refletir o alto grau definidor que a historiografia clássica/tradicional por meio da técnica/tecnologia definiu quais os grupos humanos são desenvolvidos e os que são atrasados.

Portanto, utilizando-se do próprio veneno para conseguir o antídoto para cura, ou seja, valendo-se da mesma metodologia para apontar equívocos e preconceitos da historiografia tradicional, optamos por uma escrita progressista, pois acreditamos ser de fácil assimilação sobre o que consideramos medicina acadêmica e medicina popular. Porém, temos o propósito de analisar de maneira crítica as permanências e transformações da medicina, suas adaptações, novos conceitos aceitos no início do século XX.

Para fins historiográfico, consideramos aspectos da ciência e da religião medieval que expuseram teorias médicas e reflexões sobre ciências naturais, além da religiosidade cristã, em virtude de as universidades europeias terem sido construídas nesse período, inclusive em espaços religiosos, provando que ciência e religião nem sempre estiveram em campos opostos.

Dessa forma, compreender o pensamento das ciências numa Europa que, mais tarde, irá colonizar a América. E que, como consequência, influenciará decisivamente as instituições de saúde no Brasil, adaptando suas características, estrutura administrativa, econômica, sociais, religiosas e científicas. Como exemplo, citamos as chamadas Casas de Misericórdias, que serviram como modelo de inspiração às ações de caridade e saúde no Brasil.

De acordo com Sanglard e Ferreira (2018), no artigo intitulado – *Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil*, - a presença da Irmandade da Misericórdia na organização da assistência hospitalar no país, é uma herança colonial brasileira, advinda de Portugal e durante o século XIX, na Europa, surge preocupações sociais voltadas para a suavização da pobreza ou da doença, neste caso compreendida a

mendicância, a assistência, a saúde pública e a seguridade, preocupações que irão ser transplantadas para o Brasil.

Além do mais, conforme Edler; Pires; e Alves (2018), mencionam que no decorrer de todo processo de colonização e início do Império brasileiro, até a criação das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia (1832), todos que praticavam medicina, tinham que ser examinados e aprovados por um médico: físico-Mor e/ou cirurgião-Mor, através de um Regimento português, sancionado em lei do Reino, que explicitava, dentre os encargos da função, a necessidade do licenciamento do exercício de medicina, cirurgia e farmácia.

Assim, torna-se necessário admitir o diálogo com o medieval com o intuito de enriquecer e melhorar a compreensão do tema. Foi o mosteiro dos Cónegos Regrantes de Santo Agostinho, criado na Idade Média, a primeira escola de medicina em Portugal.

A partir de 1290, a Universidade de Coimbra instituirá o ensino de medicina dominado pelas doutrinas de Hipócrates e Galeno e irá perdurar até o primeiro quartel do século XIX como instituição responsável pela formação dos médicos. Na verdade, conhecidos por físicos e cirurgiões formados em Portugal, e, nas primeiras décadas do Brasil independente, através das academias médico-cirúrgicas instaladas, em 1808, nos hospitais militares de Salvador e do Rio de Janeiro, com a chegada da família real de Portugal.

Outro aspecto interessante de se abordar é o conceito de ciência no decorrer da história e sua relação com o religioso, o sagrado e o místico. A religião, a saúde e a ciência possuem raízes históricas. A magia, a religião e a cura sempre andaram juntas.

Segundo Ewehr; Baêta; Gomes e Tavares (2017), nos primórdios da humanidade os seres humanos viviam em maior integração com a natureza e os processos de cura eram essencialmente empíricos, tendo como pano de fundo uma estrutura mítica, que até hoje se faz presente em algumas populações tradicionais e até mesmo em meio considerado civilizado.

De acordo com Aguiar (2010), essas práticas permanecem atualmente, de um lado, em estreita relação com o aprendizado das diversas forças da natureza transmitidas através da oralidade e, de outro, com a crença em forças sobrenaturais advindas de tradições religiosas. Porém, a partir do século XVIII, o discurso médico-científico paulatinamente vai se caracterizando pela busca da neutralidade e objetividade e pelo menosprezo aos aspectos culturais relacionados a religiosidade ou ao sobrenatural.

O Iluminismo e o Positivismo foram correntes de pensamentos que preconizaram a soberania da razão, a validade inquestionável das ideias objetivas, pautadas no olhar do

observável, com objetivo de romper as concepções fundamentadas em pensamentos fantásticos ou baseadas em crenças religiosas. Essas duas correntes filosóficas tiveram grande influência nos métodos e técnicas científicas. (GEWEHR, et. al. 2017).

Partindo dessa reflexão, um dos principais elementos da ciência moderna no contexto progressista é a crença de que o mundo natural pode ser explicado sem recorrer ao sobrenatural. Entretanto, as tradições mágicas ou religiosas estão na origem da própria ciência moderna.

O Renascimento, movimento intelectual sucedido na transição da Idade Média para a Idade Moderna, redescobriu antigos escritos gregos e romanos, com traços místicos como os textos neoplatônicos, pitagóricos, hipocráticos e galênicos, em grande medida a partir da influência da universidade europeia construída nos últimos séculos do medievo, espaço primordial ao desenvolvimento da ciência e, também, um lugar de professores clérigos, especialmente das Ordens Mendicantes.

Ordens Mendicantes que ganharam mais destaques: franciscanos, dominicanos, agostinianos, mercedários e carmelitas. As Ordens Mendicantes estavam ligadas as universidades e às cidades medievais, desempenharam papel fundamental na Reforma Católica de 1545, na evangelização das Américas e no trato de várias doenças, antes dos médicos acadêmicos tornarem-se preponderantes na resolução de doenças e no cuidado com a saúde.

Para a historiografia progressista, a partir da ascensão do pensamento racional, humanista do iluminismo, no século XVIII, e o desenvolvimento da teoria da evolução no XIX, a ciência assumiu uma postura de combate ao mito, magia, religiosidade e qualquer vínculo com o sobrenatural. A partir daí o conhecimento paulatinamente, para a maioria dos intelectuais modernos, não podia mais caminhar com o sobrenatural, prevalecendo no século XIX o reinado do positivismo.

Entre os séculos XVI e XIX, a relação entre ciência e religião constantemente é retratada de forma conflitante. Mas, também, conheceram momentos de convivência amistosa. De acordo com Flavio Edler e Fernando Pires-Alves (2018)⁶ durante a Idade Média, em Portugal, como em outras partes da Europa cristã, a ciência médica era estudada em estabelecimentos exclusivamente religiosos. Foi assim que o mosteiro de Santa Cruz, em Coimbra, pertencente aos Cônegos Regrantes de Santo Agostinho, veio a ser a primeira escola de medicina portuguesa.

De acordo com Abreu, Nogueira e Kury (2018), a compreensão da doença e da cura na medicina luso-brasileira foi, em grande parte, influenciada pelas perspectivas de

Hipócrates e Galeno, segundo os quais a doença era decorrência do desequilíbrio dos humores e a saúde deveria ser restabelecida por meio de remédios purgativos e sangrias. No Brasil, essa terapia foi difundida pelos médicos e cirurgiões e estão presentes nos manuais de medicina, vista como panaceia na arte médica brasileira até o século XIX.

Está medicina, com o escopo hipocrático-galênico, entendia o corpo como um microcosmo do universo e estava sujeito a influência das forças da natureza e dos astros. Além disso, havia uma estreita relação entre alimentação, dieta, hábitos e clima. A noção de clima para essa teoria médica era bastante ampla, incluindo a temperatura, diferentes aspectos topográficos das áreas em que atuavam os médicos, movimentos de estrelas, cometas e planetas, tipo de vegetação, entre outras variáveis.

O papel do cosmo e da natureza, durante muito tempo e, principalmente, no período colonial no Brasil foi determinante para diagnosticar e tratar enfermidades. Com base nesses preceitos e nas observações empíricas, cirurgiões e médicos estabeleciam relações entre especificidade climática de cada região e a ocorrência de determinadas doenças.

No início do século XVIII, ao retratar o quadro nosológico da sociedade mineira, o cirurgião português, Luís Gomes Ferreira, menciona as doenças mais recorrentes e os remédios mais adequados às condições geográficas e climáticas da região. Abordagem histórica e geográfica da doença, constituída por meio das topografias, a situação do lugar, do terreno, da água, do ar, da sociedade, os temperamentos dos habitantes, observações meteorológicas, análise das epidemias reinantes e descrição dos casos extraordinários, eram observações que faziam parte da literatura médica luso-brasileira (FERREIRA [1735], 2002, p. 516).

Nos estudos do professor Mário Bastos (2020)⁷ houve uma peste, em 1569, em Lisboa, e estima-se que metade da população tenha sucumbido, aproximadamente cem mil pessoas. O Regimento Interno e os Tratados Médicos portugueses prescreviam medidas importantes para preservação da saúde, além de apontar três origens possíveis da causa da peste:

1º Raiz Superior: concebia que certos fenômenos celestes, sob certas condições atuavam sobre a terra, dando origem a vapores que alterava a qualidade húmida do ar e causava na extensão a podridão e a peste. *Conselho dos Físicos:* deveriam ser abandonados os lugares altos das moradias, mais propícios a ações diretas das influências celestes.

⁶ EDLER, Flavio; PIRES-ALVES. Educação Médica: do aprendiz ao especialista – História da Saúde no Brasil/ organização TEIXEIRA; PIMENTA; HOCHMAN. – 1. Ed. – São Paulo: Hucit, 2018.

– **2º Raiz Inferior:** originava a Peste do mal cheiro oriundo de focos de podridão abundante, tendo em vista as precárias condições de higiene dos meios urbanos, fator promotor da corrupção do ar. – **3º Raiz:** supostamente responsável pelos surtos mais violentos, derivava a Peste da corrupção das duas raízes anteriores, gerando uma extrema corrupção do ar e a partir disso o contágio (BASTOS, 2020, **grifo nosso**).

Conclui-se, segundo Bastos (2020), que a “corrupção do ar” era o fator que proporcionava doenças e o contágio. Vinculava-se ao contato inter-humano embora também se expressasse a esse nível, mas em distintas situações em que se convivia com o ar contaminado. Era importante evitar ao máximo situações de contato direto com o ar corrupto e manter a higiene: limpeza das ruas, praças e áreas coletivas que já eram ações efetuadas em Lisboa no século XVI. A sujeira coletada deveria ser levada para lugares distantes e, de preferência, à noite, evitando as horas de concentração de pessoas nas ruas.

Além dessas medidas, impunham-se múltiplas práticas para a preservação da qualidade do ar. Coletivamente, impunha-se a reclusão do doente em tempos de epidemia, construções de hospitais nos extremos das cidades para evitar a proximidade com o ar corrupto, que se concentrava nesses locais e nas casas onde se manifestasse que se manifestassem a doença, deveriam ser isoladas e fechadas, não sem antes promoverem a desinfestação através de fogos, perfumes ou, até mesmo, a derrubada de casas infestadas pela peste (BASTOS, 2009)⁸.

Havia também um estigma social, expresso pelo discurso médico do século XVI, visto que, devia evitar a concentração humana, bailes, festas e, particularmente, todo e qualquer ajuntamento de “negro”, com a explicação de que este tinha mal cheiro e mais propício às doenças. Este estigma social para Mario Bastos (2020) não era apenas racial pois atingia prostitutas, cujas casas mandavam encerrar, e, ainda, pobres-mendicantes, que deviam ser recolhidos para evitar sua livre circulação pelas cidades.

Sobre as normas de conduta individual, Mario Bastos (2020), pontua que os tratados médicos portugueses recomendavam práticas diversas como: evitar o banho diário já que, na concepção da época, a umidade favorecia o aparecimento da doença, limitando-se a higiene corporal, a lavagem das mãos e rosto com a mistura de água e vinagre.

Com relação à alimentação, determinava-se a moderação visto que a gula encheria o corpo de maus humores e, para se prevenirem das doenças, as pessoas deveriam comer alimentos com gosto azedo, pois fechavam os poros evitando a entrada do ar envenenado (BASTOS, 2009)⁹.

⁷ BASTOS, Mário J. da M. II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Medicina e Poder nos tempos da Peste (Portugal séc. XIV – XVI). Rio de Janeiro, UFF, 2020. (Comunicação oral)

Ainda conforme Bastos (2009), no final do século XIX, o ar que respiramos será considerado o causador de diversas doenças. A preocupação com os miasmas estava relacionada com às condições de higiene das cidades. De acordo com os tratados de medicina do século XVIII, a purificação do ar deveria se estender a espaços como hospitais, prisões, igrejas, conventos e mosteiros. O “tratado de conservação da saúde dos povos (1757)”, de Antônio Ribeiro Sanches, aponta medidas sanitárias através de defumadores, fogos para garantir a boa qualidade do ar e a saúde dos súditos do governo português.

Baseado nos estudos de Hipócrates e Galeno a corrupção do ar era explicada pela qualidade contagiosa dos astros, eclipse do sol e da lua, ou de outros corpos celestes. Qualquer doença para essa teoria iria interferir no equilíbrio dos “4 (*quatro*) *Humores*”- expresso na tabela 1.

A teoria hipocrática dos quatro humores, presente na obra *Da Natureza do Homem*, de acordo com Rodrigues (2020), constitui o corpo humano a partir de quatro fluidos: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. Em conformidade com o tratado, a saúde seria mantida por um equilíbrio entre esses quatro humores.

Alguns intérpretes afirmam que esses humores influenciam os temperamentos, concluindo assim, que determinadas representações mentais correspondem a elementos físicos. Hipócrates afirmava, ainda, que cada um desses quatro humores corresponde a cada uma das estações do ano, e age conforme tais climas. Assim, estes humores aumentam e diminuem com o ritmo das estações: fleuma, fria e úmida, predomina no inverno; sangue, quente e úmido, na primavera; bile amarela, quente e seca, no verão; e bile negra, fria e seca, no outono.

Tabela 1 – 4 (quatro) Humores – 2020

Elemento	Humor	Órgão	Qualidade	Constituição
Ar	Sangue	Coração	Quente/Húmido	Sanguínea
Água	Fleuma/linfa ou pituíta	Cérebro	Frio/Húmido	Fleumática
Fogo	Bile Amarela	Fígado	Quente/Seco	Colérica ou Biliosa
Terra	Bile Negra	Baço	Frio/Seco	Melancólica

Fonte 1- Adaptado de autor BRAGA, I. M. R. M. D. Sabores e Segredos. Receituários Conventuais Portugueses da Época Moderna. São Paulo: Annablume Editora, Outubro (2015).

⁸ BASTOS, Mário J. da M. O poder nos tempos da peste, Portugal – séculos XIV/XVI. Série Biblioteca, v. 19. Ed 1°. Niterói: EdUFF, 2009.

⁹ BASTOS, Mário J. da M. O poder nos tempos da peste, Portugal – séculos XIV/XVI. Série Biblioteca, v. 19. Ed 1°. Niterói: EdUFF, 2009.

Para retornar o equilíbrio dos “4 (quatro) Humores” a pessoa deveria procurar restabelecê-lo através de alimento, sangria e purgante, ou seja, o tratamento era associado a uma medicina excretora. “Assim, através de vômitos, sangrias, ervas com ações purgativas (...), as pessoas acometidas pelos mais diversos males reequilibravam seus humores e recobravam a saúde” (ABREU; NOGUEIRA; KURY; 2018, p. 30).

Para que essa medicina excretora fosse eficiente, o médico deveria relacionar o tratamento com as características de cada paciente considerando: idade, sexo, atividade física (se a pessoa aplica enorme esforço físico ou não) trabalho, rotina, se a pessoa se alimentava muito ou pouco e quais eram os tipos de alimentos consumidos etc. Só daí por diante, conforme fosse o problema de saúde, o médico ou prático de saúde iria informar quais procedimentos o paciente deveria adotar (BRAGA, 2020).¹⁰

No período colonial já era um hábito a utilização de alimentos pela população luso-brasileira como fármacos/remédios para tratar doenças. Havia um certo consenso entre letrados e leigos de que a alimentação interferia na condição de saúde do indivíduo, visto que, uma nutrição desequilibrada, por exemplo, o exagero de alimentos gordurosos por parte da classe abastada ou, por outro lado, a falta de alimento para a população carente, provocavam problemas alimentares e, como consequência, o adoecimento. Isso demonstra que o conhecimento de receitas culinárias, mezinhas e alimentação equilibrada geravam mais saúde.

Também era comum o cultivo de hortas medicinais aos arredores das residências abastadas e populares. Era comum pessoas ter em mãos receitas de cozinha e mezinha, junto com o receituário de farmacopeia, que abrangiam um leque ~~muito~~ vasto de soluções para vários problemas de saúde. A título de exemplo, muitas delas procuravam tratar problemas como, asma, azia, catarro, cólicas, dores de cabeça, dores de dentes, febres, flatos, obstruções, quebraduras, quedas, sarna, tosses etc. O certo é que várias receitas de culinárias, farmacopeias, produtos de cosméticos (produtos de higiene e limpeza) e botica, foram produzidos através de conhecimentos antigos passados de geração a geração.

Segundo a professora Isabel Braga (2015), entre os médicos físicos e cirurgiões luso-brasileiros existiam os boticários, apesar de só os físicos legalmente receitarem remédios e alimentos como fármacos para o paciente. Eram os boticários que produziame manipulavam os receituários.

¹⁰ BRAGA, Isabel. II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Doença e cura nos receituários portugueses da Época Moderna. Lisboa, Universidade de Lisboa, 2020. (Comunicação oral).

Entre as especialidades produzidas e revendidas nesta instituição encontravam-se as Pedras Uma botica que se destacou em Portugal e que, inclusive, vendia produtos manipulados pelos jesuítas da América portuguesa, foi o caso da Botica de São Vicente de Fora, em Lisboa. Cardeais, a Triaga Brasília (jesuítas) e a Panaceia Mercurial, esta última, acompanhada por um manual que explicava os casos em que deveria ser tomada e as doses recomendadas.

D. Caetano de Santo Antão, monge agostiniano, que se destacou como um grande boticário e professor na Universidade de Coimbra, publicou, em 1704, “*Pharmacopéia Lusitana*”. Essa foi a primeira farmacopeia redigida por um português na língua nacional editada em Portugal. Em edições posteriores 1711, 1725 e 1754, apresentava em sua introdução a “*farmácia química*”, por influência do desenvolvimento da química analítica no século das luzes, de suma importância para a formulação e sintetização de várias farmacopeias no séc. XVIII.

Nos estudos realizados pela professora Daniela Calainho (2020)¹¹ a *Pharmacopéia Lusitana*, publicada em 1704, compreende 12 capítulos, contendo, ainda, um detalhado índice e um rol de duzentos autores mencionados ao longo do livro demonstrando uma sofisticada erudição e cuidado do religioso para com a elaboração desse tratado.

As plantas brasileiras como a salsaparrilha vão começar a se destacar no conjunto das fórmulas medicamentosas propostas pelo boticário agostiniano. Fora do âmbito oficial encontram-se, na época, receitas de mezinhas manuscritas e impressas da autoria de leigos e de eclesiásticos (CALAINHO, 2005)¹².

As farmacopeias eram guias práticos de composição de fórmulas medicinais com as qualidades, especificações, fins curativos e quantidade dos chamados “elementos simples”, que são vegetais, animais e minerais e “elemento compostos”, que orientava boticários, médicos e praticantes de cura na preparação e uso de remédios. Os remédios encontrados nas boticas eram de origem vegetal, animal e mineral e só a partir do século XVIII que os químicos europeus tiveram a sua inserção nas boticas (CALAINHO, 2006)¹³.

Com o advento da expansão marítima portuguesa, lugares até então desconhecidos pelos portugueses como a África, a Ásia e a América estimularam cronistas, viajantes, clérigos e funcionários reais a registrarem informações acerca da natureza desses mundos.

¹¹ CALAINHO, Daniela. II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Mesa 2 - Fármacos, curas e epidemias – Plantas do Brasil nas farmacopeias portuguesas setecentistas. Rio de Janeiro, UERJ/FFP, 2020. (Comunicação oral).

¹² CALAINHO, Daniela, Buono. *Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial*. Revista Tempo, Rio de Janeiro, nº 19. pp. 61-75. 2005.

¹³ CALAINHO, Daniela, Buono. *João Vigier: um droguista no Portugal setecentista*. - Usos do passado - XII Encontro Regional de História, ANPUH-RJ, 2006.

Assim, o conhecimento revelado pelo novo continente americano ocasionou grandes transformações no saber acerca do mundo natural.

Ainda conforme Calainho (2005), o Brasil do século XVI foi objeto de diversos relatos de letrados e leigos. Porém, foram os religiosos da Companhia de Jesus que produziram uma extensa e ampla literatura em forma de crônicas, tratados e correspondências sobre plantas, curas, doenças e saberes ameríndios.

Assim, os missionários jesuítas foram os principais sistematizadores dos saberes indígenas e tomaram para si o papel de curadores se aproximando da medicina indígena, tornando as plantas medicinais brasileiras famosas em todo o mundo, como no caso da Triaga Brasília.

De acordo com os conceitos de Leite (2011) as triagas são receitas à base de plantas, animais e outras substâncias, como minerais, sais, óleos etc., utilizadas pela humanidade desde a Antiguidade. Algumas vezes eram constituídas por apenas um único ingrediente, mas podiam haver mais de seis dezenas de substâncias. Desde a chegada dos primeiros padres da Companhia de Jesus no Brasil em 1549, a necessidade de remédios para a cura e preservação da saúde de colonos, escravos e índios era muito grande. Foram, em larga medida, os jesuítas aqueles que supriram grandemente essa função durante todo o período colonial. Pouco a pouco os padres foram se inteirando da fauna, da flora e dos minerais do país, seja por observação direta ou por intermédio dos nativos, de modo a elaborar medicamentos que levassem menos ingredientes oriundos de outros países, dessa forma surgiu a triaga Brasília desenvolvida com substâncias tiradas da natureza brasileira.

Segundo Edler e Fonseca (2006), aos jesuítas deve-se imputar a iniciativa de intercâmbio entre a medicina indígena e a medicina acadêmica, já que eles absorviam o saber dos físicos, cirurgiões e boticários, aplicando-os nos hospitais das Santas Casas da Misericórdia.

Os jesuítas também foram responsáveis em desacreditar a função dos pajés dentro das aldeias indígenas, muitas vezes, os jesuítas tomavam para si funções que antes eram exercidas com exclusividade pelo líder espiritual dos índios. Dentro dos aldeamentos os missionários proibiram os pajés de exercerem seus rituais de curas e, em muitos casos, sofreriam punições caso desobedecessem aos missionários¹⁴.

¹⁴ CALAINHO, Daniela, Buono. Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial. Revista Tempo, Rio de Janeiro, nº 19. pp. 61-75. 2005.

¹⁵ Sobre relações inter-étnicas, travessias de fronteiras, relações de trocas e de apropriação de conhecimentos, verificar - APOLINÁRIO, J. R. Povos Timbira, territorialização e a construção de práticas políticas nos cenários coloniais. São Paulo: Revista de História, Nº 168, p. 244-270, janeiro / junho 2013.

Nesse período ocorreram relações interétnicas, travessias de fronteiras, ou seja, relações de trocas e de apropriação de conhecimentos¹⁵ e informações entre colonos e indígenas. Da mesma maneira havia uma circulação de doenças e conhecimento sobre elas acarretando uma troca de experiência para a cura através de plantas.

Abreu; Nogueira e Kury (2018), ao estudarem os textos de Sérgio Buarque de Holanda, observaram que se tratando de regiões distantes, interioranas, ou seja, os sertões do Brasil, incorporar hábitos e o conhecimento medicinal das plantas nativas usadas pelos indígenas era fundamental para a sobrevivência nos lugares longínquos do litoral, onde era possível ao colonizador procurar socorro em caso de doenças, fraturas e outras lesões.

Sérgio Buarque, ao caracterizar a vida nos sertões, demonstra que a distância do litoral e das cidades, bem como a interação com a natureza por vezes inóspita, fez com que os “paulistas” e “sertanistas” desenvolvessem formas peculiares de sobrevivência, que incorporavam hábitos indígenas, como o uso medicinal de plantas nativas. Segundo o historiador, os homens que se aventuravam pelos sertões estavam sujeitos ao contato com animais ferozes e peçonhentos, lutavam contra índios que resistiam à captura e contra negros quilombolas, além de viverem em um tipo de sociedade onde a violência se sobrepunha à lei na resolução dos conflitos. São essas condições históricas que deveriam, de acordo com os pressupostos do autor, guiar o historiador na concepção de doença nas áreas de expansão das fronteiras coloniais (ABREU, Jean; NOGUEIRA, André; KURY, Lorelai, 2018, p. 28)

O avanço da colonização para Holanda (1994), foi responsável pela introdução de várias enfermidades ao passo que, no início da colonização brasileira, os relatos sobre a América portuguesa consideravam este lugar saudável. Com uma natureza exuberante, sem males, após às entradas paulistas do século XVII, nos domínios do sertão, as febres malignas, a malária, varíola e outras doenças, se disseminaram com a chegada do homem branco.

O colono ao adentrar o sertão utilizava-se de conhecimentos medicinais comuns dos europeus e indígenas para tratar das doenças. Esses remédios são conhecidos pela historiografia como “*remédios de paulistas*” ou “*drogas dos sertões*”, chamados de mezinhas obtidas da flora e fauna.

A professora Apolinário (2020)¹⁶, afirma que, em Goiás do século XVIII, ocorreu uma epidemia de sarampo. Tratava-se de uma doença desconhecida pelo indígena que tivera que lidar com as suas consequências: inflamações, febres, manchas no corpo, dores etc.

¹⁶ APOLINÁRIO, Juciene. II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Mesa 2 Fármacos, curas e epidemias – Doenças, plantas e práticas curativas indígenas na América Portuguesa do século XVIII. Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande, 2020. (Comunicação oral).

Assim, o nativo buscou, empiricamente, por plantas por ele conhecidas, para vencer a enfermidade. Isso de certa forma demonstra que os indígenas tinham uma certa postura científica, com um grau de especialização e experimentação (APOLINÁRIO, 2013).

Conforme Carlos Miranda (2017) o indígena, frequentemente, se valia de práticas mágicas para combater espíritos malignos. Segundo ele, responsáveis por seus males. Todavia, apesar de ser essencialmente mágica, a medicina indígena também era dotada de observações empíricas. Foi através desse empirismo que o índio brasileiro criou uma verdadeira farmacopeia de medicamentos com base em ervas consideradas dotadas de virtudes terapêuticas e encontradas nas florestas.

Miranda (2017), discorria que boticários, médicos, viajantes e, principalmente, missionários se apropriaram do conhecimento indígena, embora muitas de suas plantas fossem empregadas para curas espirituais, o que não era entendido pelo colono europeu, assim ocasionando denúncias ao Tribunal do Santo Ofício.

A ciência europeia silenciava o conhecimento, a tradição dos pajés, que repassavam aos missionários, médicos, cirurgiões e boticários os seus conhecimentos. Entre os vegetais e frutos que compunham a farmacopeia indígena, segundo Carlos Miranda (2017), destacam-se: abacate, mandioca, alho, ananás, angelim, araçá, maracujá, aroeira, urucu, copaíba, jaborandi, jenipapo, gravatá, imbé, imbaúba, tetigucu (jeticucu), igpecacoáya (ipêcacuanha), cayapiá (caapiá), tereroquig (tereroqui), petum (tabaco), guaraquigynha (erva-moura), avenca, erva-de-cobra, erva-dos-ratos, erva-do-bicho, erva-pulgueira, salsaparilha, cipó-de-câmara, bétele, pimenta-quatrogêneros; gengibre, caiapiá, caapeba, caroaba, caatimaí, caataia, jetica, urucatu, jaborandi, nhambi, tjobá, jeçapé, inimboia e muitas outras.

Miranda (2017), enfatiza a cura dentro do universo indígena era quase sempre feita pelo pajé, um grande conhecedor das ervas curativas e o único que poderia descobrir a real causa do mal, para, assim, extingui-lo com suas fórmulas mágicas e suas práticas exorcistas. O pajé era e continua sendo um misto de profeta e médico que estabelece o contato entre o mundo dos homens e o dos espíritos.

Embora preconceituosos em relação às práticas mágicas e curativas realizadas pelo indígena, tratadas pela ciência europeia, como conhecimento vulgar e não científico, os físicos, cirurgiões, boticários e viajantes portugueses e outros agentes de cura, apesar de inferiorizar as práticas medicinais indígenas se interessavam em recolher informações sobre como os indígenas e seus pajés faziam para combater as doenças que alastravam-se na colônia.

Observavam, imitavam, experimentavam e descreviam as propriedades terapêuticas das novas espécies e seus usos, e divulgavam-nas na metrópole, ampliando os saberes sobre matéria médica. Mais tarde, tal saber retornava à colônia em compêndios de farmacopeia, informando a atividade de boticários profissionais, religiosos ou leigos. (EDLER, Flávio; FONSECA, Maria, 2020, p.8).

Embora houvesse uma rejeição por parte do colonizador, observa-se que o indígena, o africano e o europeu praticavam a sangria no processo de cura. Essa técnica foi recorrente na medicina europeia do Antigo Regime em consonância com as teorias humorais hipocrático-galênicas. Essa prática era tida como garantia do equilíbrio dos humores e utilizada para prevenir e remediar doenças.

Na América, os indígenas usavam dentes de animais, bicos de aves e arraiaes como lancetas para realizarem a sangria, com o objetivo de aliviar dores e inchaços. Enquanto os africanos acreditavam que o sangue era o veículo condutor da alma e, por isso, a sangria era tida como tratamento eficaz para combater as chamadas doenças de feitiços (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018).

No Brasil, a maioria dos barbeiros e sangradores do século XIX, que praticavam a técnica eram africanos ou afrodescendentes. Os barbeiros, além dos cortes de cabelos e das barbas, realizavam sangrias, ventosas, sanguessugas e clisteres, faziam curativos, arrancavam dentes, manuseavam excretos corporais etc. Encontravam-se, no entanto, em último lugar no escalão da hierarquia médica por ser considerado um ofício mecânico.

Em 1816, o pintor francês Jean Baptiste Debret foi convidado pelo monarca português D. João VI para fundar, no Rio de Janeiro, uma escola especial de ciências, artes e ofícios. Após dois anos de estadia na capital do império brasileiro, o pintor retratou o cotidiano de uma loja de barbeiro. Pela raridade do tema retratado essa é uma fonte documental para a história da medicina brasileira. Além de sua arte, o artista deixou o seguinte comentário sobre os barbeiros africanos:

Em cada bairro da cidade há um cirurgião africano cujo gabinete de consulta, de nomeada, se acha instalado sem cerimônia à porta de uma venda. Consolador generoso humanitário de negra, ele dá suas consultas de graça, mas como os remédios receitados comportam sempre alguma droga, ele fornece os medicamentos mediante pagamento. Vende ainda Talismãs curativos sob forma de amuletos. Citarei aqui apenas o pequeno cone misterioso feito de chifre de boi, preciosa joia de seis linhas de altura e que se pendura no pescoço para preservar das hemorroidas ou das afeções espasmódicas, etc. (...) São, entretanto, somente os mais pobres que recorrem a esses charlatões, pois as pessoas mais abastadas mandam tratar seus negros pelo cirurgião da casa. As doenças a que está a mais sujeita a raça negra do Rio de Janeiro são os furúnculos, congestões, enfartamento ganglionar, a erisipela, o vírus venéreo, muitas vezes unido a uma velha

sarna mal curada ou intencionalmente desprezada (...). Quanto à colocação das ventosas, ciência positiva e de aplicação externa, ela é executada em plena rua, perto de uma casa, ou, mais comumente numa pequena praça por onde não passam carruagens (DEBRET, 1978. p. 211, 360-361)¹⁷.

Os barbeiros e boticários para agirem dentro da legalidade tinham que obter a Carta de Examinação, submetendo-se a um exame junto aos comissários do Físico-mor do Reino. Já os médicos chamados de físicos, ficavam no topo da hierarquia médica colonial e eram os responsáveis pelo exame, diagnóstico e o receituário aos pacientes. Enquanto isso, os cirurgiões, que ficavam no segundo lugar da hierarquia, exerciam ofícios manuais, que exigiam o uso do ferro de lancetas, de tesouras, de escalpelos, de cautérios e de agulhas (EDLER, Flávio; FONSECA, Maria, 2020).

Gilberto Freyre (1992), em *Casa-Grande e senzala*, afirma que as negras apelidadas de comadres, além de partejarem, curavam suas doenças ginecológicas por meio de bruxedos, rezas e benzeduras, ao mesmo tempo que, médicos, boticários, curandeiros, mezinheiros, barbeiros e dentistas.

Na colônia havia práticas medicinais excretoras que utilizavam partes do corpo para curar enfermidades. O seu uso pode ser verificado em vários tratados de medicina e de farmácia deste período. Os indígenas, por exemplo, utilizavam esse recurso como terapia, fazendo uso da saliva, urina, esmegma, como remédios, enquanto o muco nasal e o sangue serviam para feitiços, por considerarem tais substâncias impuras. Além disso, empregavam corpos de animais, ossos, dentes, banha, como amuletos e medicamentos para afastar os males espirituais.

De todas as práticas terapêuticas a mais recorrente entre os populares era o uso das ervas medicinais

Mezinheiros, curandeiros, africanos e pajés utilizavam folhas, frutos, sementes, raízes, essências, bálsamos e resinas, partes lenhosas e brancas que esmagavam entre as pedras, pulverizavam, carbonizavam, dissolviam, maceravam. Coziam, para ingerir, aspirar, friccionar, ou aplicar em cataplasma numa extensa série de doenças. Não se pode esquecer que o emprego dessas plantas tinham um sentido mágico ou místico (EDLER, Flávio; FONSECA, Maria, 2020, p.9).

Seja no âmbito da medicina acadêmica ou popular, a magia, a religião e o sobrenatural, no período colonial, estavam muito presentes, visto que:

¹⁷ DEBRET, Jean Baptiste. *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1978. p. 211, 360-361.

Na concepção da época, seja na medicina oficial, seja no imaginário popular, as doenças também eram explicadas pela ação do que, atualmente, nomearíamos sobrenatural. A própria definição do termo *doença* nesse período, presente no dicionário de Bluteau, indica associação entre fatores de “ordem natural” e de “ordem teológica. A enfermidade era concebida como “indisposição natural, alteração do temperamento, que ofende imediatamente alguma parte do corpo” e, ao mesmo tempo, “filha do pecado, e mães da morte” (ABREU, Jean; NOGUEIRA, André; KURY, Lorelai, 2018, p. 31).

Para a igreja católica as enfermidades poderiam ser tratadas com o cumprimento das obrigações cristãs, já que o corpo dependia da saúde da alma. Esse tipo de interpretação não era exclusivo da igreja, pois médicos formados assim como clérigos prescreviam orações, exorcismos, rituais, apelando para recursos sobrenaturais. A igreja e a medicina uniram esforços para combater as ações de indivíduos que não eram investidos de autoridade para realizar procedimentos médicos, como os curandeiros, mezinheiros, pajés e, principalmente, feiticeiros africanos ou afrodescendentes (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018).

Uma variedade de aspectos da medicina oficial e popular eram indissociáveis na experiência dos distintos estratos sociais, porém, os representantes da medicina oficial, com o auxílio da igreja, lutavam contra os que praticavam as curas na ilegalidade. A medicina reivindicava para si o controle do corpo desqualificando o conhecimento terapêutico popular e reinterpretando-os sob a ótica do saber científico europeu.

Essa atitude de detração e desconfiança também era comum entre jesuítas que demonizavam os conhecimentos terapêuticos dos pajés, constantemente referidos na documentação inaciana como “feiticeiros”. Havia ainda uma significativa quantidade de denúncias que recaíam contra curadores não licenciados em tribunais religiosos como a Inquisição e as devassas eclesiásticas que funcionavam ao nível dos bispados e a repressão exercida pelas autoridades régias (ABREU, Jean; NOGUEIRA, André; KURY, Lorelai, 2018, p. 58-59).

É interessante notar que a crença de que indivíduos poderiam manipular forças sobrenaturais, para provocar doenças por meio de feitiços, era muito presente e comungada pelos distintos estratos sociais que viveram no Brasil. Para a medicina, as doenças de feitiços deveriam ser diagnosticadas, conhecidas em seus sintomas e tratadas. Os médicos lusos Luís Gomes Ferreira e Brás Luís de Abreu do séc. XVIII, consideravam a existência de feitiços no rol dos adoecimentos a serem remediados pelos representantes da medicina (ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018).

Porém, tratar de pessoas acometidas pelas “*doenças de feitiço*” não era privilégio do

médico. Por mais que este fosse simpático ou se dissesse entendedor dessas enfermidades, havia uma quantidade de curandeiros ilegais, muito deles, africanos e mestiços, cobrando preços acessíveis e eram reconhecidos por várias camadas sociais, principalmente pelos populares como entendedores legítimos destas doenças e que estes conseguiam remediar (ABREU, Jean; NOGUEIRA, André; KURY, Lorelai, 2018).

Precisamente ao longo do século XVIII, com a ascensão do movimento iluminista, a medicina passou a ser conduzida pela valorização da experimentação, associada a outras disciplinas como a química, física e a botânica. Além disso, por meio de novas técnicas, como a dissecação, de suma importância para o desenvolvimento dos estudos anatômicos, influência da medicina francesa. Parte da elite intelectual, a partir deste momento, começou a rechaçar com veemência da medicina explicações mágicas para as causas das enfermidades.

Em Portugal, a reforma da Universidade de Coimbra e do ensino médico, de 1772, teve total relação com o movimento Iluminista. Em certa medida, reverberou, em vários aspectos, do conhecimento médico produzido no Brasil entre fins do século XVIII e início do XIX. Entretanto, segundo Abreu, Nogueira e Kury (2018) essas novas explicações para as doenças e seus protocolos de diagnósticos, ligados à “medicina das luzes”, não substituíram outras tradições e práticas de cura na colônia.

A organização profissional e regulamentação da educação médica no Brasil, como atividade distinta da praticada de barbeiros, sangradores, práticos e curandeiros começaram em 1808, motivada pela fuga da família real para o Brasil.

No tocante à medicina, criou dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro (1808), pondo término à era dos físicos e cirurgiões formados exclusivamente na Europa. Iniciava-se, assim, uma forte tradição do médico-de-família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista. Em 1832, as Academias Médico-Cirúrgicas foram transformadas em faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. O mesmo decreto instituiu os cursos de Medicina, Farmácia e de Partos. O figurino das novas faculdades seguia o modelo francês, conforme orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829-1835) – embrião da Academia Imperial de Medicina (EDLER, 2003, p. 148).

A partir da criação das faculdades de medicina no Brasil, como pré-condição à afirmação da nova postura profissional, ocorreu uma rejeição da herança colonial da Fisicatura-mor e das informações descritas pelos viajantes naturalistas influenciados pelas viagens filosóficas, que acabou por trazer curiosos para conhecer a fauna e a flora de lugares desconhecidos. Daí em diante, a medicina empenhou-se na produção de um conhecimento

original sobre a patologia brasileira (EDLER, 1996, 2003, 2006).

No Brasil é possível perceber “várias” medicinas convivendo desde o século XVI ao XIX, não podendo assim ser circunscrita somente à influência de Hipócrates e Galeno, visto que a medicina deste período reuniu também saberes oriundos da experiência e da observação *in loco*, demonstrando a acomodação de práticas diversas oriundas de culturas heterogêneas.

Desse modo, indígena, europeu, africano, mestiço, cirurgião, médico e boticário ao tratar o enfermo acabavam, em grande medida, contando com a mesma natureza para remediar os males de seus clientes, proporcionando intenso processo de trocas, analogias e ressignificações da flora e fauna (ABREU, Jean; NOGUEIRA, André; KURY, Lorelai, 2018).

Refletindo sobre os hospitais, de acordo com Sanglard (2006), na Idade Média estes etimologicamente estavam ligados ao ato de hospedar. Eram abertos a todas as mazelas humanas, exceto aquelas como a lepra e a sífilis, cujas vítimas tinham prédios separados para abrigá-los. O hospital representava o lugar por excelência da caridade, até porque a pobreza e o cuidado aos pobres eram questões centrais do cristianismo¹⁸.

No final da Idade Média as práticas caritativas no mundo católico passaram a ser pautadas em ações pias de leigos, organizados em irmandades e ordens terceiras, que espalhavam seus valores pela Europa, África, Ásia, chegando à América com o advento das expansões marítimas europeias.

Sanglard (2006) enfatiza, a difusão das irmandades e ordens terceiras de religiosos católicos pelo mundo teve um traço marcante na colonização luso-brasileira. Estas foram responsáveis pela construção de hospitais, escolas, templos e manutenção dos cultos, propagação da fé católica no território e demarcação da fronteira do sertão brasileiro.

Após o surgimento das instituições religiosas leigas, o hospital passou a não ser aberto para todos e sim apenas aos membros de determinada irmandade ou confraria. A Santa Casa de Misericórdia era imbuída de um caráter aristocrático, constituindo uma associação fechada que reunia grupos sociais de maior prestígio da sociedade. Isso demonstra que no Brasil os hospitais administrados por essas ordens terceiras não acolhiam todos os enfermos, mas apenas aqueles que faziam parte e/ou praticavam caridades nestas instituições.

Para Sanglard (2006), as instituições leigas se tornaram mediadoras e depositárias da filantropia católica, situando-se entre o filantropo e a obra de caridade.

¹⁸ Naquela época o pobre era revestido de um manto santificado, era o pobre de Deus, e o ato de abrigá-lo era atribuído igualmente um caráter sagrado (SANGLARD, 2006).

As doações passaram a ser destinadas a elas. Boa parte das caridades efetuadas pelas aristocracias do Antigo Regime tinha o objetivo de alcançar prestígio, influência e privilégios nos meios governamentais.

Neste caso as Santas Casas de Misericórdias e as obras de caridade ou filantropia social, teriam ganhado nova feição, de caráter burocrático por deter o padroado régio. Isto fez com que as Misericórdias se transformassem em um dos braços da burocracia estatal responsável pelas ações de assistência caritativa e de assistência médica.

No século XVII, os hospitais começaram a ser construídos fora do limite das cidades. É neste período que se faz sentir a preocupação com o isolamento dos doentes contagiosos e só, a partir do século XVIII, com as mudanças na concepção de assistência e desenvolvimento das discussões sobre higiene, permitindo o aparecimento de hospitais especializados.

Enquanto que a especialização dos hospitais medievais esteve pautada na exclusão, na segregação e na crença dos males que os loucos, os sífilíticos, e os leprosos podiam transmitir às populações, os novos hospitais estavam baseados nos cuidados específicos às doenças. Outra característica do século das luzes é a transformação do hospital em uma “máquina de curar”; no século seguinte ele se tornaria um “equipamento de saúde, lugar de prática, de ensino e de pesquisa” (SANGLARD, 2006, p. 15).

No início do século XVIII, a França, que servia de modelo hospitalar para a Europa, incluindo as Misericórdias do império português, criou-se uma organização sanitária pública, visando o controle de epidemias e pestes, com a mudança de percepção em torno do lixo, da sujeira e das águas paradas, que passaram a ser considerados ambientes potenciais de doenças, além das condições de vida: alimentação, moradia, trabalho etc. Essa abordagem motivou transformações culturais profundas, que possibilitaram alterar a imagem da profissão médica, bem como diversificar sua atuação e seus recursos.

O médico ocupava um pequeno espaço de atuação no hospital comparado às práticas caritativas exercidas por clérigos e freiras. Porém, o cenário passou a ser amplamente questionado com o avanço terapêutico realizado pelo médico no hospital. Por este motivo foi preciso transformar, modificar e adaptar o hospital, no plano físico e conceitual, retirando paulatinamente, suas feições assistenciais, religiosas e implementando no lugar das práticas caritativas, um espaço de técnica, de ensino, de pesquisa e especialização médica.

Antes do século XIX era normal a manutenção de leitos para os pacientes considerados “incuráveis”, loucos e alienados. Somente a partir deste século, com a efetivação do processo de medicalização do hospital, a questão dos incuráveis começou a ser resolvida. Além

do mais é interessante notar que a medicalização não esteve restrita ao hospital, visto que:

As obras de caridade vivenciaram o mesmo processo, no qual a medicina passou a ter papel importante: ao lado das sopas, do carvão, do vestuário e do abrigo, as visitas médicas e a distribuição de remédios passaram a fazer parte do cotidiano dessas instituições (SANGLARD, 2006, p. 17).

Porém, segundo a autora acima citada, quando as doações diminuía as visitas médicas e os remédios eram os primeiros itens a serem reduzidos ou mesmo eliminados. Apesar de demonstrarem preocupação com as questões médico-sanitária, as instituições filantrópicas continuaram sendo procuradas mais pelos pobres do que pelos doentes, não constituindo, assim, propriamente obras médicas (SANGLARD, 2006, p. 17).

Desde o século XIX, os hospitais, em sua grande maioria, tornam-se cada vez mais espaços medicalizados. E, observa-se a diminuição do poder das freiras e clérigos em decidirem sobre internações e tratamentos. Assim, os médicos oitocentistas ganham espaço nos hospitais, modificando a arquitetura hospitalar, exigindo salas de cirurgia, serviços de isolamento e abertura de hospícios e maternidades, realizando a separação entre doente, infeccioso, pobre e incurável.

Segundo Foucault (1993)¹⁹ a partir do momento em que o hospital passou a demonstrar resultados promissores e efetivos como espaço e instrumento de cura, o médico se transformou no principal responsável pela organização hospitalar.

No caso das Misericórdias, principalmente na Santa Casa do Rio de Janeiro, as mudanças irão se efetuar

No âmbito das discussões da Assembleia Constituinte de 1823 que os espaços da Santa Casa do Rio de Janeiro começaram a ser questionados e considerados insalubres, e somente em 1835 a comissão formada na década de 1820, com o propósito de observar a instituição e informar as autoridades sobre suas condições de atendimento, apresentou um relatório concluindo sobre a necessidade de espaços distintos para o hospital, o Recolhimento das Órfãs (o prédio de 1743 fora considerado inadequado) e a Casa da Roda (ou dos Expostos). Em parte, como em decorrência desse relatório, entre 1838 e 1854 diversos melhoramentos foram introduzidos, entre eles a transferência do cemitério para a região do bairro do Caju; a construção de um novo hospital com 11 enfermarias; a criação de um prédio especial para os alienados a fim de separá-los dos outros doentes (o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852); e novas acomodações para expostos e órfãs (SANGLARD, 2006, p. 23).

¹⁹ FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. O nascimento do hospital. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

Em 1808, a família real portuguesa chega ao Brasil fugindo da guerra Napoleônica. Esse acontecimento vai provocar modificações na vida brasileira. É nesse momento que irá ocorrer a criação da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, que funcionou primeiramente no Hospital Real Militar, depois transferida, em 1813, para a Santa Casa, permanecendo nesta instituição até 1832.

De acordo com Sanglard (2006), no começo do século XIX, o hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro contava com um médico, um cirurgião, um boticário, enfermeiros e serventes. Na década de 1850, atuavam em suas instalações cerca de oito médicos e seus substitutos, um boticário e dez ajudantes, 27 pensionistas, outros 27 enfermeiros(as), 28 serventes, além de 18 irmãs vicentinas.

No período, percebemos com frequência o embate entre caridade religiosa e assistência médica, numa disputa pela atuação dentro das Santas Casas de Misericórdias.

Os problemas advindos da convivência entre Faculdade de Medicina e as sucessivas Mesas Diretoras da Irmandade da Misericórdia denotam o conflito maior entre duas práticas distintas: de um lado a caridade e de outro o ensino médico – este último representando a tentativa de medicalização do hospital. Tais práticas foram obrigadas a conviver no mesmo espaço em face da ausência de outro hospital na capital do Império que pudesse abrigar as aulas práticas da Faculdade de Medicina (SANGLARD, 2006, p. 24).

Por anos, médicos e religiosos irão conviver, controlar, disputar e impor regras de funcionamento nas Santas Casas. As disputas podiam ocorrer entre médicos e freiras, no que se referia aos cuidados aos enfermos ou mesmo entre médicos e administradores a respeito da função e do papel do hospital.

Ainda conforme Sanglard (2006), além do processo de medicalização dos hospitais e de outros espaços, simultaneamente, acontecia uma laicização da assistência da saúde, ou seja, a passagem de uma assistência paroquial para uma assistência comunal, pública, isso significava um maior controle do hospital pelos médicos, não só da parte administrativa como também dos cuidados com o doente.

No Brasil, a laicização do hospital foi um processo longo e conflitante. Nas Misericórdias de Salvador (1549), Rio de Janeiro (1582), Ouro Preto (1730), Porto Alegre (1803), Recife (1860), Fortaleza (1861) e São Paulo (1825/1884) ocorreram atritos entre médicos e religiosos.

No caso da Santa Casa de Porto Alegre, os médicos tiveram maior atuação e poder dentro dela com a criação, em 1898, da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, cujas aulas práticas

começam a ser ministradas nas dependências da própria Santa Casa. Conforme Weber (1999), daí em diante, a preocupação com a terapêutica assumiu lugar central na vida hospitalar desta instituição, entretanto mantiveram a conexão entre caridade religiosa e seus significados, com a ciência médica sem que representasse uma ruptura.

Ao observamos o processo de medicalização de um Brasil litorâneo, percebemos conflitos de interesses e de mentalidades que se arrastam ao longo da história do Brasil até o início do século XX. Como pensar a medicina para longe desses conflitos e próximo de um sertão onde as práticas de cura popular eram ainda mais enraizadas?

3 FRANCISCO AYRES DA SILVA: UM DOUTOR PARA O SERTÃO(1900 – 1930)

Neste capítulo iremos analisar qual era o espaço da medicalização de Francisco Ayres da Silva no sertão brasileiro, através do Jornal “Norte de Goyaz” e seu diário de viagem, intitulado “Caminhos de Outrora”. Francisco Ayres, foi médico no “Médio Tocantins”, região distante dos centros urbanos, equipados com hospitais e/ou outras instituições que prestasse assistência médica aos mais carentes. Devido a essa realidade, o médico Ayres fez com que a medicina acadêmica chegasse ao interior, por meio do jornal, pois divulgou medicamentos, vacinas e notícias sobre saúde e higiene na cidade de Porto Nacional e região do Médio Tocantins.

Nas próximas páginas iremos compreender qual era o saber médico vigente no período em que Francisco Ayres se formou e como foi sua atuação médica neste sertão brasileiro pelo jornal “Norte de Goyaz”. Além do mais, por meio de sua escrita, iremos resgatar e construir, algumas práticas de curas populares executadas por barqueiros e sertanejos que navegaram e viveram aos arredores do rio Tocantins, tendo como referência para esse estudo, seu diário de viagem “Caminhos de outrora”, onde menciona sua navegação pelo rio Tocantins, através do bote Cristal, saindo de Porto Nacional, até Belém do Pará.

Ao iniciar os estudos sobre as práticas de curas e, principalmente, o espaço da medicina acadêmica no sertão brasileiro, no alvorecer do século XX, optamos em investigar as anotações feitas pelo médico Francisco Ayres da Silva, acerca do que vivenciou durante o seu exercício profissional como médico e suas viagens realizadas pelo rio Tocantins.

Francisco Ayres da Silva era filho do coronel²⁰ Joaquim Ayres da Silva e de D. Rachel Pinto Cerqueira Ayres, nasceu em Porto Nacional, no dia 11 de setembro de 1872. Cursou o primário em sua cidade natal, depois frequentou o Seminário de Santa Cruz, em Vila Boa, antiga capital de Goiás, onde concluiu os preparatórios.

Matriculou-se na Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, doutorando-se, no dia 2 de janeiro de 1899, após a defesa e aprovação da sua tese intitulada “*Da Eletrolise medicamentosa nas Artrites*”.

²⁰ Coronelismo – tem suas origens desde a época Imperial, mas seu florescimento, de fato, ocorreu no período da República Velha. O coronelismo tem como características: mandonismo, clientelismo, filhotismo e a transferência informal de poder por herança. Segundo Oliveira (2017) podemos afirmar que o coronelismo é um sistema específico de poder político, uma manifestação do poder público unido com a influência particular dos chefes locais, os donos de terras ou, como foram nomeados, coronéis. (OLIVEIRA. J. F. Origens Desenvolvimento e Aspectos do Coronelismo. Rev. Sem Aspas, Araraquara, v.6, n.1, p. 74-84, jan./jun. 2017).

Depois de formado, o médico retornou para Porto Nacional com a finalidade de implementar um moderno código de postura, que estabelecesse novas normas cotidianas para a população na perspectiva de promover um ambiente saudável para a região (OLIVEIRA, 2010).

A atuação de Francisco Ayres como médico, foi analisada através do jornal: *Norte de Goyaz* e seu diário de viagem, intitulado *Caminhos de Outrora*. O jornal *Norte de Goyaz* foi fundado, em 1905, e serviu como importante veículo de informações, prestando vários tipos de serviços, inclusive medicinais a uma extensa região que forma o Médio Tocantins, no norte de Goiás.

Além deste periódico, temos em mãos seu diário de viagem intitulado *Caminhos de Outrora*. Nele o médico relata três viagens, a primeira, em 1920, descendo numa frágil tosca embarcação a remo o rio Tocantins até Belém no Pará, viagem que iremos analisar neste trabalho, pois é nesta viagem que ele menciona várias práticas de curas populares, realizadas pelos sertanejos dessa região e sua atuação médica ao atender doentes durante o percurso. A segunda, em 1928, saindo a cavalo de Porto Nacional em direção a Bahia, chegando a Formosa do Rio Preto, passando por Barra do Rio Grande, embarcando no rio São Francisco até Pirapora. E, a terceira viagem, em 1929, quando retorna do Rio de Janeiro, em um automóvel, para Porto Nacional.

O médico Francisco Ayres da Silva descreveu, com precisão, detalhes da embarcação, seus métodos de locomoções e suas repartições. Escreveu sobre os lugares onde passou com olhar atento de médico-higienista, observando costumes que, para ele, eram anti-higiênicos e propagadores de infecções.

Sabemos pelo seu diário sobre doenças que ocorreram no transcorrer da viagem, as receitas farmacêuticas indicadas para algum adoentado, os medicamentos e práticas usadas pela população nortista. Não deixou de anotar suas impressões a respeito da fauna e flora da região. Deste modo, através de sua própria análise, refletiremos sobre sua opinião a respeito dos saberes regionais.

No início da pesquisa tive dificuldade de compreender as observações médicas de Francisco Ayres da Silva nos periódicos e em seu diário. A minha dificuldade devia-se ao meu pouco conhecimento sobre saúde e doença. Pois o conhecimento médico envolve uma gama de estudos gerais e específicos como bacteriologia, helmintologia, parasitologia, toxicologia, biologia, botânica, química orgânica e inorgânica, farmacologia, anatomia animal e humana, dentre outras. Além disso, havia o desafio de definir o perfil médico de Francisco Ayres da Silva neste sertão brasileiro.

Para solucionar este problema, buscamos conhecer a história da Faculdade de Medicina e Farmácia no Rio de Janeiro, sobretudo no período em que Francisco Ayres realizou os seus estudos. A partir dessa decisão, aprofundei na temática da história da medicina para compreender o processo de institucionalização ao longo do tempo da profissão médica no Brasil.

Vi a possibilidade de adentrar ao tema, a partir de um novo contexto – a do Médio Tocantins, no norte de Goiás – uma região pouco explorada, a onde a medicina chegou tardiamente. As anotações feitas pelo médico Francisco Ayres da Silva, entre 1900 e 1930, sobre a doença nos sertões, permitiu conhecer a prática médica bem como os saberes populares de uma época.

Segundo o *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da saúde no Brasil (1832-1930)*²¹, o ensino médico na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na década de setenta do séc. XIX, apresentava condições precárias, inexistindo laboratórios e instrumentos básicos para formar adequadamente os que nela ingressassem. A forte centralização do governo de D. Pedro II constituía um grave obstáculo ao desenvolvimento da ciência, repercutindo na administração do ensino superior, atalhando um trabalho livre e criativo, próprio da pesquisa científica.

Academia Imperial de Medicina (AIM)²², funcionou como órgão corporativo, garantindo privilégios para seus membros e criando mecanismos de definição de uma medicina oficial. No artigo 7º do Estatuto da AIM (1835, p.7) determinava que

O lugar de membro da Academia é um título de recomendação para todas as comissões ou empregos relativos ao exercício da medicina; e a ela não poderão ser admitidos aqueles médicos, cirurgiões e farmacêuticos que tenham afixado nos lugares públicos ou divulgado pela imprensa anúncio sobre curativos que fizerem ou sobre a distribuição e venda de remédios que não tenham previamente submetido ao exame e aprovação da AIM, ou de qualquer das faculdades de medicina do Império. As suas memórias serão rejeitadas sem discussão. (FERREIRA, L; MAIO, M; AZEVEDO, N, 1998, p. 481).

²¹ CASA DE OSWALDO CRUZ. Escola Anatômica, Cirúrgica e médica do Rio de Janeiro. *Dicionário histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Fiocruz. Disponível em: < <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/index.php> >

²² A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro criada em 1829, transformou-se em Academia Imperial de Medicina em 1835, no período regencial brasileiro. Isso ocorreu segundo Ferreira, Maio e Azevedo (1998), devido a fragilidade institucional crônica enfrentado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Mesmo sendo uma sociedade científica formalmente reconhecida pelo governo imperial, ela não contava com sustento oficial para sua manutenção, dispondo exclusivamente dos recursos obtidos com as contribuições obrigatórias dos membros titulares. A situação agravou-se durante a crise política decorrente do afastamento de D. Pedro I, ocorrido em 1831. A sociedade de medicina só conseguiu sobreviver graças a patrocínio estatal obtido a partir de 1835, quando a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) passou a ser denominada Academia Imperial de Medicina (AIM) (FERREIRA, Luiz; MAIO, Marcos; AZEVEDO, Nara, 1998).

Segundo Ferreira, Maio e Azevedo (1998), isso significou destinar a estes médicos o reduzido mercado de trabalho da época, os cobiçados postos públicos. Muito mais do que subsídios financeiros, este privilégio selou a aliança entre os médicos da AIM e o estado imperial, imprimindo à medicina um caráter oficial, acompanhado pela gradual perda de autonomia institucional e um rígido controle da vida administrativa e científica por parte da burocracia estatal, numa forma idêntica à que seria adotada, mais tarde, nas faculdades de medicina.

Uma das causas que agravou a centralização e o engessamento das instituições científicas, no âmbito médico, foi a substituição dos periódicos médicos pelos anais oficiais em 1843.

Assim, encerrava-se a fase de maior dinamismo institucional. No período que se estende de 1831 a 1843, as sociedades de medicina não apenas mantiveram com regularidade a publicação de periódicos científicos, como também detiveram prestígio político suficiente para influir na construção do aparato institucional da medicina, destacando-se, nesse caso, a formulação do projeto de implantação das faculdades criadas em 1832 no Rio de Janeiro e na Bahia (FERREIRA, Luiz; MAIO, Marcos; AZEVEDO, Nara, 1998, p. 481).

Isso ocasionou um isolamento intelectual e uma estagnação da Academia Imperial de Medicina (AIM) pois, por intermédio dos periódicos e de outras formas de aparição pública (discurso, relatórios, projetos, consultas), se estabelecia contato direto com os setores letrados da corte, com a elite política governante, conferindo ao discurso médico uma audiência mais ampla (FERREIRA, Luiz; MAIO, Marcos; AZEVEDO, Nara, 1998). Mas os estudantes de medicina expuseram suas opiniões críticas nos periódicos médicos independentes, que circularam no Rio de Janeiro e na Bahia, desde a década de 1860. Eles alertavam os malefícios da centralização das decisões médicas adotadas pela Academia Imperial de Medicina (AIM) e a perda de liberdade acadêmica junto com a autonomia institucional das faculdades de medicina.

Neste mesmo período ocorria o movimento de renovação do ensino médico, o modelo experimental germânico reivindicava seu lugar na medicina brasileira, trazendo como palavras de ordem, o ensino prático e o ensino livre.

As reformas encetadas no início da década de 80 do século XIX foram uma expressão mais imediata do movimento iniciado na década anterior pelas elites médicas, que desejavam reformar as instituições de ensino e pesquisa segundo o figurino germânico. As palavras de ordem, ensino prático e ensino livre, procuravam atingir os pilares do modelo centralizador francês, consolidado no período napoleônico, que inspirara a criação de todas as instituições médicas na década de 50 (CASA DE OSWALDO CRUZ. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil

(1832 – 1930), p. 12).

Conforme Ferreira, Maio e Azevedo (1998) sob a influência e/ou pressão política exercida pelo movimento de renovação da medicina, foram executadas as reformas do ensino médico, em 1879 e 1884; as reformulações da legislação sanitária em 1882 e 1884; a criação da Policlínica do Rio de Janeiro, em 1882, e do Instituto Pasteur do Rio de Janeiro, em 1888; a realização dos dois primeiros congressos médicos nacionais em 1888 e 1889; e o início da circulação regular do jornal *Brazil Médico* em 1887.

Após a Proclamação da República, por meio do decreto nº 1.270 de 10/01/1891, ocorreu nova organização no ensino médico no Brasil. Com este decreto as escolas de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia passaram a denominar-se Faculdade de Medicina e Farmácia.

Francisco Ayres da Silva ingressou no curso de medicina do Rio de Janeiro neste período, num momento em que a faculdade passava a ser - Faculdade de Medicina e Farmácia. Um detalhe importante, que refletiu na atuação como médico no Tocantins, foi a implantação de uma medicina teórica e prática sobre farmacologia e a arte de formular medicamentos.

O decreto que instituiu a nova organização do ensino médico, em 1891, ficou conhecido como *Reforma Benjamin Constant*, aprovado pelo governo provisório do marechal Deodoro da Fonseca e referendado pelo ministro da Instrução Pública, Correio e Telégrafos, Benjamin Constant Botelho de Magalhães. Através dessa reforma, novas disciplinas e práticas médicas foram acrescentadas ao currículo.

O Curso médico passou a ser constituído por 29 cadeiras, distribuídas em 12 seções e seis séries. Novos laboratórios de química analítica e toxicológica e anatomia médico-cirúrgica foram estabelecidos, e passou ser obrigatória a frequência dos alunos. As disciplinas classificavam-se de modo original:

- *ciências físicas e naturais*: física médica, química inorgânica médica, química orgânica e biológica, química analítica e toxicológica, botânica e zoologia médicas, **farmacologia e a arte de formular**; - *ciências que entendem com a estática e a dinâmica do homem são*: anatomia descritiva, anatomia médico-cirúrgica e comparada, fisiologia e histologia; - *ciências que entendem com a estática e a dinâmica do homem doente*: patologia cirúrgica, patologia médica, patologia geral e história da medicina, operações e aparelhos, anatomia e fisiologia patológicas, medicina legal, clínicas propedêutica, cirúrgica, médica, ginecológica, pediátrica, dermatológica e sifilográfica, oftalmológica, psiquiátrica e de moléstias nervosas; - *ciências que entendem com a estática e a dinâmica do homem são e do homem doente*: obstetrícia e clínica obstétrica, higiene e mesologia (CASA DE OSWALDO CRUZ. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832– 1930), p. 12).

O ensino livre foi permitido, admitindo-se a possibilidade de cursos livres, particulares, gratuitos ou remunerados, após a autorização da direção da instituição. Esta reforma também mencionava, no parágrafo único do artigo 7º, que “ninguém poderá exercer nos Estados Unidos do Brasil qualquer ramo da arte de curar, não sendo licenciado ou graduado pelas Faculdades Federais”, concedendo ainda um controle firme e centralizado sobre as questões medicinais e, ao mesmo tempo, estabelecendo controle e fiscalização técnica e científica sobre a atuação médica no país.

A inserção e a consolidação do modelo de ensino prático-experimental inspirado nas universidades alemãs dentro do ensino médico brasileiro, no final do século XIX, no mesmo momento em que os periódicos independentes e/ou médicos demonstravam sua importância como veículos de informações e debates sobre saúde, doença, medicamento, educação médica e o exercício da profissão. Esse contexto influenciou a atuação médica de Francisco Ayres da Silva, já nas primeiras décadas do século XX, pois ele utilizou jornais com o objetivo de educar a população e chamar a atenção da opinião pública de Porto Nacional e região, da importância de combater doenças como a varíola, através da vacinação.

Avisamos aos nossos concidadãos que o nosso redator chefe está à disposição do público do município para a vacinação e revacinação, todos os dias úteis, de 1 às 3 horas da tarde, em seu consultório, à rua 15 de Novembro. É oportuno lembrar que a primeira vacina, segundo é corrente em ciência, imuniza o indivíduo contra a varíola, por cinco anos, a segunda por 7 etc. Outro sim que a vacina é o único preventivo contra a varíola, hoje reconhecido e adaptado no mundo inteiro; que vacina nenhuma mal causa ao vacinado e a todo o tempo o indivíduo pode ser vacinado. Ainda que a vacina braço à braço, isto é, a utilização do Pus vacínico de um vacinado é perigosa e muito nociva por que pode transmitir, de um para outro, a sífilis, a tuberculose, a lepra e muitas outras moléstias de que acaso possa estar contaminado o portador da pústula vacinal (SILVA. **Norte de Goyaz**. Porto Nacional, n. 63. 30, abr. 1908. p. 4).

Podemos perceber a preocupação em explicar para o leitor do *Norte de Goyaz*, de como deveria ocorrer o processo de vacinação, a importância de higienizar e evitar o contato com o pus de um vacinado. Isso porque a vacinação ocorria de braço em braço, e a transmissão de muitas outras moléstias como sífilis, tuberculose, lepra e muitas outras, poderiam ser transmitidas se por um acaso o portador da “pústula” estivesse contaminado com alguma destas.

Outro fator importante é a informação de quanto tempo demorava a imunização de cada vacinação, além de tentar deixar claro ao seu leitor de que a vacinação era o único meio preventivo contra a varíola.

A vacinação antivariólica teve início, no Brasil, em 1811, com a criação da Junta Vacínica da Corte, instituída por D. João VI. Para Fernandes (2010) a vacinação obrigatória, no entanto, só foi instituída, em 1832, em grupos específicos, e ampliada em 1846, pelo decreto de criação do Instituto Vacínico do Império, até sua extinção em 1886, quando a vacinação passa a ser responsabilidade da Inspetoria Geral de Higiene. O alcance e a difusão da vacina e de outros processos de imunização, no final do séc. XIX, e nas três décadas iniciais do século XX, contavam com a iniciativa particular, médico ou não.

Importante ressaltar que o número de pessoas que se vacinavam era irrisório no alvorecer do séc. XX. Fica claro que ainda era algo muito novo e desconhecido no Brasil, e o médico não sabia, ao certo, a origem da doença, nem as consequências do efeito da vacina, embora, desconfiasse de que, naquele momento, a única forma eficaz de prevenir a doença era através da vacinação. Não podemos esquecer de que, em 1904, ocorre a Revolta da Vacina²³, no Rio de Janeiro, numa nítida demonstração de que a vacinação não era uma prática aceita pela população brasileira.

De acordo com Benchimol (2003), o combate à varíola dependia da vacina, seu uso fora declarado obrigatório, no século XIX, por leis nunca cumpridas. Em junho de 1904, Oswaldo Cruz apresentou à câmara dos deputados o projeto de lei reinstituindo a obrigatoriedade da vacinação e revacinação em todo país, com cláusulas rigorosas, que incluíam multas aos refratários e a exigência de atestados para matrículas em escolas, acesso a empregos públicos, viagens etc.

²³ No final de 1904, chegava a 1.800 o número de internações devido à varíola no Rio de Janeiro. Mesmo havendo a vacina contra a varíola os populares rejeitaram-na, pois corria o boato de que quem se vacinava obtinha características bovinas, visto que a vacina consistia no líquido de pústulas de vacas doentes com o vírus do cow-pox. Após intenso bate-boca no Congresso, no dia 09 de novembro foi aprovada a obrigatoriedade da vacina em todo território nacional. Apenas os indivíduos que comprovassem ser vacinados conseguiriam contratos de trabalho, matrículas em escolas, certidões de casamento, autorização para viagens etc. O povo que já se sentia tão oprimido, devido ao ‘bota abaixo’ do prefeito Pereira Passos com a derrubada de casarões e cortiços espalhados pelo centro da capital, considerados como antros de doenças infectocontagiosas, não aceitava ver sua casa invadida pelos agentes de saúde e ter que tomar uma injeção contra a vontade, devido a isso a população foi às ruas protestar. O caos foi instalado na Capital Federal, - ‘tiros, gritos, vaias, interrupção de trânsito, estabelecimentos e casas de espetáculos fechadas, bondes assaltados e bondes queimados, lampiões quebrados à pedrada, árvores derrubadas, edifícios públicos e particulares deteriorados’ – informava a edição de 14 de novembro de 1904 da Gazeta de Notícias. Após um saldo total de 945 prisões, 461 deportados, 110 feridos e 30 mortos em menos de duas semanas de conflitos, Rodrigues Alves (Presidente da República) se viu obrigado a desistir da vacinação obrigatória - (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Revolta da Vacina:** Fiocruz de notícias. Manguinhos, Rio de Janeiro. 25 abr. 2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>>. Acesso em: 15 jun. 2021).

Quando os jornais do Rio de Janeiro publicaram, em 9 de novembro de 1904, o esboço do decreto que iria regulamentar o “Código de Tortura”, a Revolta da Vacina paralisou a cidade por mais de uma semana (SEVCENKO, 1984; CHALHOUB, 1996; BENCHIMOL, 2003).

Para Tania Fernandes (2010), diferentes técnicas foram empregadas para impedir a disseminação da varíola, como a variolização, inoculação, a transplantação e a vacinação se constituíam na implantação de agentes virais semelhantes (vírus da varíola e do *Cow-pox*), que produziam pústulas locais similares e que podiam induzir a fabricação de anticorpos capazes de imunizar o organismo contra as duas doenças.

A elucidação do processo imunológico e da fabricação de vacinas em escala industrial só ocorrerá no decorrer do séc. XX. Diante da inocuidade da vacina e da consequente perda da defesa contra a doença dos indivíduos vacinados, no final do séc. XIX e início do séc. XX, uma das medidas adotadas foi a implantação de uma nova vacina extraída diretamente do corpo de bovinos, inoculado com o vírus do *cow-pox*, e a revacinação.

As duas medidas – vacinação animal e revacinação – geraram amplas discussões e provocaram uma série de reações contrárias, dentre elas, as justificativas antivacínicas, que associa a vacina a outras doenças que poderiam ser transmitidas através da inoculação, principalmente da vacina humanizada. Assim, surgia uma gama enorme de doenças passíveis de transmissão, sendo a tuberculose, a sífilis, a lepra e a erisipele as mais recorrentes doenças mencionadas pelo Dr. Francisco Ayres ao mencionar a importância da vacinação e revacinação contra a varíola em Porto Nacional.

A revacinação era outro problema a ser solucionado, pois se hoje verificamos dificuldades com a segunda e terceira dose da vacina contra a ‘*covid 19*’, em pleno século XXI, imaginemos ter que convencer as pessoas a se revacinarem numa época que não se conheciam o agente etiológico da doença e nem o princípio do processo imunizador. Ouseja, se já era difícil convencer a população a vacinar-se, mais complexo tornava-se o convencimento no caso da revacinação entendida como uma indicação de falha técnica na aplicação da primeira dose.

Na virada do séc. XX, o Brasil irá produzir conhecimento no âmbito da medicina, com base experimental a partir da criação de institutos de pesquisa e da produção de imunoterápicos. Nesse cenário, destacaram-se o Rio de Janeiro e São Paulo, com a introdução do laboratório experimental de microbiologia e imunologia, o que possibilitou isolamento do vírus e o seu cultivo em tecido celular.²⁴

²⁴ A técnica de cultura de tecidos para o cultivo do vírus foi introduzida somente em 1925, por Pasker e Nye. Já a cultura do vírus vacínico em ovo embrionado surgiu em 1931 com os trabalhos de Goodpasture, sendo de extrema importância para a produção do imunoterápicos (FERNANDES, 2010).

O médico Francisco Ayres realizou ações de prevenção e educação higiênica, apresentou estatísticas sobre o quadro sanitário da região onde vivia, escreveu artigos sobre o tema, fez propaganda onde encontrou espaço e publicou no jornal - *Norte de Goyaz*, de sua propriedade, assuntos relacionados a saúde e doença. Ele foi designado, em 1908, o principal fiscal de profilaxia contra a varíola nas cidades de Porto Nacional, Pedro Affonso e Natividade, no Tocantins.

(...)Sabemos que o Exmo. sr. Cl. M. da Rocha Lima, atendendo reiterados pedidos de diversos municípios do Norte, no tocante **avaríola**, resolveu comissionar os Exmo. Sr. Dr. Antonio Borges dos Santos e **Ayres da Silva**, clínicos em Santa Maria e **Porto Nacional**, afim de se incumbirem da profilaxia da referida moléstia, empregando os meios que lhes fossem ao alcance em prol da saúde publica em faceda iminência do contágio acima dito. Ao Exmo. sr. dr. Borges foi incumbida a vigilância profilática nos municípios fronteiros à Bahia e do duro para o Sul, **ficando a cargo do redator desta folha os municípios do Porto, Pedro Affonso e Natividade**. A providencia adoptada denota o grande zelo do Exmo. Governo do Estado pelo bemestar coletivo, no norte, pelo que, registrando-a, só temos palavras de agradecimento e de louvores ao Exmo. sr. dr. cl Rocha Lima, a quem em tão boa hora foram confiados os destinos de nosso futuroso Estado(SILVA. **Norte de Goyaz**. Porto Nacional, n. 63. 30, abr. 1908. p. 4. **Grifo nosso**).

Contando com poucos recursos públicos e filantrópicos, a instalação de postos de profilaxia tinha como estratégia fomentar campanhas no combate de endemias, educar a população e chamar a atenção da opinião pública. As campanhas profiláticas, proliferadas no início do século XX, tinham o fim de imprimir na política dirigente a necessidade de uma política sanitária, sobretudo, com o objetivo de produzir uma legislação sanitária favorável a população brasileira.

Para Hochman (2012), a maioria das pesquisas acadêmicas divide o movimento sanitarista em dois períodos fundamentais. O primeiro, entre 1903 e 1909, marcado pela gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde, no Distrito Federal e portos.

A principal característica dessa fase foi a ênfase no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola. A partir dessa informação percebemos que Porto Nacional e região foram alertadas do perigo da varíola, através do *Norte de Goyaz*, demonstrando que Francisco Ayres fora influenciado pelo movimento sanitarista, o que deixa claro que o Norte não era um sertão abandonado e esquecido, pelo menos para elite local e seus apadrinhados.

Para Castro Santos (1993), o fator determinante das políticas públicas de saúde, nesse primeiro período, seria a necessidade de livrar o país dos prejuízos causados ao comércio

exterior pelas péssimas condições sanitárias da Capital Federal e de seu Porto. Cabe ressaltar que São Paulo havia implementado ações de saneamento na cidade portuária de Santos e na capital, dentro da lógica econômica, acrescida da ênfase na política de imigração e da cafeicultura paulista.

Quando Oswaldo Cruz assumiu a direção da Saúde Pública Federal, propôs ao Congresso que o Instituto Soroterápico Federal fosse transformado em um Instituto para estudo das doenças infecciosas tropicais. A ideia era seguir as linhas do Instituto Pasteur de Paris, com novos laboratórios, novas linhas de pesquisas, fabricação de soros e vacinas e o ensino da microbiologia.

Os pesquisadores eram incentivados a atender às demandas da saúde pública, mas com liberdade para escolher seus objetos de pesquisa. Com frequência, cada vez maior, os pesquisadores, cientistas e médicos deveriam se embrenhar pelos sertões brasileiros para combater doenças como a malária, principalmente, colocando suas *expertises* a serviços de ferrovias, hidrelétricas, obras de infraestrutura, empreendimentos agropecuários ou extrativos (BENCHIMOL, 2018)²⁵. Com isso, teriam oportunidade de estudar patologias pouco ou nada conhecidas, e recolher materiais biológicos que dariam amplitude às coleções biológicas do instituto e aos horizontes da medicina tropical no Brasil.

A segunda fase do movimento sanitarista entre (1910 e 1920), também influenciou a atuação do médico Francisco Ayres, verificada, principalmente, em suas ações e observações citadas em seu diário de viagem *Caminhos de outrora*.

Seguindo a reflexão de Hochman (2012) e Castro Santos (1993), esse segundo momento teria como característica fundamental a ênfase no saneamento rural, em especial o combate a três endemias rurais como a ancilostomose, malária e o mal de Chagas, a partir do momento da entrada pelos sertões e dos habitantes abandonados e doentes, tudo isso pensando-se na possibilidade de curá-los e de integrá-los à comunidade nacional.

Diferente do período anterior, a segunda fase da reforma sanitária se apresentava como um caminho para a construção da nação no bojo de uma corrente nacionalista, que recusava o determinismo racial e climático como explicação do Brasil e dos brasileiros. Para essa linha de interpretação, as medidas decorrentes da campanha pelo saneamento do interior do Brasil tiveram como consequência a constituição de agências e políticas governamentais em saúde pública e saneamento.

²⁵ BENCHIMOL, J. L. Revolução Pasteuriana na saúde pública e na pesquisa biomédica brasileira. TEIXEIRA, Luiz; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto (orgs.) História da Saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2018.

O caráter nacionalista do sanitarismo da primeira república destaca as políticas desaúde como resultado de estratégias da classe dominante e aborda seu desenvolvimento associado à dinâmica do capitalismo tanto do ponto de vista doméstico como internacional (FERNANDES, 2010; HOCHMAN, 2012)²⁶.

Os sanitaristas, dirigentes públicos da saúde, intelectuais, foram, pouco a pouco, subordinados aos interesses dos grupos dominantes nacionais e estrangeiros. Mas, apesar da reforma sanitária se mostrar otimista e atuante no início da República Velha, o movimento sanitarista deve ser tratado como expressão de uma lenta e crescente problemasanitário como de interdependência da sociedade brasileira.

Até fins do século XIX, a perspectiva contagionista atribuiu a difusão das doençasaos microrganismos. No entanto, não se tinha evidências científicas, o que acabou gerando um programa de ação que procurava evitar o contato de indivíduos doentes comos saudáveis. Assim, reforçava o papel da autoridade pública na regulação de inúmeras atividades como controle do fluxo comercial, nacional e internacional, deslocamento populacional, especialmente, quanto a imposição da quarentena para impedir que navios suspeitos conduzissem doentes.

Conforme Hochman (2012), ao longo do século XIX, ou pelo menos até sua comprovação pela bacteriologia, a aceitação da ideia de infecção e contágio através de microrganismos, conhecida como *teoria do germe*, esteve sempre associada ao intenso debate e invariável conflito em torno das medidas a serem tomadas para que se evitassemdoenças, em especial, aquelas epidêmicas.

As ações de combate às epidemias tiveram sérias implicações no comércio, nopapel da autoridade pública, na liberdade individual e na ordem política que se traduziramnas posições anticontagionistas e contagionistas. A dramaticidade e o pânico produzido pela epidemia tornou-se tema privilegiado para análise do problema de interdependência. Assim, epidemias como a da febre amarela, a de cólera e da gripe espanhola, para muitos autores como: De Swaan (1990); Fraser (1984) e Crosby (1989), são os exemplosmais citados sobre impactos sociais, culturais e políticos da doença entre meados do século XIX e as primeiras duas décadas do XX.

²⁶ FERNANDES, T. M. D. Vacina Antivariólíca: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. & HOCHMAN, G. A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 2012.

A descoberta de que os micróbios era uma ameaça pública e, além do mais, estavam em todos os lugares, desenvolveu a ideia de que todos os indivíduos ficavam inexoravelmente interligados seja pela ameaça seja pelos benefícios da prevenção. Com isso, foi possível criar efetivamente a ideia de comunidade na qual a responsabilidade pela profilaxia e cura da doença tornava-se uma obrigação moral e política.

Neste sentido, o resultado da sociabilidade gerada pelo micróbio da doença, promoveu o conhecimento médico como o único capaz de impedir e sanar os efeitos negativos da “doença que pega” e um sentimento de comunidade nacional, associado a demandas pelo aumento das responsabilidades do poder público.

Emerge daí a consciência de se pertencer a uma comunidade mais ampla, que pode ser estendida até a ideia de comunidade nacional, formada por seres, cidades e regiões que se percebem como interdependentes. São indivíduos e espaços, agora, interligados, ou igualados, pelos germes, pelos mosquitos, moscas, ratos, lixo não tratados, esgoto despejado ao longo dos rios, viajantes e imigrantes que se deslocam portando doenças, falta de controle sobre alimentos que, produzidos em determinado lugar, são consumidos em diversas localidades, etc. (Marcus, 1979). Assim, desenvolveu-se a percepção de que a situação sanitária de uma localidade – por ações equivocadas, por inação ou por quaisquer outros motivos – poderia, por mecanismos direto e indiretos de transmissão, atingir negativamente as demais, quando não contribuíram para que tal ocorresse. O conhecimento médico estabelecido deveria ser utilizado para impedir ou sanar os efeitos negativos da *doença que pega*. Tal consciência da interdependência social significaria a consciência da necessidade de administrar os elos de interdependência social, demandando, ao final, algum arranjo supralocal que desse conta da extensão e complexidade vinculadas a esse novo sentimento comunitário (HOCHMAN, 2012.p. 58)

Os enunciados anteriormente citados sobre a vacinação e a campanha de profilaxia contra a varíola, em 1908, na cidade de Porto Nacional, pelo jornal *Norte de Goyaz*, demonstra que o atual Tocantins não estava totalmente isolado das técnicas e práticas medicinais acadêmicas vigentes da época. Isso mostrava que no interior também houve informações e intercâmbios de medicamentos, elucidando a tese de que é um equívoco continuar afirmando que boa parte do interior do país era um lugar desprovido de informações e tecnologias apesar de reconhecermos de que a medicina acabava direcionada há uma elite da região norte.

Há também nesta mesma edição do *Norte de Goyaz* um enunciado sobre um remédio homeopático.

A HOMOPATHIA DE SOUZA SOARES – Medicamentos de grande eficácia curativa. Reconhecida durante mais de 30 anos de vendas progressivas. Vastos laboratórios na EUROPA e no BRASIL. Substâncias

puras – verdadeiramente garantidas -, colhidas nos próprios lugares de sua natividade, como ensina Hahnemann. Preparações a máquina. Produtos altamente premiados por diversas Academias e Exposições, nacionais e estrangeiras (SILVA. **Norte de Goyaz**. Porto Nacional, n. 63. 30, abr. 1908. p. 3)

Interessante notar que ao mencionar que o remédio homeopático de Souza Soares era reconhecido como eficaz mais de trinta anos, logo em seguida nos informa que este fármaco era vendido em vários laboratórios europeus e brasileiros, pois foi premiado por diversas Academias, Exposições, nacionais e estrangeiras.

A homeopatia no grego significa “homoion” similar e “pathos” doenças, é um sistema científico e filosófico baseado no princípio vitalista²⁷. Esta ciência tem por fundamento quatro princípios básicos: a lei dos semelhantes, a experimentação em homem sadio, as doses mínimas e o medicamento único. O estudo destes quatro princípios permite compreender grande parte da prática homeopática. Além disso, pode ser considerada uma especialidade médica e farmacêutica, que consiste em ministrar doses mínimas de medicamentos ao doente para evitar intoxicação e estimular a reação orgânica do corpo para que este produza anticorpos contra agentes maléficos a nossa saúde.

A homeopatia se propõe a entender e interpretar o fenômeno do adoecimento dentro da realidade específica de cada paciente, não se restringindo apenas a caracterização do evento patológico. A proposta terapêutica homeopática não se restringe a afastar sintomas ou eliminar queixas; busca-se compreender o enfermo dentro da especificidade do seu processo de adoecimento, o que inclui aspectos da relação do doente com sua doença e os sentidos que ele atribui a esta experiência. Isto permite entender o indivíduo adoecido no processo de resgate de sua singularidade. Porto Nacional, no Médio Tocantins, era o centro difusor de informações de vários serviços.

²⁷ O Vitalismo é a doutrina filosófica que admite um princípio vital distinto tanto da alma como do corpo, estando na dependência deste princípio as funções orgânicas. Nesta concepção o corpo físico dos seres vivos é animado e dominado por um princípio imaterial chamado força vital, cuja presença distinguiria o ser vivo dos corpos inanimados e sua falta ou falência determinaria o fenômeno da morte. No Vitalismo a força vital é definida como a unidade de ação que rege a vida física, conferindo-lhe as sensações próprias da vida e da consciência. Este princípio dinâmico, imaterial, distinto do corpo e do espírito, integra a totalidade do organismo e rege todos os fenômenos fisiológicos. O seu desequilíbrio gera as sensações desagradáveis e as manifestações físicas a que chamamos doença. As manifestações patológicas da estrutura celular seriam a consequência precoce do desarranjo desse princípio vital, o qual constitui o elemento reativo inicial do desequilíbrio. No estado de saúde mantém as partes do organismo em harmonia. Sua natureza não pôde até hoje ser comprovada, mas admite-se que estaria próxima de outras manifestações energéticas do ser vivo, como a energia calórica e a bioelétrica. (FUTURO. Débora O. **Fundamentos da Homeopatia**. Florianópolis: UFSC. [2013]. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/647/1/Fundamentos da filosofia homeopatica.PDF](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/647/1/Fundamentos_da_filosofia_homeopatica.PDF)> Acesso em: 10 jun. 2021).

Porto Nacional, no Médio Tocantins, era o centro difusor de informações de vários serviços. Como já foi mencionado, anteriormente, era nesta cidade que ocorria assistência médica promovida pelo médico Francisco Ayres e lugares próximas como o distrito do Carmo e Pedro Afonso, visto que:

DEZASTRE – No sitio Conceição – **Distrito do Carmo** – pela manhã do dia 22, deu-se lamentável desastre em que saiu bastante contundidaem uma das mãos Da. Delfina da Cruz Vianna Santos, esposa do laborioso lavrador nosso amigo sr. Ciriaco Valentim dos Santos. Achava-se o sr. Ciriaco em uma moagem, sendo em tão sua senhora um dos auxiliares, ‘accapando-se’ no perigoso serviço de fornecer a cana ao engenho. Em dado momento em que o serviço marchava com toda regularidade, aconteceu o lamentável desastre, sendo então colhidapelas moendas do engenho a mão da pobre senhora. **A doente foi imediatamente transportada em rede para esta cidade, achando-seaos cuidados médicos do nosso diretor Dr. F. Ayres, que foi logo chamado para prestar os necessários socorros.** Os nossos votos são para que em breve se restabeleça a laboriosa senhora. Na Quinzena passada sujeitou-se a uma intervenção cirúrgica sofrendo melindrosa operação o sr. Cap. Theodomiro L. de Souza, comerciante estabelecidoem **Pedro Affonso** e que se acha aqui em tratamento. É bastante animador o estado do doente e o nosso desejo é que em breve S. S. se ache completamente restabelecido dos seus sofrimentos (SILVA. **Nortede Goyaz**. Porto Nacional, n. 63. 30, abr. 1908. p. 3. **Grifo nosso**).

Na época despontou uma nova geração de médicos brasileiros como: Francisco Fajardo; Eduardo Chapot Prévost, Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Vital Brazil, EmílioRibas, Belisário Penna, Carlos Chagas, dentre outros²⁸.

²⁸ **Francisco Fajardo**: um dos pioneiros da microbiologia e da medicina tropical no Brasil, foi chefe do Laboratório de Bacteriologia do Instituto Sanitário Federal, dedicou grande parte de sua carreira às pesquisas sobre o parasito da malária, além do cólera-morbo, o beribéri, a piroplasmose bovina e a espirilosedas galinhas; - **Eduardo Chapot Prévost**: médico-cirurgião, participou da comissão que foi a Berlim para estudar a tuberculose e o processo proposto por Robert Koch para curá-la. Em 1899, chefiou a comissão daDiretoria Geral de Saúde Pública, da qual fez parte Oswaldo Cruz, que foi a Santos para investigar e combater um surto de peste bubônica. Dessa empreitada nasceriam o Instituto Soroterápico Federal, no Rio,e o Instituto Soroterápico do Estado de São Paulo; - **Oswaldo Cruz**: médico sanitaria, um dos fundadoresda medicina experimental no Brasil, em 1900, assumiu a direção técnica do Instituto SoroterápicoFederal/Manguinhos que o levaria à direção da Saúde Pública em 1903; **Adolfo Lutz**: cientista versátil com bagagem de experiências em clínica, bacteriologia, helmintologia (vermes) e entomologia (insetos: mosca, mosquito), comandou o Instituto bacteriológico de SP criado em 1892; - **Vital Brasil**: que se singularizou pelos trabalhos fundamentais na área do ofidismo (soros contra veneno de cobras), além de comandar o Instituto Soro terapico do Butantã. - **Emílio Ribas**: um dos primeiros a combater o mosquito transmissor da febre amarela, em 1896, foi diretor do Serviço Sanitário de São Paulo; - **Belisário Penna**: médico sanitaria, destacou-se como incansável publicista à frente da Liga Pró-Saneamento; - **Carlos Chagas**: médico sanitaria, foi chefe da comissão de estudos sobre a profilaxia da malária em Minas Gerais em 1907, em 1909 descobre que um inseto hematófago (barbeiro) que proliferava nas paredes de pau-a-pique das casas era o vetor da doença produzida pelo protozoário - trypanosoma cruzi, que ficou conhecida internacionalmente como doença de Chagas, e, em 1912, obteve o prêmio Schaudinn, do Instituto Naval deMedicina de Hamburgo (EDLER, 1996; 2003; 2006).

Esses cientistas tiveram a preocupação de publicar em periódicos nacionais e internacionais, e remeter materiais relacionados às doenças tropicais a instituições como: Museu Britânico; Instituto de Higiene de Heidelberg de Berlim; Instituto de Moléstias Infecciosas de Berlim; Escola de Medicina Tropical de Hamburgo; Escola de Medicina Tropical de Londres; Escola de Medicina Tropical de Liverpool; Instituto Pasteur de Paris (EDLER, 1996; 2003; 2006).

Em 1910, Francisco Ayres da Silva em sua trajetória de médico, conquistou títulos científicos importantes. Foi admitido como “Sócio Honorário com Medalha de Primeira Classe por mérito científico universitário da Academia Físico-química Italiana de Palerm” e, em 1931, foi-lhe conferido o diploma de *Sócio Correspondente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro* (SILVA, 1999)²⁹.

Francisco Ayres da Silva será influenciado pela geração de médicos acima mencionados e utilizou seu jornal como veículo de divulgação, de técnicas, medicamentos, intercambio científico e com acesso aos saberes medicinais nas regiões interioranas brasileiras, onde não havia instituições médicas e/ou difícil acesso a assistência médica, principalmente aos populares do Sertão do Alto e Médio Tocantins. Como exemplo, temos a divulgação de um medicamento do Rio Grande do Sul, divulgado pelo jornal *Norte de Goyaz* chamado de *Peitoral de Cambará*, de autoria do Visconde de Souza Soares. Este medicamento era indicado para infecções pulmonares, bronquites, coqueluche, asma, rouquidão e qualquer tosse. No final, havia a informação dos médicos, farmacêuticos e farmácias que vendiam esse medicamento no Rio de Janeiro.

(...) O Peitoral de Cambará, que é o melhor remédio para as afecções pulmonares, bronquites, coqueluche, asma, rouquidão e qualquer tosse, tem o seu Deposito Geral no Estabelecimento Industrial Farmacêutico SOUZA SOARES, em Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul. Vende-se em todas as farmácias e drogarias do Brasil. Depositários no Rio de Janeiro: Adolpho Ubaldino; Xavier, Silva, Gomes & C; Godoy Fernandes & Paiva; A. Mallet Soares Costa, Gaspar & C; Araujo Freitas & C; Julio de Almeida & C (SILVA. **Norte de Goyaz**. Porto Nacional, n. 64. 15, mai. 1908. p. 3)

Também havia no espaço de divulgação deste medicamento, uma carta do senhor Carlos Augusto Peixoto de Alencar, major de cavalaria do exército brasileiro, residente no Rio Grande do Sul, elogiando o medicamento, além de fazer uma observação que após oito dias consecutivos de uma tosse violenta, além de vômitos a ponto de ficar sufocado, lembrou de

²⁹ Informação citada por Altamiro de Moura Pacheco, no prefácio do livro - SILVA, Francisco Ayres. Caminhos de Outrora: diário de viagem. 2. Ed. – Porto Nacional: Prefeitura Municipal, 1999.

tomar o *Peitoral de Cambará*, conseguindo o restabelecimento da saúde, apenas com um frasco do remédio.

TOSSE VIOLENTA – O Sr. Carlos Augusto Peixoto de Alencar, digno major de cavalaria do exército brasileiro, residente em S. Borja, Rio Grande do Sul. Dirigiu ao Visconde de Souza Soares, autor do **Peitoral de Cambará**, a seguinte carta, enaltecendo as propriedades do mesmo remédio: - [...] Atacado de uma tosse violenta, pertinaz, tendo tido por espaço de oito dias consecutivos, pela manhã, vômitos a ponto de ficar sufocado, lembrei-me tomar o seu precioso medicamento **Peitoral de Cambará**, e, com um só frasco, fiquei restabelecido, pelo que o felicito. Com toda a consideração, subscrevo me, etc. – Carlos Augusto P. de Alencar – (Firma reconhecida) (SILVA. **Norte de Goyaz**. Porto Nacional. n. 64. 15, mai. 1908. p. 3).

Mas um fator intrigante que deixou pontos de interrogações dentro da pesquisa, foi perceber que não havia menção nenhuma sobre benzedeiros(as), curandeiros(as), parteiras e outros agentes de curas no jornal *Norte de Goyaz*, demonstrando que neste periódico não havia espaço para práticas de curas populares, apenas às médicas e farmacêuticas.

Depois de dias e noites de reflexões, percebemos que não era algo tão estranho dese esperar visto que Francisco Ayres pertencia a classe médica, letrada, privilegiada da região, identificado com o pensamento republicano, positivista e ‘civilizador’ da época.

Consequentemente, uma postura favorável às práticas populares de curas seria evidentemente condenada por seus pares, pois os médicos do Rio Grande do Sul, por exemplo, frequentemente, atacavam curandeiros, feiticeiros, chamando-os de charlatões, aproveitadores da ingenuidade e denunciando o estado de ignorância dos mais carentes e adoentados do Brasil (WEBER, 2004).

Entretanto, sua postura não é de ataque e nem de crítica, mas de silêncio e omissão para com eles(as), visto que, nos acervos do *Norte de Goyaz*, pesquisados através da *Hemeroteca Digital*, não há nenhuma alusão, em artigo, citação sobre esses agentes de curas.

De acordo com Weber (2004), na região sul do país, os jornais identificados como pensamento republicano é unânime em condenar práticas diferenciadas de tratamento, especialmente as identificadas com as crendices populares. A medicina insistia na necessidade da adoção de medidas científicas, incitando os responsáveis a estabelecer socorros médicos à pobreza para que estes não ficassem à mercê de remédios caseiros, da bondade divina ou de curadores que exerciam influência na população mais carente.³⁰

³⁰ WEBER, B. T. Fragmentos de um Mundo Oculto: práticas de cura no sul do Brasil. Rio de Janeiro Editora Fiocruz, 2004

A postura de silêncio e omissão do *Norte de Goyaz* para com o tema dos benzedores, curandeiros, garrafeiros (raizeiros) etc. estava atrelada a um ideal de civilização em que esses práticos de curas não faziam parte. A propósito, para parte dos médicos dessa época, a população que se utilizava dos serviços de curas populares, deviaser educada e regenerada por meio da denúncia, silêncio ou omissão dos sucessos de curas populares para evitar que outros seguissem o mesmo caminho, pois a doença e o corpo enfermo deve ser tratado a partir desse momento, apenas pelo médico formado.

É preciso cautela para reconstituir o imaginário das práticas de curas populares praticadas no Médio Tocantins, no *Norte de Goyaz*, pois não há vestígios sobre tais práticas. Inquieto com essa situação, procuramos evidências em outros periódicos que circularam pela região Norte do Brasil, principalmente nos Estados do Maranhão e Pará, por constituir-se os '*Médio e Alto Tocantins*'. Os únicos disponíveis pela Hemeroteca digital foram: dois jornais paraenses: *O Norte* (1880) e o *Correio do Norte: Periódico Semanário* (1882 - 1883); e a *Revista do Norte* (1902), do Maranhão.

Nestes periódicos mencionados também não foi encontrado nenhuma alusão aos práticos de curas, seus ritos e ervas medicinais, apenas terapias médicas, medicamentos (fármacos), laboratórios, reconhecidos nacionalmente e internacionalmente. Como evidência, em 1902, na '*Revista do Norte*', do Maranhão, encontramos enunciados referentes, a drogarias, cirurgia dentista e medicamentos dos Estados Unidos.

Enunciado sobre o cirurgião dentista Monteiro de Sousa, oferecia um serviço com anestesia e técnicas da escola dentária de Paris.

Coloca dentaduras sem chapa, coroas d'ouro e de porcelana, dentes a pivô, etc. Obtura dentes a ouro, platina, granito e a blocos de porcelanadura, pelo maravilhoso processo do professor Chauvin, da escola dentaria de Paris. Corrige qualquer desvio dentário. Cura radicalmente fistulas e abcessos gengivais. Possuindo os mais poderosos anestésicos, garante efetuar sem a mínima dor todas as operações dentarias. Consulta das 8 horas da manhã às 4 horas da tarde, à praça do Carmo, n. 18, sobre a joalheria do Sr. Mojoli - (TEIXEIRA, Alfredo; LOBO, Antonio. **A Revista do Norte**. Maranhão, n. 17. 1, mai. 1902. p. 16).

Sobre os medicamentos dos Estados Unidos, temos a informação que um deles era uma '*emulsão*' muito apreciada pela clientela e pelos médicos, pois servia tanto para remediar quanto para prevenir várias enfermidades (no enunciado não há menção sobre quais são essas 'várias enfermidades' tratadas por esse fármaco). A '*Emulsão de Scott*', era feita de óleo de fígado de bacalhau, com hipofosfito de cal e sódio, utilizado para fortalecer o corpo, purificar o sangue e tonificar os nervos.

MAIS VALE PREVENIR [...] Quando temos que remediar basta lançar mão da emulsão de Scott de óleo de fígado de Bacalhau, com Hipofosfito de Cal e Soda, que aperto de três décadas, está em uso como mais satisfatórios resultados em todos os casos indicados pela sua composição. Como reconstituente é a preparação favorita dos médicos. Serve de remédio e alimento ao mesmo tempo e no arsenal terapêutico difícil será encontrar arma de eficácia semelhante que combata tantas enfermidades. Quanto a prevenir: Quantas vidas não tem salvo a Emulsão de Scott! Quantas mais não teria salvo se se aplicasse a temponos casos de moléstias debilitantes! A Emulsão de Scott fortalece o corpo, purifica o sangue e é excelente tônico para os nervos. Corpos sem força para resistir a doença são prezas fáceis de moléstias e muitas vezes vítimas fatais. A Emulsão de Scott é um grande preventivo - (TEIXEIRA, Alfredo; LOBO, Antonio. **A Revista do Norte**. Maranhão, n. 17. 1, mai. 1902. p. 16).

No final do enunciado, depois de mencionar que a emulsão tratava constipação, entendida como uma doença neste período, alerta a clientela para que fique atenta com os remédios falsos, visto que a *Emulsão de Scott*, tinha como logo marca, uma imagem de um homem com o bacalhau nas costas.

Constipações são uma doença constitucional, que só pode curar-se extirpando a infecção escrofulosa, a anemia e a debilidade. A Emulsão de Scott é justamente o remédio em tais casos. Exija-se a marca registrada do homem com o bacalhau às costas. Recusem-se as imitações e as “preparações sem sabor” e “vinhos” que se dizem ser de óleo de fígado de bacalhau mas que não têm nem gota deste - (TEIXEIRA, Alfredo; LOBO, Antonio. **A Revista do Norte**. Maranhão, n. 17. 1, mai. 1902. p. 16).

Outro medicamento estadunidense curava impotência sexual, ejaculação precoce e involuntária (Spermatorrhea), inchaço dos testículos, prostração nervosa (depressão física e emocional), moléstias dos rins e da bexiga e fraqueza dos órgãos genitais. Além do mais, informava que o medicamento poderia ser utilizado por jovens e idosos, esclarecendo que fortalecia pessoas nervosas, debilitadas e impotentes, trazendo sossego, esperança e força para seus clientes. O medicamento era conhecido como – *Específico Áureo de Harvey* (o grande remédio Inglês) e, era encontrado nas melhores farmácias e drogarias do mundo.

Específico Áureo de Harvey (o grande remédio Inglês) - Cura infalível – Cura rápida e radicalmente todos os casos de debilidade nervosa, impotência, Spermatorrhea, perdas seminais, noturnas e diurnas, inchaço dos testículos, prostração nervosa, moléstias dos rins e da bexiga, emissões involuntárias e fraqueza dos órgãos genitais. – Este específico faz a cura positiva em todos os casos, quer de moços, quer de velhos, dá força e vitalidade aos órgãos genitais, revigora todo o sistema nervoso, chama a circulação do sangue para as partes genitais, e é o único remédio que restabelece a saúde e dá força às pessoas nervosas, debilitadas e impotentes. O desespero, o receio, a grande excitação, a insônia e o desânimo geral, desaparecem gradualmente depois do uso deste específico, resultando o sossego, a esperança e a força. Este inestimável específico tem sido usado com grande êxito por milhares de pessoas, e acha-se à venda nas

melhores farmácias edrogarias do mundo. - Direção: Harvey & Companhia, 247 EAST, d 23 Street, New York – EUA - (TEIXEIRA, Alfredo; LOBO, Antonio. **A Revista do Norte**. Maranhão, n. 17. 1, mai. 1902. p. 16)

No Jornal publicado no Pará, em 1880, chamado de *O Norte*, encontramos com o laboratório Homeopático, com a divulgação de pílulas do Dr. Uchoa, que curava sezões de todas as espécies e de febres intermitentes, Xarope peitoral balsâmico de Souza Martins, reconhecido a mais de dez anos e remédios para vermes.

Quanto as pílulas, chamadas de *Dr. Uchoa*, que curava sezões de todas as espécies de febres intermitentes, o enunciado do jornal diz que não havia outro medicamento em condições de concorrer com os “maravilhosos” resultados obtidos por essas pílulas. Ainda menciona, a satisfação da clientela após o uso do medicamento além de informar que a direção que vende a caixinha com 24 pílulas, aconselha o uso delas para os habitantes do interior, mas chama a atenção para que se atentem às falsificações, informando-os que as legítimas pílulas Dr. Uchoa, tem a assinatura de autenticação deles.

Pílulas denominadas - Dr. Uchoa – CURA RADICAL DAS SEZÕES E DE TODA A ESPECIE DE FEBRES INTERMITENTES. – Depois de longa experiencia podemos organizar uma formula de Pílulas com as quais pudéssemos debelar de uma vez e com segurança a terrível moléstia que tanto dano nos causa. Esta preparação é sem rival os resultados até hoje obtidos são maravilhosos. Diariamente recebemos agradecimentos e pedidos destas tão uteis e benéficas Pílulas. Chamamos por tanto a atenção das pessoas do interior e aconselhamos o uso delas. Cada caixinha contém 24 pílulas e leva dentro a direção para o uso. Somos os únicos que preparamos as legítimas pílulas denominadas dr. Uchoa, e a direção que leva cada uma das caixas, tem a assinatura que usamos. – DEPOSITO NA PHARMACIA RUA DA IMPERATRIZ – PARÁ – SOUZA MARTINS & C (PINHEIRO, M. **O Norte**. Belém, n 172. 23, ago. 1880. p. 4).

Na mesma página do jornal *O Norte*, temos a informação sobre o laboratório Homeopático do médico Julio Mario, onde encontramos uma citação que chama o público paraense para visitar este importante estabelecimento. Após convidar a clientela o jornal descreve os medicamentos e artigos encontrados no laboratório homeopático, a saber: Opodeldocs de arnica, bryonia, rhus, guiacum, usados contra reumatismo, nevralgias faciais, torcicolos e erisipela; café e chocolate homeopáticos; chás; seringas inglesas e francesas para clisteres e vagina; além de artigos como suspensório, papel, vidro, fios, copos, colheres, dentre outros produtos domésticos. Neste estabelecimento, encontrava-se também, “(...) caixinhas prontas de vários tamanhos, com medicamentos em tintura, pílulas e glóbulos, dos mais afamados pharmaceuticos; e tudo o que diz respeito à medicina homeopathica” (*O NORTE*. Belém: Ed, n 172. 23, ago. 1880. p. 4.)

No mesmo jornal há dois remédios citados preparados pelo farmacêutico Souza Martins. Um para bronquite, catarro pulmonar e toda espécie de tosse, chamado de '*Xarope Peitoral Balsâmico*' e uma pastilha de chocolate preparada para combater vermes. No enunciado onde está citado o xarope peitoral de balsamo, há informação que o medicamento estava no mercado a mais de 10 anos, além de ser indicado pelos médicos, era o único capaz de aliviar as moléstias predominantes de todos os países de clima temperado.

FELIZ SUCESSO – remédio experimentado a mais de 10 anos – Xarope Peitoral Balsâmico de Souza Martins. – Este poderoso remédio é o único com que se obtém alívio na moléstia predominante desta terra e de todos os países de temperatura irregular a Bronquite ou catarro Pulmonar e toda a espécie de tosse. Hoje não há quem deixe de empregar-lo com preferência a qualquer outro remédio, já pela experiência, já pelos conselhos dos primeiros médicos. – à venda na farmácia de Souza Martins (PINHEIRO, M. **O Norte**. Belém, n 172. 23, ago. 1880. p. 4)

Um outro medicamento citado no *O Norte* do Pará, e preparado pelo mesmo farmacêutico - Souza Martins, é uma pastilha de chocolate contra vermes, indicado principalmente para crianças. Para que a clientela ficasse interessada havia a informação de que essa pastilha tinha um sabor agradável, sem cheiro de remédio e, tanto os médicos como os pais de famílias, adoravam esse medicamento por ser eficaz no combater aos vermes intestinais.

No final do enunciado havia a descrição de quantas pastilhas deveria ser utilizadas pelo adulto e criança, relacionando a idade e quantidade de vezes ao dia para ser ingeridas, além de mencionar que após o tratamento com a pastilha, aplicava-se um purgante de óleo de rícinos. Segue o enunciado sobre essa pastilha:

PASTILHA CONTRA VERMES – Com chocolate preparados pelo farmacêutico Souza Martins. A eficácia d'estas Pastilhas para debelar o flagelo comum de todas as crianças, os VERMES INTESTINAIS; a facilidade com que são tomadas, por causa do sabor agradável e nenhum cheiro, tem feito delas o remédio por excelência de que usam os médicos e pais de famílias para combater tão terrível mal. Sendo, como são, bem conhecidos por todos, os bons efeitos, sempre produzidos por este poderoso e benéfico medicamento, desnecessário se torna fazer-lhe elogios apenas se descreve a maneira porque deve ser aplicado para obter-se bons resultados. As crianças de um a seis anos se darão tantas pastilhas por dia quanto forem os anos de idades, isto por três dias seguidos, pela manhã, em jejum, aplicando-se no quarto dia um purgante de óleo de rícinos. A dose de seis pastilhas não será aumentada até a idade de doze anos. Os adultos poderão tomar até doze pastilhas por dia (...) A venda na farmácia de Souza Martins & C^a. Pará (PINHEIRO, M. **O Norte**. Belém, n 172. 23, ago. 1880. p. 4).

Havia também, divulgação de um remédio homeopático, de Londres, para vermes,

chamado de ‘*Chenopodium Anthelmeticum*’, mas havia apenas a informação de que outros artigos iriam ser especificados em anúncio especial, com os componentes e preços. Como foi informado anteriormente, é interessante notar que nestes periódicos mencionados não foi encontrado nenhuma matéria sobre os práticos de curas, seus ritos e ervas medicinais, ao contrário, refere-se apenas às terapias médicas, medicamentos, laboratórios, reconhecidos nacionalmente e internacionalmente, mostrando que o *Nortede Goyaz*, de propriedade de Francisco Ayres, não foi o único a circular com uma postura de omissão para com os curandeiros.

Muitas vezes, de acordo Weber (2004), as práticas de curas populares perderam seu sentido original e por isso mesmo, há dificuldades para rastreá-las no Brasil, em razão dos jornais emitirem, em sua grande maioria, a versão da classe dominante, ou seja, temos versões impressas nos jornais que desqualificam e silenciam.

Segundo Freitas (2006)³¹, antes do surgimento dos periódicos científicos, desde a invenção da imprensa até o século XVII, as notícias sobre a ciência, as técnicas variadas e as invenções eram veiculadas em folhetins e em jornais cotidianos. Nessa época, o conhecimento mais especializado era comunicado por correspondências realizadas entre cientistas ou enviadas às agremiações científicas. Os periódicos foram, desde seus primórdios, importantes canais de publicação de notícias científicas.

No século XIX, a imprensa expandiu-se e os jornais se especializaram, realizando importante função no mundo da ciência. Ao publicar artigos, os estudiosos registram o conhecimento (oficial e público), legitimam disciplinas e campos de estudos, veiculam a comunicação entre cientistas e propicia o reconhecimento público pela prioridade da teoria ou da descoberta (FREITAS, 2006).

Durante o século XIX, de acordo com Maria Regina C. Guimarães (2016)³², a Academia Imperial de Medicina foi responsável, junto com as faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro e os inúmeros periódicos médicos, pela promoção de um amplo debate, cujo objetivo era consolidar uma ciência autóctone no Brasil, e que só médicos estariam autorizados a praticar.

³¹ FREITAS, Maria Helena. **Considerações acerca dos primeiros periódicos científicos brasileiros**. Inf., Brasília, v. 35, n. 3, p. 54-66, set./dez. 2006

³² GIMARÃES, Maria R. C. **Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular do império**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

Sendo assim, na segunda metade do séc. XIX, Gabriela Sampaio (2001)³³ menciona que havia uma imprensa entusiasmada com o poder político da medicina, junto ao qual teria embarcado em um projeto higienista de cunho persecutório que visava aos praticantes leigos de cura.

Os primeiros periódicos médicos do século XIX – *O patriota*, *O Propagador das Ciências Médicas*, *Semanário de Saúde Pública*, *Diário de Saúde*, *Revista Médica Fluminense* e *Revista Médica Brasileira* – tinham um duplo objetivo, que se aproximava das pretensões dos manuais de medicina popular: a legitimação social da medicina e a produção de um conhecimento científico. Essas publicações foram, de fato, veículos privilegiados de popularização da ciência médica, e a higiene foi o ponto de interesse em comum dos médicos e da população leiga (GUIMARÃES, 2016).

O conflito entre a medicina acadêmica e a popular está muito mais presente no discurso dos médicos do que no dos práticos e/ou curandeiros, visto que, segundo Betânia Figueiredo (2002b,c)³⁴, os práticos, em muitos momentos, interessaram-se pela ciência dos médicos e foram buscá-la nos diversos manuais de medicina popular, em uma tentativa de se credenciar junto ao público.

A figura do curandeiro Mané Martins, por exemplo, da cidade de Curvelo, em Minas Gerais, que adaptou as roupas brancas do médico a um algodão grosseiro da mesma cor e era “sempre visto com uma capanga de lado que, entre outras coisas, guardava uma edição do Chernoviz³⁵” (FIGUEIREDO, 2005: 70)³⁶.

Segundo Maria Regina C. Guimarães (2016), devido ao quadro coronelístico e patriarcal brasileiro, as famílias patriarcais do interior não abriram suas portas para a invasão de médicos e de suas prescrições, de imediato. É provável que a higiene tenha chegado aos lares sertanejos por meio de novos costumes, incorporados pelas famílias informadas pela modernidade, principalmente pelos jornais e manuais de medicina.

Sua entrada deu-se, possivelmente, ao longo de muitas negociações, e dentro das exigências patriarcais tradicionais, pois nos meados do século XIX o poder dos fazendeiros, segundo Gilberto Freyre (1977:62)³⁷, “era realmente feudal, quase não sendo possível às leis civis restringir o que havia de tentacular no seu extremado patriarcalismo³⁸”.

O médico, ao chegar ao interior do Brasil, mesmo desconsiderando fundamentos religiosos e mágicos das práticas ditas populares não teria obtido sucesso e riqueza com o perfil soberbo sugerido por Gilberto Freyre (1951), segundo quem - as gerações mais novas de filhos de senhores de engenho, os rapazes educados na Europa, na Bahia, em São Paulo, em Olinda, no Rio de Janeiro, abandonam os conceitos patriarcais de moral, justiça e política, que não se

conciliariam com seus gostos “afrancesados, urbanizados e policiados”. Em vista disso, desclassificavam a medicina caseira um aspecto sedutor da autoridade matriarcal. (FREYRE, 1951).

Mas, conforme o escritor e médico Pedro Nava (1983), ainda que se referindo aos anos 30 do século XX, no interior do país, o médico só é bem aceito quando não interfere nas crenças de seus clientes, pois o perfil urbano, europeu, acabava afastando a clientela interior. Desta forma, o médico teve que deixar um pouco de lado, seus métodos acadêmicos, para ser mais bem recebido em sua terra natal, após anos de estudo na cidade. Portanto, houve um momento em que os jovens médicos para serem aceitos pela clientela interior passaram a respeitar crenças diferentes das suas e com elas deveriam conviver.

É apenas no diário *Caminhos de Outrora* de Francisco Ayres que conseguimos identificar algumas práticas de curas populares, passadas de geração a geração, no Médio Tocantins, exercidas por barqueiros, remeiros, canoeiros, roceiros, matutos, ribeirinhos, dentre outros. Através das lentes de Francisco Ayres algumas são aceitas, entendidas como eficazes em certos tratamentos, outras eram reprovadas e julgadas como um ato de ignorância, falta de bons hábitos, civilidade, modernização e informação da população. Por outro lado, reconhecia o abandono e a pobreza da população sertaneja. Neste diário, também, identificamos as doenças que grassavam na região e os indivíduos mais acometidos.

Francisco Ayres ao sair de Porto Nacional para Belém do Pará, no dia 21 de março de 1920, numa viagem que demorava aproximadamente cinco a seis meses de ida e volta, no início de suas anotações descreve, com detalhes, a embarcação, seus compartimentos e repartições, expondo o tamanho da popa e da proa do bote, os objetos levados pelos tripulantes, os materiais e mercadorias utilizadas e vendidas no transcorrer da viagem. Mas o mais importante para a nossa reflexão é notar o olhar higienista e sanitarista de Francisco Ayres da Silva ao descrever como eram armazenados os objetos.

O paiol fica por tal forma entulhado que mal cabe os pequenos sacos em que cada tripulante conduz sua rede, sua roupa, o fumo, os cigarros, etc., objetos de imprescindível necessidade. O paiol que chega até o forro de proa recebe, numa promiscuidade desconcertante, a farinha de mandioca, o arroz, o feijão, o fumo e uma série de outras pequenas coisas de mercado. No paiol, encostado, no tombadilho, há de cada lado um cômodo espacial onde agasa-

³⁷ FREYRE, G. Vida Social no Brasil nos Meados do século XIX. Rio de Janeiro, Recife: Artenova, Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais, 1977.

³⁸ Por patriarcalismo tentacular entenda-se um patriarcalismo extensivo a escravos, mulher, filhos, amigos e agregados. Conforme Luís Felipe de Alencastro, o próprio Gilberto Freyre observa que “o Absolutismo do pai de família se dissolvia à medida que outras figuras de homem ganhavam ascendência na sociedade escravista: o juiz, o correspondente comercial, o diretor do colégio, o médico” (ALENCASTRO, 1997:75).

lham a carne de boi, que vem em amarrados de duas arroubas, completamente exposta ao ar e à umidade, inclusive salpicos de água do porão, que fica ou é constituído pelo espaço intervalo deixado pelos dois cômodos, reservados para a carne (SILVA, p. 19 - 20).

É interessante notar a preocupação do médico Ayres em retratar como tripulantes, patrão (dono da embarcação), piloto, barqueiros, proeiros e popeiros, trabalhavam, quanto recebiam por viagem, seus costumes, hábitos, gírias/palavreados, além da alimentação diária no transcorrer da viagem. “A alimentação de todo pessoal se faz à custa do patrão, dono do bote. É composta quase exclusivamente de carne, farinha de mandioca, algum arroz e feijão” (SILVA, p. 21).

Em que consiste o almoço dos barqueiros? O contra-poeiro vai ao depósito de carne, a que nos aludimos atrás, tira de um dos pacotes chamados grajaus uma boa porção, leva-a para o forro de proa e ali, à voz do “vamos ao boi, rapaziada”, cada qual se aproxima, tira uma boamaquia, e é isto, com uma boa porção de farinha, que constitui o almoçodo pessoal remeiro. Cada qual lava sumariamente seu naco, espeta-lhe um pedaço de pau, previamente talhado e aguçado, e leva-o ao lume. E quando está bem assado, passa a saboreá-lo com farinha de mandioca, **ligeiramente umedecida com água do rio**. De ordinário agrupam-se aos dois e aos três, e enquanto deglutem o bocado, palestram e pilhereiam uns com os outros, em troça mais ou menos quixotesca. Também o patrão faz sua refeição na mesma ocasião, consistindo esta em feijão, arroz, carne, ovos, doces e café. Da refeição do patrão participa o piloto e as sobras fazem as delícias dos popeiros. Terminada a refeição frugalíssima, cada qual guarda qualquer coisa do naco preparado, e mais tarde, entre almoço e a ceia, de quando em quando, mastigam qualquer coisa, sempre carne e farinha (SILVA, p. 23. **Grifonosso**).

Flávio Coelho Edler (2003), observa que:

Naturalistas, médicos de província e membros correspondentes de sociedades científicas eram incentivados a reunir um volume crescente de dados climatológicos e nosológico, visando à produção de séries diárias de observações meteorológicas correlacionadas com as estatísticas de certas doenças. Lécuyer salienta que o protocolo de observações, implementado pela climatologia médica, partia das circunstâncias mais gerais até alcançar aquelas particulares ao doente. O bom médico examinava, então, sucessivamente os circunfusa (meteorologia, **hidrologia**, geologia, climas e habitações), os ingesta (**alimentos e bebidas**), os excreta (excreções e banhos), os applicata (vestimentas e cosméticos), os percepta (costumes, sexualidade, higiene pessoal) e, por fim, os gesta (movimentos habituais, atividades profissionais). (EDLER, 2003, p.6)

Na transição para o século XX, para ser um bom médico, o profissional deveria observar as situações descritas acima. Francisco Ayres menciona como os barqueiros

acomoda os alimentos dentro do bote e como era a preparação da alimentação dos barqueiros, informando inclusive o que nas refeições não podia faltar: ‘farinha e carne’.

Era preciso saber sobre alimentação, habitação, excreções, banhos, vestimentas, cosméticos, costumes e hábitos. Ele também considerou importante explicar sobre o trabalho realizado pela pessoa, pois através destas observações se identificava as causas que facilitavam o acometimento da doença.

Adotando essas observações, o médico estaria mais propenso a conseguir diagnosticar e remediar o problema do paciente com precisão e eficiência. Podemos perceber que, Francisco Ayres da Silva realizou esses procedimentos como médico no sertão.

No segundo dia de viagem, Ayres fala sobre o primeiro doente a bordo. E traz uma informação valiosa, a de que a população do interior do país não tem o costume de consultar um médico quando acometidos por doença.

Muito provável que, principalmente, por razões financeiras, somando-se ao receiados efeitos dos medicamentos. Mas, também pelo desconhecimento da ciência e, até medodos aparelhos engenhosos usados pelo médico. Não devemos deixar de considerartambém, a intimidade que os moradores do sertão desfrutavam junto às práticas de curas populares.

(...) apareceu o primeiro doente a bordo de uma diarreia de sangue. **Sabido o incômodo, apesar de ir médico a bordo, o doente por si semedica de seu incômodo.** A enterite com diarreia sanguinolenta ou seja devido à água do rio, bastante carregada de matéria orgânica, pois que se acha o rio em meia vazante, ou seja devido ao excesso de sal na carne, ou seja motivada por uma ou outra cousa, recebeu o seguinte tratamento: tapioca ou polvilho de mandioca, misturado à água fresca e natural, ligeiramente adoçado, mistura que o doente deverá tomar diversas vezes ao dia, sem todavia modificar seu regime de trabalho. A tapioca irá atuar assim como um sal de bismuto à maneira de constipante (SILVA, p. 23. **Grifo nosso**).

Francisco Ayres explica a origem da enterite (diarreia de sangue) que acometeu ao passageiro. Disse que estava relacionada a matéria orgânica existente no rio Tocantins como causadora da infecção intestinal. Além disso, descreve o tratamento popularmente adotado pelo doente, que consistia no uso da tapioca ou polvilho de mandioca, com água adoçada e a ação de constipação benéfica ao corpo.

Em seguida, após relatar a prática de cura popular, efetuada por um dos tripulantes do bote Cristal, Francisco Ayres registra, em seu diário, o vício do alcoolismo entre os barqueiros.

É oportuno aqui lembrar uma coisa muito comum no barqueiro: é o vício do alcoolismo. Todos ou quase todos bebem, especialmente ao sair do povoado. Rara é a ocasião em que o bote parte de Porto Nacional sem conduzir crescido número de barqueiros completamente embriagados, por

vez necessitando da intervenção da polícia para o embarque. O bote Cristal conta uma vitória, pois desta vez apenas um barqueiro saiu em completa embriaguez. Alguns saíram mais *alegres*, em todo caso, todos desempenhando galhardamente seu ofício. (SILVA, p. 23 – 24)

Percebemos que Francisco Ayres, em sua escrita, deixa bem claro que o alcoolismo era muito presente entre os barqueiros do Médio Tocantins, o que tornava necessário, muitas das vezes, a presença de policiais no momento do embarque. Nesta viagem, inclusive, em tom de ironia, o médico relata que o bote Cristal contava com uma ‘vitória’, visto que, desta vez, apenas um barqueiro saiu em completa embriagues.

Francisco Ayres denuncia a falta de conhecimento do sertanejo em não se atentar para as medidas de higiene e cuidado com objetos e alimentos transportados no bote, mas, também, acusa o descaso do poder público em não agir para melhorar a navegação do Tocantins.

(...), a saúde periclita em excesso em tal jornada, especialmente devido à falta de cuidado do pessoal, para tanto contribuindo a promiscuidade em que vivem os ocupantes do bote, na acanhada *casa de noz*, onde são obrigados a tudo conduzir num *pele-mele* desconcertante e incômodo. Acresce-se o completo abandono em que jaz o Rio Tocantins, até agora, após tantos anos de tentativas para uma navegação aperfeiçoada, quer pelos poderes públicos do Estado, quer pelo governo federal, ao qual cumpria algo fazer (SILVA, p. 22)

Segundo a estudiosa Fonseca (2018), no início do século XX, a política de saúde começou a ser adotada como estratégia de normatização e controle da sociedade. Neste momento, cientistas e governantes olhavam para a medicina como instrumento técnico-científico, que representava um novo tipo de saber e poderia ser utilizado pelo Estado para analisar, observar, reprimir, regular e disciplinar a população considerada como a propagadora de doenças infectocontagiosas.

Isso por viver os pobres em ambientes insalubres, possuir maus hábitos, cujas tradições eram interpretadas pela elite dominante como incorretas, inadequadas, sujos e, muitas vezes, propensos a má manutenção da saúde. Nesse sentido, o médico e o Estado se constituíam como formuladores e implementadores desse projeto.

O campo da medicina, da prática médica foi assim observado como um espaço de ação política, de interferência na sociedade, de controle do cotidiano dos indivíduos com o intuito de maximizar sua capacidade produtiva e pela construção e fortalecimento de um modelo político de saúde (FONSECA, 2018, p. 407)

As ações de saúde pública construídas durante a Primeira República (1889 – 1930) ajudaram o fortalecimento do poder público no interior do país. Para Fonseca (2018) havia duas correntes de interpretação que subsidiaram o pensamento nacionalista. A

primeira corrente defendia um Brasil moderno, sustentado no argumento de que nosso passado “nos condenava”, criticando a influência escravocrata e a miscigenação da população brasileira e, por consequência, defendendo um projeto de Brasil europeizado. Segundo Castro Santos (1985) os que vocalizavam tais propostas chamavam também atenção para os problemas enfrentados pelos imigrantes, com as más condições sanitárias das cidades brasileiras, que favorecia o aparecimento e proliferação de doenças. Nesse sentido, defendiam a importância da urbanização das cidades, lembrando que a ameaça da febre amarela, nos principais portos brasileiros, havia reduzido o número de imigrantes.

A segunda corrente, influenciada pelo pensamento nacionalista de acordo com Fonseca (2018), foi fruto do impacto observado com a publicação de *Os Sertões*, de Euclides da Cunha. Esta corrente defendia a importância de resgatar no sertão e no sertanejo as raízes da nacionalidade brasileira. Argumentavam que o passado não condenava, mas sim “redimia”.

Nesse sentido, era crucial valorizar a agricultura e o homem do campo, pois ao olhar para ele intelectuais alinhados a esta corrente chamavam atenção para os graves problemas de saúde, que acometia a população do interior do país. E denunciavam as graves condições de vida do homem no campo. Os projetos de saúde pública deveriam contemplar o problema das endemias rurais e realizar o saneamento do Brasil.

Ao longo dos últimos quinze anos da Primeira República, que termina em 1930, o projeto de uma reforma sanitária transformou-se em aspiração nacional e ganhou importância no debate político e intelectual, com a criação da Liga Pró-Saneamento (Castro Santos, 1985, p. 198).

De acordo com Hochman (2012), os argumentos de quem melhor expressou o movimento sanitarista foi feita pelo médico Belisário Penna. Criou-se, assim, debates fundamentais para a compreensão de como a saúde se tornou uma questão nacional entre 1916 e 1930. Líder da Liga Pró-Saneamento do Brasil, Penna discursou e escreveu onde lhe deram espaço: na imprensa, em fóruns profissionais e de classe e em eventos políticos.

O trabalho de Penna tornou-se

(...) um instrumento de expressão e divulgação de um diagnóstico sobre as condições de saúde da população brasileira, que acabou por ser tornar corrente entre setores significativos das elites. Além disso, seus textos e sua ação foram vitais para dar visibilidade aos problemas de saúde que, se não foram assumidos totalmente pelas elites, passaram a integrar a agenda política nacional (HOCHMAN, 2013, p. 71).

Em 1918, foi publicado o seu livro *Saneamento do Brasil* de Belisário Penna, onde seu

autor propõe a interpretação das relações entre doença, sociedade e política no Brasil. Discutia-se a modificação do papel do governo federal nos campos do saneamento e saúde pública. Neste livro, Penna faz uma crítica contundente ao federalismo e ao descaso das elites governantes, promovendo expressivo impacto público e convertendo políticos e intelectuais em defensores da higienização.

Na interpretação de Belisário Penna e de membros da campanha pró-saneamento, o formato político federalista da constituição, de 1891, fez com que o Brasil perdesse umas das principais virtudes do império, a unidade de comando e solidariedade nacional.

O abandono da população rural e do interior seria consequência do descaso gerado por políticas promotoras de uma “indústria artificial” e, principalmente, do formato político adotado pela Constituição de 1891, o federalismo. A autonomia das unidades federativas implicaria distintas e incompletas práticas judiciais, administrativas, de educação e saneamento em diferentes regiões do país, minando qualquer possibilidade de solidariedade e cooperação. Para os membros da campanha pelo saneamento, a doença seria resultado da ausência inoperância do Poder Público e da descentralização das políticas governamentais, quando existentes (HOCHAMAN, 2013, p. 73).

Para os adeptos da Liga Pró-saneamento, qualquer solução para os problemas relacionados às doenças, em especial, às três endemias rurais ou a *trindade maldita* (Penna, 1919, p. 223) - a opilação ou amarelão (ancilostomose), o impaludismo (malária) e o mal de Chagas (tripanossomíase americana), deveria ocorrer pela conscientização da elite brasileira sobre os riscos e custos crescentes sanitários, sociais e políticos da manutenção do *status quo* sanitário e a centralização das ações públicas, defendida como a solução para o combate às endemias e para promoção da saúde.

No dia 25 de março de 1920, Francisco Ayres saiu de Piabanhas, localidade próxima a Pedro Afonso, descendo o rio Tocantins num bote com destino a Carolina. Sobre essa viagem o médico escreveu em seu diário:

A 24 apareceu o primeiro caso de febre. Não são, todavia, abundante, ou antes raramente têm aparecido anofelinos, cousa, aliás, muito de admirar-se. A população das margens do rio, que temos observado, é quase toda de tez pálida, e traz os estigmas de impaludismo crônico (SILVA, p. 28, 1999).

Nesse fragmento, além do médico dizer que anteriormente era raro perceber “anofelinos” (insetos pertencentes à família Calicidae, conhecidos, geralmente, como pernilongo que transmite a malária), afirmou que a malária tornou-se endêmica na região de Piabanhas, entre Pedro Afonso e Carolina, informando que os ribeirinhos eram os mais afetados pela doença.

O médico também menciona que o tabagismo era outra doença crônica que afetava os

ribeirinhos, sertanejos, “matutos”/“roceiros”, ressaltando que as mulheres tinham o hábito de fumar tabaco, inclusive, dando a entender que um dos motivos do tabagismo crônico era a presença de insetos transmissores de doenças na região, promovendo o hábito de fumar para espantá-los, além disto, relaciona, analisa e compara, a utilização do fumo pela população nortista ao homem do litoral, dos grandes centros urbanos, como se este fosse o ideal a ser seguido, caso a pessoa fosse fumante (SILVA, 1999).

Por outro lado, sendo uma população que se dedica, em muita escala, ao cultivo do fumo, especialmente nas cercanias de Piabanhas, é um povo que usa e abusa do fumo. Há o tabagismo crônico. Mulheres e homens trazem ao lado pequenas sacolas, e ali não faltam o fumo, o cachimbo, a palha, o artifício ou papafogo, o fuzil e a pedra, elementos com que produzem o fogo para se acender o pito. Diz-se que o fumar, e aqui pitar, é um meio de distração. O civilizado fuma para se distrair, para se desopilar e matar o tempo. O matuto usa e abusa do fumo por necessidade. A todo o instante o roceiro se vê a braços com um sem números de pequenos e minúsculos insetos, os muruins, os borrachudos, as muriçocas, as mutucas, etc., que lhe atacam as partes descobertas, para lhe sugar o precioso sangue e inocular-lhe germes de moléstias, e contra os quais não encontra outro recurso, senão nas baforadas do fumo, que lhes são tóxicas, pelo que os põem em fuga. Dedia ou de noite, o roceiro ou a roceira se encontram a braços com enormes cigarros, símiles de verdadeiros trabucos. E quando não os trazem atravancados à boca, lançando ao ar fortes fumaradas, trancafiam-nos à orelha e os mais civilizados acostam-nos ao lado do chapéu (SILVA, p. 28).

Depois de ressaltar que um dos motivos do roceiro fumar era para espantar os insetos, o médico traz outras informações valiosíssimas para a nossa reflexão quanto as práticas de curas utilizadas pela população nortista, visto que, Ayres da Silva expõe, com suas palavras, que o sertanejo utiliza o fumo ou sarro do cachimbo como prática de cura contra enfermidades como, a ancilostomose, dor de dente, carrapatos, berne/larva e ataques de insetos e cobras.

Porém, em seguida, o médico reprova as práticas de cura utilizada pelo roceiro, interpretando-as como irracionais. Além disso, explica que a permanência delas era em função do costume da população interiorana em manter e passar essas práticas de geração a geração e, que, a única solução para sanar esse vícios irracionais seria a chegada do processo civilizador na região.

Do uso do fumo o matuto tira proveito de ordem diversa. Se uma criança anquilostomada dá-se ao vício da geofagia, fazem-na fumar, e como as primeiras consequências da toxicose tabácica são o enjoo, as náuseas e vômitos, dizem que com isso a criança aborrece a terra, e não mais a ingere. Ledo engano, cujo único resultado é sobrecarregar o infeliz de mais um vício de piores consequências. Se um indivíduo sofre de uma nevralgia dentária, fazem-no fumar até sentir tal ou qual embriaguez. Se é atacado por um

inseto, cuja mordedura torna-se dolorosa, mastigam o fumo e colocam-no sobre o local dolente. Se é umofídio que produz o dano, colocam o fumo sobre o lugar, e dão-lhe a beber álcool ou cozimento. Para os carrapatos, o uso do sarro do cachimbo faz as vezes do xilol. Vê-se bem que são práticas irracionaissem fundamento algum plausível, mas que passam de geração em geração à espera de que a civilização penetre por estes recantos, de modo a fazer daqui um povo mais feliz, mais produtor, pois que tudo ajuda para tanto (SILVA, p. 29).

Faria (1994) enfatiza que a *ancilostomíase* que, segundo calculava Penna, infestava 70% da população rural deveria ser o primeiro alvo de uma campanha nacional de saneamento e educação higiênica. A *opilação* ou *amarelão* frequentemente denominado como “germe da preguiça” foi também objeto de ampla campanha sanitária promovida em escala mundial pela Fundação Rockefeller, que teve participação expressiva também nas campanhas de combate à ancilostomose e, depois, à febre amarela, entre 1915-1930, no Brasil.

Nas proximidades de Pedro Afonso, às margens do rio Tocantins, no dia 25 de março de 1920, depois de comentar sobre os “lindos renques de coqueirais, nas margens do rio Tocantins”, o tão afamado babaçu maranhense, Francisco Ayres menciona que os Xerentes muito se utilizam do óleo de coco para várias finalidades, especialmente para confecção culinária e chegam a exportar o excedente.

Francisco Ayres relata que todos os tripulantes da embarcação tiveram a ideia de sair à terra para descansar um pouco, foi quando os insetos começaram a atacar a tripulação do bote Cristal. Neste momento, o médico menciona, em seu diário, como esses insetos agem ao picarem o corpo, causando manchas avermelhadas e pruriginosas, que ardiam quando expostas ao sol. Além disso, traz em sua escrita uma *receita médica* para tal incômodo, chamado de *mentol canforado*.

Nossa saída à praia ainda úmida da vazante e lamacenta, custou-nos a invasão de acrescido número de *micuins* ou *mucuins*, insetos minúsculos. O *mucui*m atravessa as vestes, meias, calças, etc. e invade a pele que penetra com avidez, dando lugar a manchas acuminadas e avermelhadas, que são incômodas e muito pruriginosas, especialmente quando expostas ao sol ardente. Tal prurido cede, porém, pouco a pouco, principalmente tendo-se o cuidado de levar ao contato das manchas uma **solução forte de mentol canforado** (SILVA, p. 31. **Grifo nosso**)

No dia seguinte, 26 de março, numa sexta-feira, o médico Ayres revelou que a “garapa de tapioca” utilizada para curar a “diarreia de sangue” do primeiro adoentado a bordo do bote Cristal, surtiu efeitos positivos, pois o paciente não mais reclamou de qualquer incômodo. “É oportuno lembrar que não mais ouvimos falar do doente que se queixou de câimbra de sangue, parecendo que a garapa de tapioca fora-lhe um santo remédio. O doente

de febre já está em serviço, sem mais incômodo” (SILVA, p. 31).

Em seguida, Francisco Ayres cita um caso de malária, na época, conhecida como “*impaludismo*”, e submete o indivíduo acometido pela doença à ação *quinínica*. Além disso, descreve os sintomas mais comuns da doença e indica como o medicamento deve ser ministrado visto que o fármaco não era comercializado e de fácil aquisição na região, devido ao alto valor do produto.

Essa informação é importante para nossa reflexão, pois podemos perceber que o Dr. Francisco Ayres tinha em sua posse remédios, encontrados mais comumente nos grandes centros urbanos, desmistificando a ideia de que o interior estava totalmente isolado. Apesar de deixar claro que no Médio Tocantins o medicamento não era de fácil aquisição. No dia 26 de março de 1920, Francisco aponta

Hoje aparece mais um outro que é submetido à ação quinínica. É uso a quinização metódica nos casos de manifestações palúdicas, em qualquer meio onde hajam impaludados e veiculadores de morbo anofelinacelia. Infelizmente tal produto ainda não pode ser aplicado por certas paragens, devido ao preço excessivo da quinina, mesmo após a oficialização do preparado, de modo que nos limitamos a aconselhar o medicamento no tempo oportuno. Quem vive nas zonas paludosas conhece bem o que seja o tempo oportuno. Pois inoculado o indivíduo com os germes do impaludismo, estes irão sofrer suas fases evolutivas e ao mesmo tempo o combate pelos guardas avançados do organismo. Nesse combate, o organismo, quando vai a ser vencido, dá sinais, ora são pequenos *mal-estar*, ora dores de forma nevralgica, ora minúsculas indisposições. É o momento que julgamos conveniente para ousar da dose de quinina. De ordinário, as pessoas que a ela se submetem têm os acessos francos e, por outro lado, encontram na quinina o auxílio para o combate ao parasita. (SILVA, p. 31 - 32)

Continuando no combate à malária, Francisco Ayres não esqueceu de mencionarmos importante instrumento de prevenção ao ataque do mosquito; o mosquiteiro. Ao aconselhar o seu uso como prevenção a malária, ele dá exemplo retirado de uma revista médica, onde afirmava que, durante a primeira Guerra Mundial (1914 – 1918), oficiais militares utilizavam do mosquiteiro como proteção, enquanto aquele que não usava era frequentemente acometidos pela malária.

Além deste exemplo, o médico menciona o caso dos exploradores e engenheiros do traçado da Estrada de Ferro Central do Brasil. Seguindo a mesma lógica empregada durante a guerra, disse ele que o desbravador que utiliza do mosquiteiro passa livre do perigo e contrair a malária, enquanto aquele que não se utiliza do mosquiteiro, apesar de muitos terem se submetidos a ação quinínica, sofre sérios sintomas da doença.

Aos que pedem, ao invés da quinina preventiva, aconselhamos o uso e *abuso* do mosquiteiro e quando muito, o uso de algum arsenal como auxiliar para se revigorarem as forças. Era esse o nosso modo de proceder, quando víamo-lo confirmado por ocasião da guerra europeia, nota que vimos em uma revista médica. Os oficiais que se abrigavam com o

mosquiteiro, mesmo sem o uso da quininação, jamais tiveram febre, ao passo que os soldados que eram quinizados cotidianamente, e não usavam mosquiteiros, frequentemente eram acometidos de manifestações de impaludismo. Entre nós, o mesmo observamos por ocasião em que percorreram os sertões as turmas exploradoras do traçado da Estrada de Ferro Central do Brasil. Os engenheiros que usaram mosquiteiros passaram incólumes e os camaradas, apesar de quinizados sofriam de acessos palustres (SILVA, p. 32).

No final de suas elucubrações, Francisco Ayres cita a eficácia em utilizar o mosquiteiro contra à malária no percurso da viagem para Belém do Pará, visto que:

Nós mesmos, apesar de termos viajado por diversos de nossos rios, considerados grandemente palustres, temos realizado tais viagens indenés de impaludismo. Quando nada, aparentemente até agora nada sentimos e, até hoje temos feito a não ser o uso e *abuso* do mosquiteiro (SILVA, p. 32)

Dr. Ayres faz uma comparação entre o interior (Sertão, Norte de Goiás ou Médio Tocantins) e a capital federal (Rio de Janeiro), mencionando que havia *anofelinos* tanto aqui, quanto lá, *Stegomias (stegomyia)* transmissoras da febre amarela e que a melhor solução para se prevenir deste mosquito seria carregar consigo, sistematicamente, o modesto aparelho de campanha, mosquiteiro, reconhecendo que este era um hábito que proporcionava benefícios ao pobre roceiro com a proteção contra o mosquito, quanto para o urbanizado carioca, que vivia na metrópole brasileira considerada saneada.

Com um ar de sarcasmo, o médico direciona a sua fala ao indivíduo que acreditava que, mesmo depois de quase duas décadas, após derrubar velhos casarões, cortiços e casebres, interpretados, principalmente, pela elite dominante como antros de doenças, a cidade do Rio de Janeiro, capital do Brasil estava saneada e livre destes males.

À margem dos nossos grandes rios, em uma modesta rede, ou nos palácios do Rio de Janeiro e na modesta casa do pobre roceiro, jamais abandonamos nossos mosquiteiros de campo. Adaptamo-los a qualquer cama e repousamos tranquilamente. Não se estranhe que tenhamos idêntico proceder no ultra sanado Rio de Janeiro. É que lá e aqui se notam anofelinos, e há as perigosas *Stegomias* transmissoras da febre amarela. Assim, pois, se aqui o temor do impaludismo nos impele à prática, lá, o receio do impaludismo e o temor da febre amarela nos coíncitam a mantê-la, tal qual o fazemos por aqui. Aliás, já temos provamaterial do fato: Ao chegarmos pela primeira vez ao Rio, após uma ausência de dezoito anos, procuramos um hotel à Praça da Aclamação, e então, como íamos na crença de que a metrópole do Brasil esfava de feito saneada, à noite tomamos o leito à procura de repouso. Qual, porém, não foi nossa surpresa quando pouco depois, víamos o rosto acometido por um enxame de anofelinos e *Stegomias*. Presentemente volvemos a nossa mala de viagem e ajustamos ao leito, que se oferecera, nosso modesto aparelho de campanha. De outra feita, no terceiro ano de estada no Rio, procuramos uma residência à Rua Silveira Martins; pois bem ali, por ocasião do expurgo das galerias subterrâneas,

que constantemente no Rio são vasculhadas a gás sulfuroso, são *claitonados*, a casa era invadida por um enxame de anofelinos. Por essa ocasião observamos a interessante ocorrência: um companheiro e eu, que usávamos sistematicamente mosquiteiro jamais tivemos coisa alguma, ao passo que a senhora de meu companheiro, um amigo nosso, e a própria dona da casa, que jamais se serviam de tal meio, em determinada ocasião estiveram molestadas, por dias, com manifestações que somente cederam à quinina (SILVA, p. 32. 1999).

Em 27 de março de 1920, próxima à divisa do norte de Goiás com o Maranhão, próximo de Carolina, o médico portuense observa as vestimentas dos remeiros e descreve, que elas eram reduzidas e limitava-se a um farrapo de tanga, que cobria as partes “pudendas”, alguns mais precavidos não se afastavam da camisa de algodão.

Já os pretos – “estão sempre e exclusivamente com as tangas. Assim, trabalham e muitos assim dormem”. (Silva, p.36, 1999). Outra observação tratava-se das doenças de pele a qual os pretos estavam expostos constantemente por não terem vestimentas apropriadas para este tipo de ofício, por falta de recursos e/ou hábito.

Os pretos que aqui vivem sempre com as costas ou com o tórax ao completo relento, e graças ao rigor do sol que aqui torna-se por vez ardente e causticante, sofrem de uma erupção da pele, símile de minúsculas queimaduras puntiformes, que estão constantemente a fazer cobrir a camada mais extensa da epiderme. Descascam como dizem (SILVA, p. 36. 1999).

Ao chegar em Carolina, no Maranhão, o médico a descreve como sendo uma das cidades mais prosperas do Alto Tocantins possuindo, quase todos os elementos de progresso, faltando-lhe apenas transportes rápidos, pois possuía casas assobradadas, um Paço Municipal, cadeia, iluminação a querosene, templo católico, um bem organizado centro espírita, médico, farmacêutico, vigário e, além do mais, era a sede do periódico *Tocantins*, de José Queiroz.

Depois de descrever sobre a estrutura de Carolina, ele ainda fez observações que põe em xeque a saúde da população, frente aos seus hábitos nocivos, clima, natureza, insetos, moscas e construções inapropriadas, que facilitavam o acometimento de doenças como o impaludismo (malária), sífilis, verminoses intestinais infantis, tuberculose, elefantíase, úlceras, dentre outras.

Carolina é uma cidade grandemente úmida no tempo do inverno. Há buritizais no meio da cidade, não sendo de se admirar, pois, que seja um foco perene de impaludismo. Há ainda um hábito nocivo de existência de poços de água de subsolo para o uso da população, sendo que, além disso, uma outra parte do povo se abastece de água do rio Tocantins, para o serviço de alimentação. Não há fossas para depósitos de matérias fecais, que são depositadas ao solo, sendo então, em boa parte, consumidas pelos corvos, hóspedes incômodos de toda casa. As moléstias que reinam

endemicamente são o impaludismo, a sífilis, as verminoses intestinais infantis. Não é rara a tuberculose. Vimos casos de elefância dos gregos e árabes. Há aqui, em alta escala, as úlceras em diversas partes do organismo. Serão úlceras sífilicas ou de fundo leishmaniótico? Ao exame microscópico incumbe destrinçar o problema. A ajuizar-se pelo que observo em Goiás, sou levado a crer tratar-se, em especial, de úlceras de fundo sífilico, cedendo à medicação específica. A nosso ver, um dos maiores vetores e disseminadores de tais úlceras são as moscas. Estes importunos insetos em contato quase constante com os focos ulcerados dos doentes descuidados, dali voejam para os indivíduos sãos e se acham neles a menor solução de continuidade na pele, e é o suficiente para depositar os milhares de germes que carregam nas patas, o quanto basta para passar adiante a moléstia colhida em outro ponto (SILVA, p. 38. 1999).

Em um breve momento, no seu diário, o médico lembra ocasiões passadas que esteve em Carolina, nos anos de 1909 e 1912, para atendimento clínico de pacientes que sofriam de embolia cerebral, cardiorrenal e o mal de Sodoen³⁹, que acabou evoluindo para forma tífica (febre tifoide).

Saindo de Carolina, Ayres descreve três doentes com “impaludismo” (malária) que se achavam a bordo da embarcação. Depois descreve como um dos tripulantes trata sua enterite intestinal utilizando-se de receitas populares. Em seguida, compara às águas do rio Tocantins às do rio São Francisco, explicando a respeito das matérias orgânicas e germes encontrados no período de março a abril, além de descrever como os tripulantes/passageiros colhiam a água dos rios.

A bordo temos mais três casos de febre de impaludismo. Os primeiros doentes já se encontram melhores e, um deles, restabelecido. Um outro caso de enterite foi tratado, com resultado, com a mistura refrigerante de tapioca, água e açúcar. São frequentes, nos grandes rios, principalmente na ocasião das grandes cheias e subseqüentes vazantes, os casos de enterites e gastroenterites. Isto seria provavelmente devido à grande abundância de matéria orgânica e germes aumentados que acumulam tais águas nesses tempos. No São Francisco, há mais do que no Tocantins, visto ali a água tornar-se por completo barrenta. Lá e aqui os navegantes têm o cuidado de colher a água à noite, para dela se servir no correr do dia. Os caixeiros viajantes ali usam um filtro de substância porosa que deitam ao pote e a água penetra por porosidade e dela se servem durante o dia (SILVA, p.40. 1999)

Depois de passar por um trecho do rio pedregoso e de difícil acesso, conhecido como Cachoeira das Três Barras, situada após a cidade de Boa Vista, onde viviam os Apinajés,

³⁹ Em minhas pesquisas pela *web*, não consegui encontrar nenhuma doença com esse nome, ou algo que pudesse relacionar a certa doença específica. Apenas induziu no sentido de interpretarmos o ‘mal de Sodoen’, como o ‘mal do sódio’, dando a entender que certas pessoas dessa região consumiam muito sódio.

Francisco Ayres escreveu como os tripulantes descansavam e se alimentavam, após um momento de tensão e esforço muscular pra se manterem seguros e equilibrados dentro da embarcação.

Ele ainda informa sobre a alimentação e a bebida típica da região: Jacuba (bebida feita com água, farinha de mandioca, açúcar ou mel e, às vezes, com um pouco de cachaça) e o costume de fumar e consumir rapadura, este último, de certa maneira, reestabelecia as energias dispendidas no trecho pedregoso, devido ao açúcar da rapadura.

Passada a cachoeira das Três Barras, segue-se um trecho franco do que a tripulação se aproveita para deixar o bote seguir de *bubua*, descansar o braço e o espinhaço, fazer uma *jacubada* e servi-la e, depois, tirar *alguma fumaça*, para se volver à labuta. Por ocasião da *jacubada* foi distribuída uma ração de *rapadura*, por parte da fazenda, completando-se, assim, o regalo dos tripulantes, que associaram mais esse ingrediente à sua alimentação. Alguns tripulantes têm comprado rapaduras, há alguns dias, e então repartem-nas por entre os amigos, e assim vão melhorando sua matéria alimentar. A primeira alimentação consistiu em *feijão casado* pela manhã, e arroz e moranga, ao jantar. O feijão casado é um prato especial da zona. É uma mistura de feijão, carne, toucinho em toras e arroz (SILVA, p.44. 1999).

Silva (1999, p.46) discorre, que em um lugar chamado Sítio Alegria, na região do Alto Tocantins, atual bico do papagaio, na divisa com o estado do Pará, o médico retrata o cotidiano e as habitações das famílias, descrevendo as pobres e abastadas, as lavouras, os plantios, os alimentos da região, inclusive, como preparava a mandioca brava e mansa, o milho, a cana-de-açúcar para rapadura, a tapioca e quais os instrumentos utilizados para preparar os pratos típicos. Disse também que nos lares mais carentes era de costume fornos simples para o preparo do verdadeiro alimento da classe pobre do interior brasileiro, a saber: o pão;

Passamo-lo parado, no sítio Alegria, no furo do Sucumbido. O sítio Alegria é um *ménage* dos confortáveis da zona. A casa de palha se localiza no centro da modesta lavoura. É uma casa de três lanços, estando dois cobertos e um à mercê ainda do tempo. Um dos *lanços* é a residência da família. Está fechado, é dizer, tem as paredes bem forradas de palha e, à porta de cada quarto, uma porta de talos de buriti, que se apoia em hastes de madeira fortemente fincadas, quer dos lados quer em baixo, à guisa de batente. A cobertura do teto da casa é de folha ou talos de coco *pindoba* e as paredes são de talos *babaçu*, de modo que, quebrados os folíolos, eles assumem posição especial, ficando, todavia, seguros pela nervura mediana. O lanço médio da casa tem as paredes meio fechadas. É o maior e é aí que a família dá-se a seus misteres, recebe e dá hospedagem aos passageiros. Nesse lanço observa-se, de um lado, um forno de torrar farinha, uma masseira e, dentro, alguns ralos para o serviço da mandioca ou milho, enquanto do outro lado, está fincada uma engenhoca a duas moendas, terminada, cada uma, por longas hastes, à guisa de braços de alavanca, por meio dos quais o homem, graças à sua força, faz escoar da cana de açúcar o precioso suco,

que lhe dará ulteriormente o doce, é dizer, o açúcar ou arapadura, conforme seu gosto mais ou menos apurado. O forno de torrefação da farinha é um montão de bolos de barro e pedra, perfurado no centro com uma ou duas bocas ao lado, ao qual se opõe, fechando a abertura superior, uma laje de pedra chata ou duas, quando se deseja um forno maior, barreado depois, com barro resistente. A masseira é um pedaço de madeira grosso, aberto ao centro, e que serve de depósito para a massa de mandioca ou milho que, ulteriormente, é submetida à torrefação. Descascada a mandioca, lavada, e, a seguir, levada ao ralo, de ordinário por mulheres e meninos, depois do que toda a massa resultante da raladura é reunida e submetida ao processo da expressão. Para expressão, alguns se servem de um pequeno aparelho de talos de buriti, chamado *tipiti* ou *tapiti*, e outros fazem pequenos quadrados de madeira, com pequenas varinhas superpostas, umas nas cabeças e outras aos laços, de modo a formar uma espécie de caixãozinho, que forra com palhas de *pindoba*. [...] O *tipiti* ou *tapiti* é feito de tal modo que, vazio, ele se apresenta curto e grosso, recebendo a massa e submetido à pressão, ele se alonga e afina, recebendo então a expressão de todo o líquido da massa. Aqui a pressão se faz nas extremidades do elemento aparelho. O líquido que escoar da massa é deixado depositar por algum tempo e o depósito, substância alva, quando seca, depois de lavada algumas vezes, é a *tapioca*, bastante nutritiva, amilácea que é da mandioca. Feita como fica dito, e é este o processo corrente nos lares mais pobres, a farinha sobre ser carregada de terra em consequência do forno não é muito nutriente, sabido que grande parte dos seus princípios amiláceos são esgotados com a perda de sua parte líquida. Nas *menages* mais afortunadas há os fornos de ferro ou cobre para o preparo da farinha e há as rodas e as prensas, que completam a aparelhagem para o fabrico do **verdadeiro pão das classes pobres do nosso país, em especial, no interior** (SILVA, p. 45 – 46, **grifo nosso**).

Após extensas observações sobre o preparo da rapadura e de bebidas típicas como: *chembereba* (espécie de bebida refrigerante bastante ácida) de cajá, de bacaba, açai, caraná, buriti, dentre outras, associadas, muitas vezes, a farinha, fazendo-se do refresco um prato alimentar, com ingredientes que adicionam: água, açúcar ou rapadura e farinha, prontamente analisa a natureza e as plantas medicinais: hortelã, manjeriço e mostarda aoredor da casa do Sítio Alegre.

Dizíamos atrás que estávamos à frente de uma *ménage* das confortáveis da classe pobre. Efetivamente, em torno da *menage* estendem-se um milharal e um arrozal em franca promessa de frutificação, ficando anexo um mandiocal, mais ao fundo um canavial e um bananal. Mais próximo da casa existem alguns pés de laranjeiras, cajueiros, e de permeio a este misto de plantio, há pés de maxixes, morangas, abóboras, cabaças, pimentas, etc., e até **flores, hortelã, manjeriço e mostarda. Estes últimos irão constituir, sem dúvida, a medicina do lar** (SILVA, p. 46 – 47, **grifo nosso**)

No dia 4 de abril, durante a noite, o médico Francisco Ayres chega no lugar chamado sítio Marrecas à 16 léguas (aproximadamente 77 Km) de Imperatriz e cerca de 35 léguas (169 Km) de Marabá. Neste lugar descreve as poucas plantações na região, as estruturas e materiais empregados na construção das casas. Ele afirma ser a população pobre,

“desleixada” e acometida por moléstias como úlceras dos membros inferiores, asma infantil, portadores de sarnas, verminoses, manchas escuras na pele, que poderiam ser em consequência de sífilis e/ou lepra (hanseníase) (SILVA, 1999).

O Médico comenta que no Sítio Alegria havia um indivíduo com poliomielite – paralisia dos membros – e casos de impaludismo (malária), e que a quinina, medicamentomais eficaz contra a malária na época, era quase inacessível para à população carente, devido ao seu preço exorbitante, mesmo depois de ser oficializado pelo governo.

As casas são todas cobertas e fechadas com palha de coco babaçú, inclusive as próprias portas que aqui são de esteiras de palha de coco. A fundo do sítio se vê um pequeno canavial e um minúsculo bananal. O pessoal é **pobre e, vê-se bem, pouco desleixado**. A casa maior é de quatro lanços, tendo alguns quartos meio fechados, três deles com folhade coco. Aqui observamos um caso símile de poliomielite, com paralisia dos quatro membros; datando de muito tempo, diversos casos de **úlceras dos membros inferiores**; datando também de tempo, um caso de **asma infantil**, talvez consequente de **verminose**, além de indivíduos portadores de **sarna** e **manchas escuras**, que nos deixam dúvidas se de **fundo sífilítico**, se **leprosos**, pois que não nos foi dado examiná-los mais precisamente. O indivíduo da paralisia dos membros até aos dezoito anos foi vigoroso e, agora mesmo, é tipo desenvolvido e bem disposto quanto ao tórax e ventre. Por essa ocasião começou a sofrer febres mal tratadas e, em consequência, teve, a princípio, paralisia dos membros superiores, e depois, ao término de um dos acessos, também dos membros inferiores. Hoje, após, tantos anos, ele está completamente paralítico dos membros, e só pode andar arrastando-se. Trata-se-á de um caso de polinevrite beribérica, palúdicaou um caso de poliomielite? – [...] – Em quase todos os pontos que tocamos há casos de febre de impaludismo. A **quinina** é quase inacessível à classe pobre; pois que uma dose de menos de meio gramacusta 1\$000, isto mesmo depois que a quinina foi oficializa (SILVA, p.50 – 51, **grifo nosso**).

Ao chegar em Marabá, no Alto Tocantins, um pequeno vilarejo, o médico diz quemuitos goianos vieram residir na região iludidos pela fortuna fácil, mas fracassavam semalcançar a metade desejada, deixando longes de si família e filhos durante anos. O medicorelata que, em Marabá, moravam os empregados da construtora Norte do Brasil, responsáveis pela construção da estrada de ferro na margem direita do rio Tocantins.

Disse também existir colônias de sírios que dominavam quase todo comércio devenda de carne, farinha, arroz, feijão, doces, queijos, biscoitos, toucinhos, galinhas, dentre outras mercadorias e que aparentavam ser pessoas abastadas e saudáveis (SILVA, 1999). Paraenses, maranhenses e goianos que habitavam a região eram constantemente acometidos por doenças, principalmente febres de catarro e a malária (impaludismo). Alguns adoentados foram tratados com ‘*quinina*’, administrada por Francisco Ayres, demonstrando que no Alto

Tocantins a ajuda médica era mais bem vinda do que na região do Médio Tocantins, talvez, por haver mais movimento comercial, promovendo assim investimentos na região. A aceitação e a trocas de informações sobre medicamentos deveria ser mais constante do que no interior do Médio Tocantins.

Em Marabá se encontram alguns empregados da 'Norte do Brasil', estradinha de ferro marginal direita do Tocantins, e que há trinta anos ilude as esperanças desta zona, sem haver conseguido, sequer, chegar ao quilômetro cem, ponto à montante da afamada Cachoeira da Itaboca, o grande pesadelo do Tocantins e Araguaia. Tivemos ocasião de observar aqui um caswwo de eczema do couro cabeludo se irradiando para o pescoço; um caso de mastite dupla, em consequência de aborto, e um caso de impaludismo passando ao estado crônico, em uma *puérpera*. Há aqui, anualmente, febre de impaludismo por ocasião das vazantes. Os sírios, geralmente, gozavam de saúde. Pelo menos são corados e aparentam vigor, o que se não observa em grande parte dos brasileiros, alguns pálidos e de cor terrosa. [...] Continuamos em Marabá. Pela manhã chega um bote que vem de Belém do Pará. O pessoal tem tido febre de catarro, segundo diz o piloto. Está com um mês e um dia de viagem de Belém a Marabá. Todos dizem que em Marabá grassa febre, em determinadas épocas de vasantes, e que os febrentos vêm em especial de Alcobaça, quando em trânsito para Belém. Há aqui ferimentos. As crianças são, em grande escala, marcadas por erupções da pele, que, segundo dizem, são devidas a *micuim* ou *mucuim*. [...] Os febrentos de bordo já se encontram restabelecidos. De três dias para cá apareceram dois tripulantes fortemente gripados. **Todos os doentes têm sido quininizados, inclusive os gripados que, ao lado da quininação, guardam relativo repouso.** O dono do bote que aqui aportou, vindo de Belém com destino a Conceição do Araguaia, chegou fortemente gripado daquela capital, pelo que **solicitou nossa intervenção médica.** É um estado gripal já datando de um mês, ao qual, atendendo à zona, não falta o impaludismo para entretê-lo e prolonga-lo (SILVA, p. 54 – 55, **grifo nosso**).

Durante a viagem existiam alguns pontos de parada até Belém como: Ilha do Inglês, Bacuri, Santo Anastácio, Arumateua e Alcobaça, foram descritos por Ayres. Diz ele que nessa região era de costume a extração da borracha e da castanha, e que a população, em sua grande maioria, era de cor amarelada e pálida, ou seja, sofriam de ancilostomose (vermes), de impaludismo, e de outras doenças (SILVA, 1999).

Para o médico sanitário, as pessoas não eram asseadas, nem preocupadas com sua higiene e saúde pessoal. Em algumas hospedagens e albergues para viajantes, por exemplo, aceitava-se como hóspedes mendigos doentes, caquéticos e até tuberculosos (SILVA, p. 55. 1999).

Com relação principalmente aos adoentados, o médico menciona, em seu diário, que nos casos dos tripulantes gripados que aceitaram a sua intervenção médica, todos foram

tratados com sais de quinino e inalações constantes de solução alcoólica de mentolcanforado, porém, alguns recusaram o tratamento, sob o pretexto de que o medicamento secava o catarro.

Na região de Alçobaça, cede da estrada de Ferro Norte do Brasil, o serviço de profilaxia era exercido por farmacêuticos e não por médicos. Esse pode ser uma razão para o mau serviço sanitário prestado na região. Ayres alega que a região também era propensa a inúmeros focos de insetos, por ser um lugar pantanoso, havendo em todo canto, levas e levas de pessoas acometidas pela malária. Além do mais, descreve que um lugarejo, com seis ou sete casinhas, com um pequeno templo católico, conhecido como Patos, à esquerda do rio Tocantins, tinha sido dizimado pela gripe espanhola.

Patos é um aglomerado de umas seis ou sete casinhas, tendo um pequeno templo católico numa elevação mais em destaque. Sua população foi, há pouco, dizimada pela gripe espanhola, tendo sido quase completo seu extermínio (SILVA, 1999. p. 67)

Em regiões próximas ao destino final da viagem, em lugares como Mares, Ilha do Jataí, São Joaquim, Acará e Conceição, apesar de parte da região sofrer endemicamente com a malária, notou-se poucos anofelinos (mosquitos, muriçocas). Ao aportar em Catimbáu, encontramos outra alusão a cura popular empregada no combate à gripe e tosse, composta de óleo ou azeite de andiroba, utilizada pelos remeiros.

Apesar da utilização deste óleo pelos remeiros, Francisco Ayres não observou melhoria no combate as tosses, visto que elas persistiram no transcorrer da viagem, talvez por não usarem o medicamento com a regularidade exigida. O certo é que para chegar a um diagnóstico era necessário a observação mais acurada sobre a cura popular aplicada pela experiência dos remeiros mais velhos.

O óleo ou azeite de andiroba os nossos remeiros compram-no em grande porção e vão usá-lo contra tosse que presentemente os acomete com intensidade, devido aos restos de gripe. Se usam ou se vão usar tal substância para tal fim, é que a experiência dos tempo e de seus maiores na carreira firmaram crença segura a tal propósito. Iremos observar o resultado de tal crença. [...] Dizíamos atrás que iríamos observar o efeito do azeite de andiroba, na fase crônica para que passou a gripe, que atacou alguns tripulantes. A observação que pudemos fazer não nos autoriza conclusão alguma, pois que os doentes ainda tosse e, ao de mais usam o óleo homeopaticamente, às gotinhas e sem muita regularidade. É possível que esse óleo de andiroba seja um excelente peitoral, trazendo-se necessária a observação mais acurada, a ver até que ponto tem a razão de ser a experiência dos velhos (SILVA, p. 79 –86)

Conforme Hochman (2013), com Belisário Penna à frente das ações públicas federais, a campanha pelo saneamento rural buscava unificar um enorme e heterogêneo grupo de

intelectuais e convencer, a elite política e a sociedade brasileira, da gravidade do problema, apresentando um diagnóstico dramático sobre os males do Brasil, associando uma interpretação persuasiva sobre suas causas. O objetivo seria incutir no espírito dos dirigentes, médicos e elite a necessidade de uma política sanitária.

Francisco Ayres da Silva também ingressou na política. Em 1914, ele foi eleito deputado federal, renovado o seu mandato, em 1918, 1922, 1926 e 1930. No desempenho do cargo de deputado, em seu primeiro discurso parlamentar, demonstrou conhecer os problemas do interior de Goiás

Sr. Presidente, a bancada de Goyaz nesta Casa, à qual tenho a honra de pertencer, julgou-se no dever de apresentar emendas aos orçamentos ainda em estudos na Comissão de Finanças, as quais, rejeitadas em 2º turno, foram algumas delas retiradas em 3º. Quando, Sr. Presidente, tomamos tal iniciativa, devo francamente dizê-lo, não nutríamos esperanças de vê-las incorporadas, ao final, em lei, uma vez que nós outros mandatários dos Estados de pequena representação, já nos habituamos, pelo menos nós outros de Goyaz, a nada conseguir, embora esforços reiteradamente despendidos no momento oportuno. A Goyaz, Sr. Presidente, o Poder Legislativo, o Poder Executivo vão negando tudo; parece que o Estado Central não pertence à federação; parece que ali não existem brasileiros, não existem sequer seres humanos; os próprios óbulos de caridade que os brasileiros farta e prodigamente proporcionam a quem quer que deles necessite, sistematicamente negam-se a nossos patrícios do interior (SILVA, 1999)

4 CONCLUSÃO

A medicina praticada no decorrer da história do Brasil, até às três primeiras décadas da República Velha, principalmente no sertão, permaneceu quase sempre a cargo de curandeiros(as), feiticeiros(as), raizeiros(as), benzedores(as), padres, freiras, parteiras, sangradores, barbeiros, boticários, cirurgiões e conhecimentos sobre alimentos e plantas medicinais, usadas por populares que passavam seus conhecimentos, práticas de curas, de geração a geração, de como manter e produzir saúde.

Talvez por não ter para quem recorrer ou achar que seu conhecimento medicinal bastava para curar vários males, muitos sujeitos não procuravam ajuda, nem de curandeiro e, muito menos, de um médico.

Embora houvesse em Salvador (1549), Rio de Janeiro (1582), Ouro Preto (1730), Porto Alegre (1803), Recife (1860), Fortaleza (1861), e São Paulo (1825/1884), as Casas de Misericórdias, algumas construídas desde a época colonial, com práticas caritativas (religiosas) e assistência médica coexistindo no mesmo local, gerando momentos harmoniosos e conflituosos, no *‘Alto Tocantins’* e *‘Médio Tocantins’*, não havia nenhuma instituição desse caráter que pudesse atender aos adoentados. Somente a Casa de Misericórdia de Belém era viável para socorrer algum doente, devido a navegação do Rio Tocantins que, proporcionava a melhor forma de se locomover nestas localidades, embora fosse ainda assim de difícil acesso.

A partir dessas evidências percebemos que os hospitais eram instituições restritas a determinadas regiões do país, sobretudo no litoral, o que dificultou a assistência médica no interior do Brasil, principalmente para a classe popular. No entanto, devemos lembrar da existência de consultórios particulares voltados ao atendimento de uma elite local.

No início do século XX, não há hospitais ou instituições médicas mantidas pelo Estado ou pela iniciativa privada no Médio Tocantins. A população dessa região achava-se isolada e uma prática médica acadêmica achava-se normalmente em grandes centros urbanos. Esse é um problema que dificultou a inserção da medicalização nessa região, principalmente com relação aos hospitais, espaço de sucesso e demonstração técnica da medicina acadêmica.

Depois de averiguarmos e constataremos a ausência de hospitais na região do Alto e Médio Tocantins percebemos que os saberes da medicina acadêmica só alcançaram estas localidades por meio de jornais. Além do mais, a partir dos referenciais teóricos que tratam de doenças, curas populares e medicalização no Brasil, fica claro que no sertão do país, a sua implantação ocorrerá com práticas médicas acadêmicas, a partir da atuação de médicos indicados e/ou influenciados a averiguar, fiscalizar, reprimir, desqualificar e educar os mais

pobres e carentes da população no sentido de se viver uma vida saudável. Não há como negar que o legado iluminista do séc. XVIII e do positivista do séc.

XIX, influenciaram o século XX, no sentido de lançar bases sólidas para a fundação de um método rigoroso de fazer ciência. Esta exigia dispensar o subjetivismo e a especulação na consecução do conhecimento verdadeiro só se tornando válido caso enquadrado nos padrões predeterminados pela lógica racional, com estatísticas, evidências reconhecidas e comprovadas pela comunidade científica. Em detrimento da nova postura adotada, o conhecimento não poderia andar lado a lado com as superstições e dogmas religiosos, visto que, em vez de ajudarem, atrapalhavam à ciência.

Neste sentido, na virada para o séc. XX, o Brasil herdeiro da ciência francesa, irá formar conhecimento no âmbito da medicina com base experimental, influenciada pelos movimentos intelectuais advindos da Europa, mais precisamente da Alemanha e, depois, norte-americanos. Neste momento ocorreu a criação de institutos de pesquisa e de produção de imunoterápicos, destacando-se o Rio de Janeiro e São Paulo, com a implantação do laboratório experimental da microbiologia e da imunologia.

O médico Francisco Ayres da Silva, estudado nesta dissertação, formou-se em medicina no Rio de Janeiro, num momento que se consolidava a medicina experimental e implementação do modelo biomédico. Paralelamente, junto com a importância dos periódicos, como espaços privilegiados de estudo e debate sobre os avanços da ciência médica, além de ser um meio de acesso aos saberes medicinais acadêmicos nos lugares mais remotos do interior do Brasil.

Francisco Ayres atuou no sertão do Alto e Médio Tocantins, principalmente na cidade de Porto Nacional, de onde ele era natural, com o intuito de levar os saberes da medicina acadêmica para população sertaneja, abandonada, que habitava aos arredores do rio Tocantins. Através do *Norte de Goyaz*, informava o leitor sobre o perigo da varíola e a importância da vacinação e revacinação contra essa moléstia, que ceifava milhares de pessoas.

Ele também se encarregou de divulgar medicamentos homeopáticos, reconhecidos pelos principais laboratórios do Brasil e da Europa, campanhas e fiscalizações sanitárias, nos municípios de Porto Nacional, Pedro Affonso e Natividade, todos localizados no Médio Tocantins.

Embora reconhecendo que Francisco Ayres assumiu a responsabilidade de melhorar e informar a população sobre as doenças que grassavam nesta região, além de técnicas e medicamentos desenvolvidos nos laboratórios do Brasil, Europa e Estados Unidos, não podemos esquecer que somos homens/mulheres de nosso tempo e produto do meio. Neste

sentido percebemos que no jornal ‘*Norte de Goyaz*’, em suas páginas, não menciona notícias sobre agentes populares de curas, enfocando sempre o papel do médico e farmacêutico. Deste modo, há um silêncio na imprensa goiana, bem como dos estados circunvizinhos, sobre as atuações de personagens como curandeiros(as), feiticistas(as), raizeiros(as), benzedores(as), barbeiros, sangradores etc.

Na região percorrida pelo médico Francisco Ayres, através da navegação do rio Tocantins, explicitou sua postura científica, modernista, positivista e republicana. Seu pensamento estava atrelado a um ideal de civilização em que as práticas de curas populares não faziam parte, considerando-os como supersticiosos, ignorantes e enganadores/charlatões. Desta forma, não reservou espaços para criticar e nem julgar estes populares, reservando para eles, apenas o silêncio e a omissão como ‘lugares para sua História’, que deveria ser esquecida.

No entanto, em seu diário *Caminhos de outrora*, ao relatar sua viagem no bote *Cristal*, de Porto Nacional para Belém do Pará, através do rio Tocantins, o médico Francisco Ayres tratou de denunciar práticas de curas exercidas pelos barqueiros, remeiros, roceiros, matutos, ribeirinhos e outros sertanejos.

Ele observou que nessas localidades, distantes de centros urbanos movimentados, permaneciam os conhecimentos de como manter e produzir saúde, por meio de plantas medicinais e alimentação típica da região. Assim, muitos sertanejos do Alto e Médio Tocantins, principalmente, por acreditar, se tratar, ou em algum momento obter sucesso por meio de práticas curativas, passadas de geração a geração, que curavam moléstias, não procuravam ajuda de médicos formados, como relata Francisco Ayres em seu diário. No dia 22 de março de 1920, precisamente no segundo dia de viagem para Belém,

Ayres escreveu sobre o doente a bordo que sofria de *diarreia de sangue* (enterite⁴⁰ sanguinolenta). Mesmo sabendo que havia médico a bordo, o adoentado preferia se automedicar “com água levemente adoçada, com tapioca ou polvilho de mandioca, reestabelecendo sua saúde com sucesso, depois de tomar diversas vezes por vários dias seguidos” (SILVA, 1999. p. 23).

Francisco Ayres, ao chegar na Vila de Marabá no Alto Tocantins, no dia 6 de abril de 1920, conta que quase todos os tripulantes acometidos por gripes e febres solicitaram sua intervenção médica.

⁴⁰ Termo que designa inflamações no intestino, mais especificamente, o tecido que reveste a parte interna desse órgão, a mucosa intestinal. - IDOR – Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino <https://www.rededorsaoluiz.com.br/>.

Apesar de ser uma Vila, esta já se apresentava como um lugar relativamente movimentado, com comércio próspero, dando a entender que, em lugares de maior circulação comercial, supõe-se maior interação social, de ideias, mercadorias, logo, haveria maior aceitação por parte da população quanto a importância do papel do médico na sociedade.

Mesmo assim, as práticas de curas populares eram as mais utilizadas e acessíveis, principalmente com o uso de plantas, raízes e óleos extraídos de vegetais, como o de andiroba, consumido pelos remeiros contra tosses intensas ocasionadas pelas gripes de catarro, corriqueiras, em alguns períodos do ano, na região do Alto Tocantins.

Portanto, a falta de hospitais, o reduzido contingente de médicos disponíveis nos sertões, trouxe como consequência a abolição da rígida hierarquia social da medicina, dando espaço para permanência de práticas de curas populares, relacionadas ao conhecimento das plantas medicinais e a alimentação típica da região como uma forma de manter-se saudável.

No caso do Alto e Médio Tocantins observamos práticas de curas populares exercidas por barqueiros, remeiros, matutos/roceiros(as), ribeirinhos e outros sertanejos(as) que viviam ao longo do rio Tocantins. Constatamos, através do diário do médico Francisco Ayres, o uso de plantas medicinais e alimentos típicos da região, sendo usados como medicamentos.

Esses indivíduos permaneciam como os principais elementos de curas nestes lugares distantes dos centros urbanos, bem como a medicalização do Dr. Francisco Ayres da Silva, seus medicamentos, técnicas, diagnósticos, desafios, sucessos, ambiguidades, irregularidades, observações, transformações e fracassos como médico sanitário deste sertão brasileiro.

O médico Francisco Ayres foi influenciado pelos seus contemporâneos: Francisco Fajardo; Eduardo Chapot Prévost, Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Vital Brazil, Emílio Ribas, Belisário Penna, Carlos Chagas, dentre outros médicos. Ayres utilizou jornais para informar a população interiorana sobre as novas técnicas medicinais vigentes da época e ajudou a promover os dois momentos da ‘Reforma Sanitária’ no período da República Velha.

A Primeira Reforma Sanitária, foi colocada em prática pelo médico Francisco Ayres através do jornal ‘Norte de Goyaz’. Focada no saneamento urbano e nos portos brasileiros, promovia uma visão europeia, defendendo que a modernização e a promoção da ideia de hábitos civilizados seria a solução para conter as doenças infectocontagiosas, pois a população sertaneja, ainda permanecia desprovida dos costumes modernos⁴¹ (civilização moderna), entendidos como saudáveis. Focada no saneamento urbano e nos portos brasileiros, promovia uma visão europeia, defendendo que a modernização e a promoção da ideia de hábitos civilizados seria a solução para conter as doenças infectocontagiosas, pois a

população sertaneja, ainda permanecia desprovida dos costumes modernos⁴¹ (civilização moderna), entendidos como saudáveis.

A Segunda Campanha Sanitária, interessada no saneamento rural buscava unificar um enorme e heterogêneo grupo de intelectuais e convencer, a elite política e a sociedade brasileira, da gravidade do problema, apresentando um diagnóstico dramático sobre os males do Brasil, associado a uma interpretação persuasiva sobre suas causas. Percebemos que Ayres adota essa postura no período em que escreveu seu diário de viagem, ‘Caminhos de Outrora’, pois ao navegar pelo rio Tocantins, identifica algumas práticas de curas populares e as doenças mais recorrentes nas populações sertanejas da região do ‘Médio e Alto Tocantins’. Além do mais, Ayres torna-se Deputado Federal em 1914, sendo reeleito em 1918, 1922, 1926 e 1930. Nesse período a campanha sanitária

rural incutiu no espírito dos dirigentes, médicos e elites regionais a necessidade de começarem a criar uma política sanitária para todo o território brasileiro.

Portanto, o uso das plantas medicinais e a alimentação típica do Médio e Alto Tocantins, eram as principais formas de manter a saúde dos sertanejos e barqueiros do rio Tocantins. Mesmo havendo médicos e remédios divulgados nos jornais, não era costume do sertanejo recorrer a eles, pois seu conhecimento sobre curas populares, passadas de geração a geração, bastava para se automedicarem, sem a ajuda de um médico formado. Além do mais, apesar dos periódicos nortistas, como o *Norte de Goyaz*, emitirem exclusivamente a versão das formas de controle da classe dominante, ou seja, a dos médicos e seus medicamentos, entendemos que a história dos populares e suas práticas de curas, também pode ser resgatada e construída por meio do silêncio e da omissão das elites dirigentes, como ocorreu com este trabalho.

⁴¹ Exemplos de costumes promovidos pela ‘civilização moderna’, do início do séc. XX - Não escarrar e nem cuspir no chão, procurar evitar lugares sujos, com lixos e possas de águas paradas, entendidos como lugares propícios aos miasmas (ar putrefato – teoria miasmática das doenças) que facilitavam a promoção das doenças infectocontagiosas. Limpar-se com produtos de higiene e cosméticos, utilizar medicamentos, fármacos e vacinas para se prevenir e curar os males e por fim, quando estiver doente, recorrer sempre a um médico, evitando curandeiros, benzedeiros e outros possíveis charlatões que se dizem conhecedores da medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGE, Mônica de P. P da Silva. **As Mulheres Parteiras da Cidade de Goyaz (séc. XIX). 2002.** 148f. Dissertação (Mestrado em história das sociedades agrárias) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

AGUIAR, E. **Medicina: uma viagem ao longo do tempo** (Domínio público). 2010.

Disponível em:

<https://www.academia.edu/5326704/MEDICINA_UMA_VIAGEM_AO_LONGO_D_O_TEMPO>. Acesso em: jan. 2021.

ALBUQUERQUE, M. B. *et al.* **A ciência a Caminho da Roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ Casa de Oswaldo Cruz, 1991.

ALENCASTRO, L. F. **Vida Privada e ordem privada no Império.** In: ALENCASTRO L. F. & NOVAIS, F A. (Orgs.). *História da Vida Privada no Brasil.* v. 2. *Império: a corte e a modernidade nacional.* São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

ANDRADE, N. **A profilaxia da febre amarela.** *Revista Médica de S. Paulo*, 319-325, 1902. *Annales de l'Institut Pasteur*, 4:253, 25 abr. 1890.

APOLINÁRIO, J. R. **Povos Timbira, Territorialização e a construção de práticas políticas nos cenários coloniais.** São Paulo: *Revista de História*, Nº 168, p. 244-270, janeiro / junho 2013.

APOLINÁRIO, Juciene. **II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Mesa 2 Fármacos, curas e epidemias – Doenças, plantas e práticas curativas indígenas na América Portuguesa do século XVIII.** Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande, 2020. (Comunicação oral).

ARAÚJO, C. da S. **Fatos Personagens da história da Medicina e da Farmácia no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Continente Editorial. 1979.

BASTIDE, R. *As Religiões Africanas no Brasil.* São Paulo: Pioneira, Ed. da Universidade de São Paulo, 1960. v.II.

BASTOS, Mário J. da M. **O poder nos tempos da peste, Portugal – séculos XIV/XVI.** Série Biblioteca, v. 19. Ed 1º. Niterói: EdUFF, 2009.

BASTOS, Mário J. da M. **II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Medicina e Poder nos tempos da Peste (Portugal séc. XIV – XVI).** Rio de Janeiro, UFF, 2020. (Comunicação oral)

BENCHIMOL, J. L. **Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. Em História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, II (1):pp. 67-98, 1995.

BENCHIMOL, J. L. **Dos Micróbios aos Mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil.** Rio de Janeiro: EdUFF, Editora Fiocruz, 1999.

BENCHIMOL, J. L. **Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro.** In: FERREIRA, J. & DELGADO, L. de A. N. *O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República `Revolução de 1930.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BENCHIMOL, J. L. **Revolução Pasteuriana na saúde pública e na pesquisa biomédica brasileira.** TEIXEIRA, Luiz; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto (orgs.) *História da Saúde no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 2018.

BRAGA, I. M. R. M. D. **Sabores e Segredos. Receituários Conventuais Portugueses da Época Moderna.** São Paulo: Annablume Editora, Outubro 2015.

BRAGA, Isabel. **II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Doença e cura nos receituários portugueses da Época Moderna.** Lisboa, Universidade de Lisboa, 2020. (Comunicação oral).

BRASILEIRA DE PESQUISA HISTÓRICA, XXII, 2002, Rio de Janeiro. **Resumos dos trabalhos da XXII Reunião Anual da Sociedade brasileira de Pesquisa histórica.** Rio de Janeiro, 2002b.

CALAINHO, Daniela, Buono. **Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial.** *Revista Tempo*, Rio de Janeiro, nº 19. pp. 61-75. 2005.

CALAINHO, Daniela, Buono. **João Vigier: um droguista no Portugal setecentista.** - Usos do passado - XII Encontro Regional de História, ANPUH-RJ, 2006.

CALAINHO, Daniela. **II Seminário Virtual Internacional de História Moderna: Mesa 2 Fármacos, curas e epidemias – Plantas do Brasil nas farmacopeias portuguesas setecentistas.** Rio de Janeiro, UERJ/FFP, 2020. (Comunicação oral).

CASA DE OSWALDO CRUZ. **Escola Anatômica, Cirúrgica e médica do Rio de Janeiro.** Dicionário histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Fiocruz. Disponível em: < <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/index.php> >

CASTRO SANTOS, L. A. de. **A Reforma Sanitária Pelo Alto: O pioneirismo Paulista no início do Século XX.** Dados – *Revista de ciência Sociais*, vol. 36, n.º 3, pp. 361-92. 1993.

CATAI, D. **Médicos, Barbeiros e feiticeiros: Africanos e práticas de cura no Brasil do século XVIII.** VIII Encontro Estadual de História, ANPUH BA, Feira de Santana, 2016.

CROSBY, A. W. **America's Forgotten Pandemic – The Influenza of 1918.** Cambridge University Press. 1989.

DEBRET, Jean Baptiste. **Viagem pitoresca e histórica ao Brasil.** Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1978.

DE SWAAN, A. **In care of The State. Health Care, Education and Welfare in Europe in the Modern Era.** Cambridge, Polity Press. 1990.

EDLER, F. C. **A Constituição da Medicina tropical no Brasil Oitocentista: da climatologia à parasitologia médica**, 1999. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). (Mimeo.)

EDLER, F. C. **A medicina no Brasil Imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica**. Anuario de Estudios Americanos, Sevilha, v. 60, n. 1, p. 139-156, 2003.

EDLER, F. C. **As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884**, 1992. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. (Mimeo.)

EDLER, F. C. **O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. História, Ciências, Saúde**: Manguinhos, III(2): 284-299, 1996.

EDLER, Flávio; FONSECA, Maria Raquel Fróes. **Saber erudito e saber popular na medicina colonial**. Cadernos ABEM, v.2, 2006.

FERNANDES, T. M. D. **Vacina Antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

FERREIRA, Luís Gomes. **Erário mineral [1735]**. Org. Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro-Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

FIGUEIREDO, B. G. **A Arte de Curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FIGUEIREDO, B. G. **Dicionário de Medicina Popular: mediação entre o mundo acadêmico e o senso comum na segunda metade do século XIX**. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE.

FIGUEIREDO, B. G. **Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular**. Educar, 25: 59-73, 2005.

FRASER, D. **The Evolution of The British Welfare State**. Londres, Macmillan. 1984.

FREITAS, G. Maria Helena. **Considerações acerca dos primeiros periódicos científicos brasileiros**. Ci. Inf., Brasília, v. 35, n. 3, p. 54-66, set./dez. 2006

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala: formação da sociedade brasileira sob o regime de economia patriarcal**. Rio de Janeiro: Record, 1992.

FREYRE, G. **Sobrados e Mucambos**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1951.

FREYRE, G. **Vida Social no Brasil nos Meados do século XIX**. Rio de Janeiro, Recife: Artenova, Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais, 1977.

GEWEHR, R. B.; BAÊTA, J.; GOMES, E.; TAVARES, R. **Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas**. Psicologia

USP, v. 28, n. 1, p. 33-43, 2017.

GOUVEIA, H. de. **Sobre o papel dos mosquitos na propagação das moléstias tropicais (carta de Dr. Hilário de Gouveia ao Brazil-Medico)**. O Brazil-Medico, (21): 208-210, 1 jun. 1901.

GUIMARÃES, Maria Regina. C. **Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular do Império**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 2012.

HOCHMAN, Gilberto (Org.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. / organizado por Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Caminhos e fronteiras**. 3°. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Visão do paraíso: os motivos edênicos no descobrimento e colonização do Brasil**. 6°. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LEITE, Bruno. M. B. **Medicina de Padre: Estudo sobre os fundamentos culturais da medicina jesuítica no Brasil Colonial**. 2011

LÉVI-STRAUSS, C. **O feiticeiro e sua magia**. In: LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

MAGGIE, Y. **Medo do Feitiço: relações entre magia e poder no Brasil**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.

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

NAVA, P. **O Círio Perfeito**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

NUNES, Radamés Vieira. **Francisco Ayres, lembranças de um porvir: Porto Nacional ea modernização no norte de Goyaz**: Uberlândia: UFU, 2016. 344 f. Tese (Doutorado em História Social) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

OLIVEIRA, J. F. **Origens, desenvolvimento e Aspectos do Coronelismo**. Rev. Sem Aspas, Araraquara, v.6, n.1, p. 74-84, jan./jun. 2017.

OLIVEIRA, Maria de Fátima. **Entre o Sertão e o litoral: Cultura e cotidiano em Porto Nacional 1880/1910**. Anápolis: Coleção Olhares, 2010.

OLIVEIRA, M. F. **Um médico no sertão: O rio, a cidade e a gente ribeirinha**. Hist. R., Goiânia, v. 24, n. 1, p. 218–238, jan./abril 2019.

OLIVEIRA, Terezinha. Origem e Memória das Universidades Medievais: a preservação de uma instituição educacional. *Varia História*, Belo Horizonte, vol. 23, nº 37, p. 113- 129, Jan/Jun 2007.

OLIVEIRA, Terezinha. **Os Mendicantes e o ensino na Universidade Medieval: Boa Ventura e Tomás de Aquino**. In: XXIV Simpósio Nacional de História, 2007: São Paulo. Associação Nacional de História (ANPUH), 2007

PENNA, B. & NEIVA, A. **Expedição pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a sul de Goiás**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, VIII(30): 74- 224, 1916.

PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES Flávio (orgs.). **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil**. – Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016. 312 p.

PINHEIRO, M. **O Norte**. Belém, n 172. 23, ago. 1880. p. 1-4. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=818054&pasta=ano%20188&pesq=&pagfis=1>>. Acesso em 16 jun. 2021

RODRIGUES, Cleiton Lopes. **Humores e Temperamentos: considerações sobre a teoria Hipocrática**. Revista Páginas de Filosofia, v. 9, n. 2, p. 109-120, jul.-dez. 2020

ROSA, Carlos A. P. **História da ciência: o pensamento científico e a ciência no século XIX**. 2. ed. Brasília: FUNAG, 2012.

SAMPAIO, G.R. **Nas Trincheiras da Cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial**. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

SANGLARD, Gisele. **A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização**. Revista Esboços, Santa Catarina, v. 13, n. 16 (2006).

SANTOS FILHO, L. **História Geral da Medicina Brasileira 2**. 1. reimpressão. São Paulo: Hucitec, 1991.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. 1. Ed. – São Paulo: EGB, 2003.

SILVA, Francisco Ayres. **Caminhos de Outrora: diário de viagem**. 2. Ed. – Porto Nacional: Prefeitura Municipal, 1999.

SILVA, Francisco Ayres. **Norte de Goyaz**. Porto Nacional, n. 63. 30, abr. 1908. p. 1- 4. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=120685&pasta=ano%20190&pesq=&pagfis=1>>. Acesso em 8 out. 2021).

SILVA, Kalina. **Dicionário de conceitos históricos**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006. 489p.

SOUZA, L. de M. e. **O Diabo e a Terra de Santa Cruz**. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.

TEIXEIRA, Alfredo; LOBO, Antonio. **A Revista do Norte**. Maranhão, n. 17. 1, mai. 1902. p.

1 - 18. Disponível

em: <<http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=783846&pasta=ano%20190&pesq=&pagfis=1>>. Acesso em 10 jun. 2021).

TEIXEIRA, Luiz; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto (orgs.). **História da Saúde. 1. ed.** São Paulo: HUCITEC, 2018. 485 p.

THOMAS, K. **Religião e o Declínio da Magia.** São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

WEBER, B. T. **As Artes de Curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio Grandense – 1889-1928.** Santa Maria, Bauru: Editora da UFSM, Edusc, 1999.

ANEXOS

ANEXO A - Jornal Norte de Goyaz: Periódico Mensal (GO) Ano 1908 /Edição 00063

A elle terão direito os officiaes e pragas do pret. sobreviventes dos corpos de voluntarios da Patria e guarda nacional que serviram no exercito e na armada por occasião da mesma guerra e bem assim os auxiliares da guerra e estudantes de medicina e pharmacia que serviram como voluntarios na referida campanha.

—DEZASTRE—

No sitio Conceição — Districto do Carmo — pela manhã de dia 22, deu-se lamentavel desastre em que se viu bastante enatundida em uma das mãos Da Delfina da Cruz Vianna Santos, esposa do laborioso lavrador nosso amigo sr. Ciriaco Valentim dos Santos.

Achava-se o sr. Ciriaco em uma moagem, sendo então sua snr. um dos auxiliares, occupando-se no perigoso serviço de fornecer a cana ao engenho.

Em talo momento em que o serviço marchava com toda regularidade, aconteceu o lamentavel desastre, sendo então ephila pelas moendas do engenho a mão da pobre senhora.

A doente foi humilissimamente transportada, em rede para esta cidade, achando-se aos cuidados medicos do nosso director Dr. F. Ayres, que foi logo chamado para prestar os necessarios socorros.

Os nossos votos são para que em breve se restabeleça a laboriosa senhora.

Na quizená passada sujeitou-se a uma intervenção cirurgica soffrendo melindrosa operação o sr. Capm. Theodorico L. de Souza, commerciante estabelecido em Pedro Affonso e que se acha aqui em tratamento.

É bastante animador o estado do doente e o nosso desejo é que em breve S. S. se ache completamente restabelecido dos seus soffrimentos.

Avisamos aos nossos concidadãos que o nosso redactor chefe está a disposição do publico do municipio para a vacinação e revaccinação, todos os dias uteis, de 4 às 3 horas da tarde, em seu consultorio, à rua 15 de Novembro.

É opportuno lembrar que a primeira vaccina, segundo é corrente em sciencia, immunisa o individuo contra a varíola, por cinco annos, a segunda por 7 etc.

Outro sim que a vaccina é o unico preventivo contra a varíola, hoje reconhecido e adoptado no mundo inteiro; que a vaccina nenhum mal causa ao vaccinado e a todo o tempo o individuo pode ser vaccinado.

Ainda que a vaccina braço à braço, isto é a utilização do

Puz vaccinico de um vaccinado é perigosa e muito nociva por que pôde transmitir, de um para outro, a syphilis, a tuberculose, a lepra e muitas outras molestias de que acaso possa estar contaminado o portador da pustula vaccinal.

Ao regressar da Europa foi recebido pomposamente na Capital Federal o eminente Dr. Ruy Barbosa, illustrado representante do Brazil em Haya.

Em Brim, povoação perto de Nancy, França, o povo teve, por muitas vezes a dita de observar um singular e milagroso acontecimento.

Por occasião do Santo sacrificio da missa, celebrada pelo prior da localidade no acto da elevação da hostia todos os circumstantes eram maravilhados pelo apparecimento, no centro mesmo de hostia, da imagem de Jesus Christo.

A primeira appareição da miraculosa imagem foi por occasião da festa da Immaculada Conceição; posteriormente foi observada muitos dominhos successivos.

Entre as pessoas que aprechiaram o milagre e o confirmam estão as autoridades civis do lugar.

Regressão de Pedro Affonso, para onde havia se Guido a interesses commerciaes o nosso prestimoso amigo capm. Fortunato Alves Bentes Ferreira, digno 2º. suplente do Juiz Municipal deste Termo e no sso prezado assignante. Nossa visita.

A HOMOPATHIA DE SOUZA SOARES

Medicamentos de grande efficacia curativa, reconhecida durante mais de 30 annos de vendas progressivas.

Vastos laboratorios na EUROPA e no BRAZIL.

Substancias puras — verdadeiramente garantidas — colhidas nos proprios logares de sua natividade, como ensina Hahnemann.

Preparações a machina.

Produtos altamente premiados por diversas Academias e Exposições, nacionaes e estrangeiras.

TOSSE VIOLENTA

O Sr. Carlos Augusto Peixoto de Alencar, digno major de cavallaria do exercito brasileiro, residente em S. Borja, Rio Grande do Sul, dirigiu ao Visconde de Souza Soares, autor do **Peitoral de Cambarà**, a seguinte carta, enaltecendo as propriedades do mesmo remedio:

« . . . Atacado de uma tosse
« violenta, pertinaz, tendo tido
« por espaço de oito dias conse-
« cutivos, pela manhã, vomitos a
« ponto de ficar suffocado, lem-
« brei-me tomar o seu precioso
« medicamento **Peitoral de**
« **Cambarà**, e, com um só
« frasco, fiquei restabelecido, pe-
« lo que o felicito.

« Com toda a consideração,
« subscrevo me, etc. — *Carlos*
« *Augusto P. de Alencar* », —
(Firma reconhecida).

O **Peitoral de Cambarà**, que é o melhor remedio para as affecções pulmanares, bronchites, coqueluche, asthma, rouquidão e qual quer tosse, tem o seu Deposito Geral no **Estabelecimento Industrial - Pharmaceutico SOUZA SOARES**, em Pelotas (Est. do Rio Grande do Sul).

Vende-se em todas as pharmacias e drogarias do Brasil.

Depositarios no Rio de Janeiro:

Adolpho Ubaldino Xavier
Silva, Gomes & C.
Godoy Fernandes & Paiva
A. Mallet Soares
Costa, Gaspar & C.
Araujo Freitas & C.
Julio d' Almeida & C.

ANEXO C – Revista do Norte (MA) Ano 1902 / Edição 0017

VI A REVISTA DO NORTE

ESPECIFICO ALCO DE HARVEY

O grande remedio inglez

CURA INFALLIVEL

CURA RAPIDA E RADICALMENTE TUDO OS CASOS DE DEBILIDADE NERVOSA, IMPOTENCIA, EPIDERMATITIS, TUBERCULOSIS, EPILEPSIA, DO ENDOCRINO, DO CHACAO DOS TESTICULOS, PROSTRACAO MORBIDA, MOLESTIAS DO FEGADO E DA BEXIGA, ERRETORES INVOLUNTARIOS E FRAQUEZA DOS MÚSCULOS GENE-RAIS.

Este especifico faz a cura positiva em todos os casos, quer de crianças, quer de velhos, dá força e vitalidade aos órgãos genitais, renova todo o sistema nervoso, clareia a circulação do sangue para as partes genitais, e é o unico remedio que restabelece a saúde e dá força às pessoas NERVOSAS, DEBILITADAS E DEPENDENTES.

O desesperto, o tolo, a grande excitação, a insensatez e o desentendimento geral, desaparecem gradualmente depois de tomar deste especifico, resultando o sossego, a coragem e a força.

Este maravilhoso especifico tem sido usado com grande exito por milhares de pessoas, e achou-se a venda nas melhores farmacias e drogarias do mundo.

Direção: HARVEY & COMPANHIA

247 EAST, N 23 STREET

NEW-YORK-E. U. A.

Mais vale prevenir . . .

Quando temos que remediar basta lançar mão da Emulsão de Scott de Óleo de Fígado de Bacalhã com Hypophosphitos de Cal e Soda, que ha perto de três decadas está em uso com os mais satisfactorios resultados em todos os casos indicados pela sua composição. Como reconstituente e a preparação favorita dos medicos. Serve de remedio e alimento ao mesmo tempo e no arsenal therapeutico difficil será encontrar mais de efficacia actualizante que combata tantas enfermidades.

Quanto a prevenção—Quantas vidas não tem salvo a Emulsão de Scott! Quantas mais não teria salvo se se applicasse a tempo nos casos de debilidade debilitantes! A Emulsão de Scott fortalece o corpo, purifica o sangue e é excellente tónico para os nervos. Corpos sem força para resistir a doença são preta faca de molestras e muitas vezes victimas fataes. A Emulsão de Scott é um grande preventivo.

Consequente não uma doença constitucional, que se pôde curar se empregada inflexivelmente, a prevenção e a debilidade. A Emulsão de Scott é justamente o remedio em tais casos. Dar-se a maior quantidade de bexiga com o bacalhã de codão. Recusar-se as imitações e as "preparações sem saber" e "viciadas" que se dizem ser óleos de fígado de bacalhã mas que não tem mais graça d'agua.

A venda em todas as farmacias e pharmacies. **SCOTT & BOWNE, Chimicos, New York, E. U. A.**

A REVISTA DO NORTE VII

CIRURGIÃO DENTISTA

Monteiro de Souza

Coloca dentaduras sem chapa, coras d'ouro e de porcellana, dentes a pivot, etc.

Obtura dentes a ouro, platina, granito e a blocos de porcellana dura, pelo maravilhoso processo do professor Chauvin, da Escola dentaria de Paris.

Corrige qualquer desvio dentario.

Cura radicalmente fistulas e abcessos gengivais

Possuindo os mais poderosos anesthesicos, garante effectuar sem a minima dor todas as operações dentarias.

Consultas das 8 horas da manhã ás 4 horas da tarde, á praça do Carmo, n. 18, sobre a joalheria do sr. Roberto Mojoli.

S. Luiz MARANHÃO 2

Em correspondencia directa com

ANEXO E – Jornal - Correio do Norte: Periódico Semanário (PA) Ano1882 / Edição 00003

p. 4

CORREIO DO NORTE

+

Pharmacia UNIVERSAL

DE

Rodrigues Silva & Comp.

LUA DOS MERCADORES, (VELLO DO CARREI) - N. 11

Recibem ultimamente aparelhos electrico e magnetico, uteis para a lham e todas affecções nervosas, assim como escovas electricas para as dores de cabeça e nevralgias.

As verdadeiras pilulas anti-nevralgias do dr. Mouette.
As muito conhecidas pilulas purgativas e depurativas do chirurgião Mattou, e de outros autores que se tornaria inútil ao mencionar.

Ponchas de ether assafetida, anodyntica e analgias, essencia de trebalcutina e apol.

Capulas de oleo de figado de bacalhão croantadas, ditas com aleatro e ditas de ditas com aleatro croantado.

Ditas das boas conhecidas, dos seguintes autores:
Fortin, Baquise, Grimeut, Ricord, Mathes-Caylus & Co.

Oleo de figado de bacalhão croantado, ferruginoso e solido, ferro e quina simples, claro e escuro, de diversos autores.

Vinhos medicinos: de Deleuze e Peptone do mesmo, ditas de Doussinoy, de extracto de figado de bacalhão, de Chevre e Virano.

Vinho de Coca do Peru, dito de Arond, simples ferruginoso, dito de Pepana de todos os autores, ditas de Mosier.

Solução de salicilato, toda de Cluze e xarope do mesmo, muito empregado na clausuração.

E em seu numero de preparações nacionaes.

Finalmente, seria um tanto arduo em descrever as boas preparações que temos, visto que temos relação a com diversas casas nacionaes e estrangeiras.

ANEXO F – Chegada dos botes a Porto Nacional (Início do Século XX)



ANEXO G – Ribeirinhos no porto aguardando a chegada dos botes a Porto Nacional no início do Século XX



ANEXO H - Francisco Ayres da Silva (1872-1957)

