

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIENCIA E CULTURA NA HISTÓRIA

ADRIANA DA COSTA VIEIRA

**Alimentação e Saúde:** a dieta dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica (1793-1796)

Belo Horizonte  
2014

ADRIANA DA COSTA VIEIRA

**Alimentação e Saúde:** a dieta dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica (1793-1796)

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em: Ciência e Cultura na História do Departamento de História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em História.

Orientadora: Profa. Dra. Betânia Gonçalves Figueiredo.

Belo Horizonte  
2014

ADRIANA DA COSTA VIEIRA

Dissertação defendida em /22 /8/2014 pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Profa. Dra. Betânia Gonçalves Figueiredo (Orientadora)

---

Prof. Dr. Jean Luiz Neves Abreu

---

Prof. Dra. Rita de Cássia Marques

## AGRADECIMENTOS

Foram dois anos de estudos e pesquisa que culminaram na presente dissertação. Muito devo aos professores da PPGH/FAFICH, especialmente a Rita de Cássia Marques e Anny Jackeline Torres Silveira, por ter dividido generosamente comigo seu conhecimento durante o curso de mestrado. Delas tive sempre a acolhida carinhosa além do incentivo e das observações precisas. A professora e orientadora Betânia Gonçalves Figueiredo, que conheceu meu sonho e, como ninguém, soube exigir de mim constante empenho e atenção durante a pesquisa e elaboração do texto final.

Devo agradecimento especial ao meu marido Sebastião Figueiredo, que soube entender e aceitar as horas de estudo e compreendeu que eu estava em busca de realizações. Ao meu filho Pedro Henrique que enche de luz e de alegria a minha vida e começamos a valorizar ainda mais, uma dieta saudável e dedicarmos a fazer sempre que possível nossas refeições juntos. Não há palavras para agradecer ao meu cunhado Júlio Celso, apesar de engenheiro em área de historiador, soube dialogar comigo os pontos chave do meu trabalho nos quais a interdisciplinaridade fez-se presente, encontrei em sua pessoa boa vontade e disposição, e não hesitou em acolher-me auxiliando-me na elaboração dos gráficos, cujas sugestões, contribuições e palavras de incentivo deram-me a segurança do caminho escolhido.

Sou devedora também à professora e amiga Polyana Valente que esteve sempre pronta no atendimento aos meus pedidos de socorro, minha gratidão eterna pela doação amiga de sua atenção com quem pude discutir este estudo e trouxe-me sugestões e críticas que ampliaram o escopo da minha abordagem.

Não poderia deixar de citar o zeloso atendimento que tive por parte da professora Cristina Aparecida Olímpio Fernandes, a ela fica registrada a minha gratidão particular e aos funcionários do Arquivo Público Mineiro, sobretudo a Márcia Alkmim. Finalmente, aos amigos e familiares que souberam entender e aceitar a distância física, que embora pudesse ser entendida como afastamento, nos unia através do diálogo e da compreensão.

Os remédios da vida não se usam em cada tempo,  
ao passo que sem alimentos não é possível viver  
nem são nem doentes.

(Cláudio Galeno<sup>1</sup>)

---

<sup>1</sup> GALENO, Cláudio. A natureza e virtude dos alimentos, Curitiba, editora da UFPR, 1992.

## **Alimentação e Saúde: a dieta dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica (1793-1796)**

### **RESUMO**

A historiografia mineira que aborda a temática da alimentação encontra-se ainda bastante incipiente, sendo a escassez de informações ainda maior quando voltamos os olhos para o período colonial. O presente trabalho discute a dieta alimentar dos enfermos do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica, particularmente entre 1793 e 1796, no esforço de contribuir com os estudos do final do século XVIII.

Eleita como um dos fatores digno de atenção durante a época moderna, a dieta hospitalar passou de simples e frugal para nutritiva e terapêutica, definida de acordo com os preceitos da medicina hipocrática-galênica. Esta pesquisa desenvolveu-se a partir da análise das listas avulsas remanescentes dos antigos livros de receita e despesa do hospital, consultadas no Arquivo Público Mineiro e manuais médicos divulgados no contexto das Minas colonial. Buscamos também para fundamentação teórica, autores que pesquisaram sobre a visão da alimentação e da terapêutica para fundamentar nossa discussão.

Nossos objetivos principais foram caracterizar os alimentos consumidos e refletir sobre a importância dos mesmos nos procedimentos de cura, identificar em que medida a dieta ministrada pelo hospital referenciava a terapêutica hipocrática-galenica; e finalmente perceber que com o auxílio de uma dieta nutritiva e terapêutica o hospital cuidava simultaneamente da doença e da pobreza.

#### **Palavras chave**

Dieta dos enfermos, Vila Rica, hospital da Santa Casa de Misericórdia, século XVIII.

#### **Keywords**

Diet of the Sick, Vila Rica, Hospital Santa Casa Misericordia, eighteenth century.

### **Abstract**

The historiography of "Minas Gerais", which discusses the thematic of food is still quite incipient and the scarcity is even greater when searching for on the colonial. This paper discusses the diet of the unhealthy of the Santa Casa de Vila Rica Hospital, between 1793 and 1796.

In modern times, the hospital diet was elected as a factor worthy of attention, and changed from simple and frugal to nutritious and therapeutic, defined according to the precepts of the hippocratic-galenic medicine. The research was developed from the survey of the remaining ancient lists of old recipe books and hospital expenses, consulted in the public archives and medical manuals published in the context from that time, as well as theoretical reasons to seek authors who explore the theme feeding at the "Minas Colonial".

Our main targets were to identify which foods were the most commonly prescribed in the diet of the sick, exam in if the use of any food in the diet had a relationship with a particular historical period, and, finally, reflect if, with the aid of a nutritious and therapeutic diet, the hospital procedures took care simultaneously of the healing and the poverty.

## LISTAS DE FIGURAS

<b>Fig. nº 1</b>	<i>Tabela dos gêneros representativos para o período de 1793 a 1796.....</i>	67
<b>Fig. nº 2</b>	Tabela dos gêneros não representativos para o período de 1793 a 1796.....	67
<b>Fig. nº 3</b>	Tabela dos gêneros de provável produção própria para o período de 1793 a 1796.....	68
<b>Fig. nº 4</b>	Representação Gráfica para o ano de 1793 dos gêneros representativos.....	84
<b>Fig. nº 5</b>	Tabela para o ano de 1793 dos gêneros representativos.....	84
<b>Fig. nº 6</b>	Tabela para o ano de 1793 dos gêneros não representativos.....	85
<b>Fig. nº 7</b>	Representação Gráfica para o ano de 1794 dos itens representativos.....	91
<b>Fig. nº 8</b>	Tabela para o ano de 1794 dos gêneros representativos.....	91
<b>Fig. nº 9</b>	Tabela para o ano de 1794 dos gêneros não representativos.....	92
<b>Fig. nº 10</b>	Representação Gráfica para o ano de 1795 dos gêneros representativos.....	94
<b>Fig. nº 11</b>	Tabela para o ano de 1795 dos itens representativos.....	95
<b>Fig. nº 12</b>	Tabela para o ano de 1795 dos gêneros não representativos.....	95
<b>Fig. nº 13</b>	representação Gráfica para o ano de 1796 dos itens representativos.....	96
<b>Fig. nº 14</b>	Tabela para o ano de 1796 dos itens representativos.....	96
<b>Fig. nº 15</b>	Tabela para o ano de 1796 dos gêneros não representativos.....	96
<b>Fig. nº 16</b>	representação Gráfica para os anos de 1793 a 1796 dos itens representativos.	101



## Sumário

INTRODUÇÃO.....	10
1 ASSISTÊNCIA, HOSPITAL, DOENÇA E O ASSISTENCIALISMO NAS MINAS DO OURO.....	18
1.1 O significado do termo assistência.....	18
1.2 Origem do hospital.....	25
1.3 Doença.....	29
1.4 A assistência nas Minas do ouro.....	34
2 ALIMENTAÇÃO E SAÚDE, E ALIMENTAÇÃO COMO MARCA IDENTITÁRIA.....	44
2.1 Alimentação e saúde.....	44
2.2 Alimentação como marca identitária.....	57
3 FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL, USO DAS FONTES E DIETA ALIMENTAR.....	61
3.1 Alguns aspectos do funcionamento do hospital.....	61
3.2 Uso das Fontes.....	66
3.3 A dieta dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica.....	79
Considerações finais.....	103
Referências bibliográficas e documentais.....	105
<b>Anexos.....</b>	<b>115</b>

## INTRODUÇÃO

A prática da História da Alimentação como atividade regular de pesquisa nos cursos de pós-graduação das universidades brasileiras é ainda bastante tímida e relativamente recente. Já na historiografia internacional, principalmente na francesa, um vasto campo abriu-se à pesquisa histórica. Dentre os estudiosos franceses destacam-se Flandrin (1998), Bahlou (1983), Jean-Paul Aron (1990).

Este estudo tem como objetivo analisar e caracterizar a dieta prescrita aos doentes da Santa Casa de Misericórdia, na antiga Vila Rica (hoje, cidade de Ouro Preto), entre 1793 e 1796, com a finalidade de refletir sobre a importância dos alimentos nutritivos e terapêuticos nos procedimentos de cura. Buscamos no passado colonial as raízes históricas da cultura alimentar hospitalar mineira. Pressupõe-se que a dieta seja resultante de processos econômicos e socioculturais e era elemento importante no processo de cura de doenças.

Antes, porém, é bom retomar o sentido da palavra “curar”. Bluteau em seu dicionário (vol. 2, p. 640) atribuiu-lhe o seguinte significado: “dar a um doente, remédios para sarar”, devendo ser entendido, quando utilizado ao longo do texto, como tratar, medicar, e não no sentido de sanar a enfermidade.

Após várias leituras sobre alimentação e as práticas terapêuticas em Minas Gerais na época colonial, começamos a nos interessar por esse campo de estudo e a pensar em uma pesquisa que abordasse o “lugar” da dieta no universo da cura. Gradativamente fomos percebendo que o regime dos convalescentes do hospital da Santa Casa estava associado às diversas práticas de tratamentos de doenças que conviviam (dialogavam e se enfrentavam) nos setecentos.

A nossa investigação histórica em Vila Rica sobre a dieta hospitalar foi aguçada, não apenas pelo fato de ter sido sede do governo provincial e a primeira Vila a ser instituída na região, mas também, por ser a primeira a ter uma Santa Casa erguida nas Minas em 1735. A fundação do arraial que deu origem à Vila foi por volta de 1698, pelos bandeirantes paulistas, mas a primeira Santa Casa de Misericórdia do território só seria criada após trinta anos das primeiras ocupações.

No período em estudo, Vila Rica encontrava-se no auge de um notável crescimento demográfico e urbanístico, sustentado pela exploração aurífera, agropecuária e o comércio.

Essas atividades somadas a uma gama de outras ocupações favoreceram para que se tornasse, precocemente, uma das mais importantes regiões da América Portuguesa e relevante polo comercial no século XVIII. Sua população caracterizava-se pela heterogeneidade, constituída por portugueses, mineiros, baianos, paulistas, forros, mestiços e negros ou escravos, apresentava-se, portanto, ser o local mais propenso para se fundar um hospital na capitania.

A criação do hospital na província de Minas devia-se à proeminência política e econômica assumida por essa região na administração colonial, refletindo seu peso econômico e a necessidade de manutenção da vigilância e do controle da população carente.

O hospital da Santa Casa de Misericórdia era de caráter assistencial, quanto muito curativo, provia materialmente e espiritualmente aquele que além de sua condição de pobre estava doente. Não tinha como fim último curar, mas sim, assistir, alimentar e dar apoio espiritual aos necessitados. Nesse caminho, a dieta oferecida aos pacientes era curativa e terapêutica. Assistir aos necessitados era uma questão humanitária que estava relacionada aos mandamentos cristãos, era a ação mais contundente de vivenciar e praticar o Evangelho.

No final do século XVIII a Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica contava no seu quadro de servidores com médico, cirurgião, procurador, enfermeiro, escravos, dentre outros. A figura do enfermeiro Manoel José Dantas aparece com frequência na documentação analisada, porém não está relacionada ao desempenho de nenhuma tarefa específica; mas está relacionado à prestação de contas de gêneros alimentícios para os doentes. Aparecem também, com certa frequência, os servidores escravos, possivelmente encarregados da limpeza e por abrir sepulturas para os pacientes que vieram a óbito. Devemos considerar que havia ainda a possibilidade desses escravos exercerem a função de curar, já que é relatado pela historiografia recente a atuação de alguns deles como cirurgiões. A esse respeito Almeida (2010, p. 36) ressalta que, nas Minas setecentistas, escravos barbeiros, sem licença para atuar formalmente, sangravam e tiravam dentes de outros escravos.

Nas Minas ao longo do século XVIII, as principais bases econômicas eram a extração do ouro, a atividade agropastoril e o comércio. Muitos artífices e agricultores sofreram com os corpos machucados tanto nas minas como na agricultura.

Entretanto, não foram apenas os acidentes que acometeram a população das Minas. Doenças como a lepra, a bexiga, o escorbuto entre outras eram comuns e grassaram na região.

A população carente que adoecia em Vila Rica e região era assistida pela Santa Casa de Misericórdia e sob seu cuidado recebiam gratuitamente os tratamentos básicos para recuperação de sua saúde, entre os quais uma dieta reforçada, diversificada e considerada adequada às necessidades de cada paciente.

Vale elucidar que a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto foi fundada em 1735, tendo como padroeira Nossa Senhora Santana. Esta corporação era uma associação de caridade que visava desde o começo à criação e à manutenção de um hospital para tratamento dos enfermos pobres desamparados.

Concentramos nossa atenção no consumo de gêneros alimentícios que, partindo da cozinha, se destinavam à alimentação dos doentes, os principais destinatários dos recursos do hospital, excluídos da análise os produtos de botica. É relevante ressaltar que nem sempre é fácil distinguir entre cozinha e botica, a divisão que separa estes dois espaços é ambígua, uma vez que, como sabemos, a alimentação constituía em parte importante dos processos de curas dos enfermos.

Os gastos do hospital, pertencentes ao período de 1793-1796, vinculados à alimentação ocuparam um lugar de destaque, provavelmente maior do que os gastos com medicamentos. Isso revela pelo menos dois aspectos: a) a natureza caritativa da instituição desse período, de assistência ao enfermo pobre; e b) a importância que os alimentos assumiam na recuperação dos pacientes. Há de se considerar que alguns alimentos consumidos não foram listados na contabilidade, porque o hospital poderia prover-se de doações de pequeno porte feitas pelos fiéis ou cultivá-los na própria instituição. Costumava-se ter uma horta e um galinheiro onde guardavam e criavam algumas aves como galinhas e frangos e cultivavam hortaliças e ervas. Esse assunto será trabalhado no capítulo três.

Percorrendo a historiografia mineira foi encontrado estudos que discutem a temática da alimentação e a dinâmica da sociedade colonial. Segundo Meneses (2000, p.121) “além dos remédios, o tratamento dispensado aos enfermos incluía uma dieta rigorosa e mais rica que a dieta cotidiana”. É importante ressaltar que a doença era alvo de cuidados alimentares especiais, acreditava-se que os alimentos considerados nutritivos e terapêuticos auxiliavam na restauração da saúde das pessoas doentes. Ao estudar as práticas alimentares do Seminário de Mariana nas primeiras décadas do século XIX, Magalhães (2004, p.99) observou que “a manutenção alimentar dos doentes desequilibrava consideravelmente o orçamento do seminário, pois muitos dos gêneros utilizados nas dietas eram importados”. A doença

colocava os convalescentes em um mundo diferente de seus pares, no que diz respeito à alimentação a eles destinada, pois gêneros alimentícios caros e escassos eram adquiridos para enriquecer a sua dieta. Nos primeiros anos de colonização a escassez de alimentos foi companheira dos conquistadores, Frieiro (1982, p.53), argumenta que “o alimento básico da maioria da população achava-se no milho e na mandioca”. Posteriormente, os colonizadores criaram estruturas de sobrevivência e estabilidade e a dinamização da economia foi gradualmente, respondendo a demanda por novos produtos.

Na busca de fontes para o estudo da dieta dos enfermos, do antigo hospital, foi localizado no Arquivo Público Mineiro, um fundo documental localizado no arquivo da Casa dos Contos, Ouro Preto (ACC, avulsos). Esse conjunto documental chama atenção pela sua riqueza de detalhes e pela sua continuidade no período. O historiador tem como meta essencial de seu ofício inquirir o passado por meio de seus vestígios. Várias vezes, esses indícios se encontram organizados em arquivos públicos e privados, o que viabiliza o trabalho do pesquisador. No entanto, em outros casos de pesquisas, o historiador se vê diante de um trabalho de investigação, que se iniciou em acervos documentais que se encontravam dispersos e desorganizados, e tal situação levará, na maioria das vezes, a reorientação de pesquisa ou mesmo seu abandono.

No Arquivo Público Mineiro, nos manuscritos avulsos remanescentes dos livros de receitas e despesas do antigo hospital de Vila Rica, em forma de listas, foi encontrado toda relação de gêneros alimentícios destinados aos enfermos; porém sem características específica de um “cardápio de hospital”, como os dos dias de hoje. No entanto, forneceram elementos necessários para discutir e analisar as rotinas alimentares dos pacientes da Santa Casa de Misericórdia. Esses documentos apontaram várias interpretações abrangendo as origens sociais e econômicas dos pacientes, o aspecto medicinal dos alimentos e a diversidade desses gêneros consumidos na dieta dos convalescentes.

À primeira vista, a fonte permitiu-nos estabelecer um juízo razoavelmente claro sobre a dieta oferecida no hospital. Pôde-se notar uma variedade de gêneros alimentícios e um padrão alimentar que se repetia diariamente, no qual as teorias médicas daquela época ajudavam a estabelecer os cuidados com os enfermos e indicavam alimentos necessários para o reequilíbrio do corpo doente.

Na consulta às listas de gêneros alimentícios destinados ao preparo da dieta dos pacientes do hospital de Vila Rica, encontrou-se semelhanças e analogias com a Medicina oficial, divulgada em manuais que vieram de Portugal para a América Portuguesa, que foram escritos por médicos e cirurgiões, que tinham como objetivo popularizar o saber de cunho médico na colônia.

Desses manuais, destacaram-se, o do médico Francisco da Fonseca Henríquez, conhecido também como Dr. Mirandela, denominado Âncora Medicinal (1721); Erário Mineral, (1735) de autoria do cirurgião Luís Gomes Ferreira, e o livro do cirurgião José Antonio Mendes (1770) intitulado Governo de Mineiros, os dois últimos autores com larga prática no universo de cura nas Minas coloniais.

As informações referentes à saúde pública vindas da administração central para a América Portuguesa, inscritas naqueles manuais, tinham um componente prático notório e se integravam num programa que teria repercussões na arte da cura nas Minas Setecentistas. Quando esses manuais eram lidos tinham a capacidade de levar esses médicos aos locais onde eles não existiam. Num período em que imperava a carência de médicos diplomados que pudessem atender à demanda dos diversos tipos de enfermidades, esses manuais representavam para os habitantes da Capitania uma via de acesso ao conhecimento de caráter médico divulgado pela escrita ou transmitido oralmente.

Pôde-se presumir que a dieta oferecida aos pacientes diferenciava-se muito da sua alimentação habitual. O responsável por registrar os gêneros alimentícios destinados à dieta dos pacientes do hospital, no período em questão, era o procurador da Santa Casa, por nome Manoel Antonio de Carvalho. Cientes dos significativos efeitos da alimentação tanto os médicos como os cirurgiões atribuíam a ela, não só a função de sustento vital do organismo, mas um contribuinte essencial para se alcançar a cura. O tratamento dispensado aos hospitalizados incluía medicamentos, repouso, reclusão, interrupção das atividades cotidianas e um regime alimentar especial.

A historiografia mineira tem abordado de maneira intensa, questões relacionadas à mineração, às expressões artísticas, e de forma menos intensa, às atividades como a agricultura, o comércio e, a pecuária, que se desenvolveram paralelamente à exploração do ouro e da arte. Entretanto, foi observado que, os estudos relativos a alimentação dos mineiros têm sido negligenciados; e que se faz necessário ampliar as produções acadêmicas e

bibliográficas sobre o tema, com a utilização criativa e autônoma no uso das fontes no esforço de contribuir para os estudos do final do século XVIII. Ao analisar os documentos, percebeu-se que a Santa de Casa de Misericórdia atendia homens e mulheres pobres, forros, capitães do mato, presidiários, negros, andarilhos, escravos, criminosos e indivíduos que não se situavam no topo das hierarquias sociais. Os assistidos recebiam gratuitamente, além dos remédios, auxílio médico, espiritual e nutricional que os ajudavam na recuperação do corpo debilitado.

Os gêneros alimentícios que abasteciam as dispensas da Santa Casa de Misericórdia se compunham de alimentos nativos e outros trazidos pelos colonizadores. De acordo com Gruzinski (2004) foi no decorrer do século XV e no começo do século XVI que a descoberta de novas terras, novos povos e culturas, abriram caminho para outra realidade mundial. O trânsito dos alimentos, que possivelmente existem desde os primórdios da humanidade, teve, a partir das grandes navegações, um grande impulso.

Se tornaram bem conhecidos os exemplos e casos de produtos alimentares próprios ao continente americano e antes desconhecidos dos europeus, como a batata, o milho, e outros que foram introduzidos na Europa e em outros continentes; assim como, ocorreu em sentido contrário, produzindo transformações significativas nos hábitos alimentares dos povos.

Para elaboração desse estudo foram analisadas em torno de quarenta listas de gêneros alimentícios que davam entrada no hospital de Vila Rica no período de 1793 a 1796, organizadas em diferentes caixas. Destas listas foram elencados mil cento e setenta (1170) itens que agrupamos em trinta dois (32) gêneros alimentícios diferentes. Posteriormente esses dados receberam um tratamento estatístico para viabilizar a análise das fontes.

Verificamos que a entrada dos gêneros alimentícios era feita mensalmente, pelo procurador do hospital, Manoel Antonio de Carvalho. Os alimentos produzidos na região eram responsáveis pela maior parte do consumo da Santa Casa. Os gêneros importados vindos de Portugal, tais como bacalhau, vinagre e possivelmente alguns tipos de vinhos, eram em número reduzido e de pouca frequência no “cardápio” do hospital, enquanto os produzidos na Capitania, como farinha de milho, e de mandioca, feijão e outros se mostravam bastante expressivos. Alimentos como pão, leite e banana eram consumidos diariamente pelos enfermos e, outros, no entanto, obedeciam à dieta própria requerida pelo tipo de doença.

A partir do que foi levantado e analisado surgiu a seguinte hipótese: em que medida a dieta dos enfermos referenciava-se à terapêutica hipocrática-galênica? Na qual a ingestão de

alimentos era fundamental nos processos de cura. Além dos medicamentos, os pacientes do hospital de Vila Rica contavam com um regime mais rigoroso e diversificado do que o habitual e alguns gêneros desempenhavam a função não só de alimento, mas também de remédio.

Diante dessa possibilidade buscou-se responder às seguintes questões: (I) quais os alimentos prescritos na dieta dos enfermos que eram utilizados também na antiguidade? (II) Qual era a concepção de dieta na antiguidade? (III) Como o saber de caráter médico se fez presente na dieta alimentar dos pacientes? (IV) Quais os alimentos mais consumidos e os menos freqüentes na dieta dos pacientes? (V) Qual o significado dos alimentos na recuperação da saúde dos pacientes? (VI) A medicina hipocrática fundamentada na teoria dos humores atribuía aos alimentos um relativo efeito de cura?

Esta dissertação será dividida em três partes. No primeiro capítulo, será traçado um panorama sobre a história do hospital e da assistência. Ao remontar às origens da assistência foi possível ver que antes do hospital de doenças existia o lugar de assistência aos necessitados. Discutir-se-à, de forma genérica, as características da assistência prestada pela Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica, influenciada pelo modelo português, mas com características próprias.

No segundo capítulo, será discutido de forma geral a alimentação e a saúde, a primeira como marca identitária. No terceiro capítulo, será apresentado o levantamento dos gêneros alimentícios destinados à dieta dos enfermos à luz da documentação estudada e da historiografia que discute a temática da alimentação e da terapêutica no período colonial, como os trabalhos de Magalhães<sup>2</sup>, Menezes<sup>3</sup>, Frieiro<sup>4</sup>, Almeida<sup>5</sup>, Abreu<sup>6</sup>, respectivamente, entre outros foi abordado o regime dos enfermos do hospital de Vila Rica, relacionando-o com manuais já citados.

---

<sup>2</sup> MAGALHAES, Sônia Maria de, A mesa de Mariana. Produção e consumo de alimentos em Minas Gerais (1750-1850). São Paulo: FAPESP/ Annablume, 2004.

<sup>3</sup> MENESES, José Newton Coelho de. O Continente Rústico: abastecimento alimentar na Minas Gerais. Diamantina, MG. Editora Maria Fumaça, 2000.

<sup>4</sup> FRIEIRO, Eduardo. Feijão, Angu e Couve. Belo Horizonte, Editora Itatiaia, 1982.

<sup>5</sup> ALMEIDA, Carla Berenice Starling de, Medicina Mestiça: saberes e práticas curativas nas Minas setecentistas. São Paulo: Annablume, 2010.

<sup>6</sup> ABREU, Jean Luiz Neves. Nos Domínios do Corpo: O saber médico luso-brasileiro no século XVIII. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.



Foi discutido e caracterizado meticulosamente a dieta dos pacientes nos finais do século XVIII e como esse regime alimentar apresentava analogia com as teorias médicas divulgadas nos manuais de autoria de cirurgiões e de médicos entre outros pontos. Observou-se que se tratava, efetivamente, da descrição de uma forma de alimentação nativa, desenvolvida ao longo do período colonial, em que se misturavam ingredientes autóctones e um reduzido número de produtos vindos de Portugal. Uma dieta mais diversificada, feita para se comer em grupos formados pelos enfermos pobres de Vila Rica. Tratava-se de uma comida adaptada a um paladar mais úmido, acostumados a cozidos e caldos, como o dos portugueses.

## 1- ASSISTÊNCIA, HOSPITAL, DOENÇA E O ASSISTENCIALISMO NAS MINAS DO OURO

### 1.1 O significado do termo assistência

A palavra assistência, no seu sentido lato significa auxílio, socorro. Conforme Correia (1999, p. 13) “qualquer necessidade que a pessoa não possa resolver por si própria e não consiga pagar com seu dinheiro, a assistência tem o seu lugar”, incorpora basicamente dois aspectos da vida humana: o material e o espiritual.

As origens da assistência são difíceis de precisar. Mas, observa-se nos povos primitivos a prática de auxílio mútuo, o esforço para conseguir alimentos para os doentes, para os fracos, para as crianças, para os velhos, os incapazes de lutar. Esses movimentos devem ter dado ensejo ao primeiro ato de assistência.

A assistência pode abranger vários aspectos da vida humana desde famintos, desabrigados, doentes, tristes, cativos, desolados, desesperados, mal aconselhados, pobres de pão ou pobres de consolação. No decorrer da história, a assistência tem sido encarada de várias formas, conforme o grau de civilização e as idéias sociais, políticas e religiosas de cada povo. Na época moderna, o progresso da civilização engendrou naturalmente novas necessidades, e, por conseguinte, novas maneiras e fontes de assistência.

Inspirados nos valores de caridade cristã de ajuda e amparo ao próximo, o assistencialismo, na época moderna, destacou-se entre as formas de ação social realizadas tanto por indivíduo, agremiações, organismos públicos ou privados. Embasado no sentimento de fraternidade humana, ele não se apresenta como um fator de mudança social, mas somente como uma forma de prestação de serviços aos necessitados de proteção e de apoio, buscando diminuir seu sofrimento ou satisfazer suas necessidades básicas (BOSCHI, 1984, p. 25).

A margem de atuação da assistência se reduz no nível das realidades micros sociais, como o atendimento individual, a grupos ou comunidades. As primeiras formas de assistência, de inspiração religiosa, a caridatativa, a beneficente e a filantrópica de inspiração laica caracterizavam suas ações imediatistas, na procura de resolver situações específicas de ajuda aos necessitados.

A assistência precursora da caridade cristã tinha um significado análogo ao que foi observado depois de Cristo. No Egito Antigo a caridade e a beneficência eram virtudes muito

apreciadas no tribunal de Osíris. Nos hieróglifos diversas vezes era lembrado o preceito de “dar pão” tendo o significado de deveres da hospitalidade.

De fato, alguns pontos aproximavam a caridade e a espiritualidade dos costumes egípcios da caridade dos cristãos, expressada na realização das Obras de Misericórdia:

A civilização egípcia antiga proclamava e manteve durante séculos estes princípios:

Igualdade na justiça, reconhecimento dos direitos da mulher e da criança, reconhecimento da qualidade de homem ao escravo, imposição de obrigações aos poderosos e aos ricos e assistência devida ao próximo infeliz, o que dá lugar de honra ao Egito na história da caridade antiga. (CORREIA, 1999, p 34).

A essência da questão assistencial, durante a época moderna, passou pela visão de santificação que encontrou sua origem em práticas tardo-medievais. Os cânones católicos foram protagonistas em incentivar o valor imaginativo e de significado que as boas obras tinham no imaginário popular. O limite que separava a caridade corporal e a espiritual era bastante tênue, “a caridade não fazia distinção entre mortos e vivos: realizar pelos primeiros era uma obra tão edificante como tratar dos corpos dos segundos, uma vez que os defuntos tinham vinculado patrimônio para celebração de missas e outras obras pias”.

No começo da época moderna, houve um impulso na reforma das instituições assistenciais por toda Europa, devido ao aumento da pobreza e as diferentes formas de se lidar com ela. Houve um verdadeiro movimento, com a intenção de racionalizar os serviços assistenciais em grandes hospitais gerais, e o aumentar o número de hospitais urbanos, os chamados grandes hospitais, quase sempre destinados aos pobres e aos recém-chegados à cidade.

Com o surgimento e o fortalecimento do Estado Moderno, emergem formas específicas de atividades assistenciais, como as Santas Casas de Misericórdia. A grande proliferação da confraria da Misericórdia em Portugal, e posteriormente nas colônias, pode ser vista pela importância que assumia na vida social dos povos. Essas instituições se estenderam à América Portuguesa, criando gradualmente na colônia uma série de Santas Casas de Misericórdia, as quais contribuíram para diminuir a grande carência de assistência, à população carente.

A assistência institucionalizada, em Portugal, encontrou raízes na Idade Média. Em muitas regiões, antes da reforma dos séculos XV e XVI, os pobres se beneficiavam de

serviços e de instituições estruturadas em torno dos conselhos. Uma característica essencialmente portuguesa era que as instituições medievais de assistência eram de competência dos leigos, ao contrário de outras localidades da Europa. A centralização da assistência promovida pelas Misericórdias possibilitou a criação de um sistema hospitalar sem grandes empenhos financeiros da Coroa, pois a maior parte dos serviços prestados era de patrocínio das elites sociais locais.

Na América Portuguesa, as instituições de caridade seguiram o modelo assistencial português, a expensas dos leigos criaram-se as Santas Casas de Misericórdias, que contribuíam para diminuir o grave problema assistencial da colônia.

A criação da primeira Misericórdia teve início no dia 15 de agosto de 1498, na Sé Catedralícia de Lisboa, em uma capela conhecida como a de Nossa Senhora da Terra Solta, ou como Nossa Senhora da Piedade, (KHOURY, 2004, p.10). As necessidades, as aspirações populares, a doutrina da Igreja Católica e a política social da Coroa Portuguesa propiciaram o florescimento das filiais da Misericórdia de Lisboa por toda América Portuguesa, elas se consolidaram e se expandiram através dos séculos. A criação da Misericórdia representa uma verdadeira reforma da assistência, a mais notável e eficaz que houve em Portugal (CORREIA, 1999, p. 533).

As Misericórdias foram associações fundamentalmente laicas, fundadas a partir de 1498 e se orientavam pelo compromisso baseado nas 14 obras de Misericórdias, descritas no Evangelho de São Mateus, são elas sete espirituais e sete corporais.<sup>7</sup>

Desde a institucionalização da assistência a elite participou com doações e atos pios como forma de visibilidade social e ascensão para o reino do céu. Assistir aos enfermos se enquadrava adequadamente em atos de misericórdia, e consta como obrigação explícita dos primeiros compromissos.

Curar os enfermos, fosse através de um médico ou enfermeiro, foi durante a Idade Média uma atividade essencialmente caritativa, realizadas por médicos clérigos seculares

---

<sup>7</sup> Espirituais: 1) Ensinar os ignorantes; 2) Dar bom conselho; 3) Punir os transgressores com compreensão; 4) Consolar os infelizes; 5) Perdoar as injúrias recebidas; 6) Suportar as deficiências do próximo; 7) Orar a Deus pelos vivos e pelos mortos.

Corporais: 1) Resgatar cativos e visitar os prisioneiros; 2) Tratar dos doentes; 3) Vestir os nus; 4) Alimentar os famintos; 5) Dar de beber aos sedentos; 6) Abrigar os Viajantes e pobres; 7) Sepultar os mortos (RUSSELL-WOOD, 1981, p.15).

como os bispos, cônegos e presbitérios ou regulares, tais como os monges das diversas ordens, sobretudo os beneditinos, os agostinianos, e os hospitalares.

Em Portugal, os doentes contavam com atendimento público desde pelo menos o século IX. Nos países católicos ao redor dos mosteiros e da casa episcopal agrupavam-se pobres, doentes, leprosos, peregrinos e viajantes, em asilos modestos ou instituições importantes. (CORREIA, 1999, p. 298). Alguns foram criados em períodos de guerra ou de peste para tratamento dos órfãos e dos doentes. As catedrais mantinham em volta de si verdadeiros hospitais com funções diversificadas para atender os necessitados.

A fundação da Misericórdia de Lisboa pela rainha D. Leonor em 1498 representou uma verdadeira e progressiva centralização dos serviços hospitalares bem como uma nova diretriz no atendimento à pobreza em Portugal e em suas possessões além-mar. A nova política pôde ser vista à luz da criação das irmandades das Misericórdias e da paralela tendência de fusão dos pequenos hospitais em grandes hospitais. A criação da irmandade da Misericórdia de Lisboa tendeu a monopolizar as novas fundações de hospitais, uniformizando significativamente o sistema. Segundo Isabel dos Guimarães Sá, emergia como resultado de uma vontade política transparente, que tendia a fundar no reino uma gama de instituições que se orientavam através de um modelo comum.

No geral, as Misericórdias do império português redigiam seus estatutos inspirados no modelo de Lisboa e desconsideravam as cláusulas que não se adaptavam às condições locais. Provavelmente, difundiram-se, pelo Império, confrarias da Misericórdia divergentes entre si, que procuravam adequar-se às necessidades da terra, desde a composição social até às formas próprias de investimento e patrimônio. Essas confrarias guardavam analogias notáveis que poderiam ser comparadas entre si, porque se regiam embasadas em compromissos de inspiração teológica da irmandade.

Apesar de possuir autonomia, sem qualquer hierarquia entre si, a irmandade de Lisboa servia de modelo e fonte de inspiração para as demais congêneres posteriormente fundadas. Presenciou-se a partir de então, uma rede de comunicação voltada para os quatro cantos do mundo tendo a Santa Casa de Lisboa como ponto fulcral.

Um dos pontos que o modelo de Lisboa conseguiu instituir nas Santas Casas de Misericórdia de além-mar, foi convergir à elite a exercer a prática da caridade e desempenhar papel importante no âmbito social. Esta forma de instituição representava a benevolência dos

ricos diante da população pobre, embora a maior parte da fatia da população carente permanecesse à margem dos serviços prestados, a proeminência simbólica das Misericórdias angariava a maior parte dos serviços de assistência, ritualizando as relações entre a elite local e os miseráveis.

As Misericórdias difundiram-se por todos os domínios portugueses, de acordo com Isabel Sá, no Brasil, “formavam novas Misericórdias desde os meados dos quinhentos até ao século XVIII, ao sabor da valorização econômica das suas diferentes regiões” É pertinente destacar que no decorrer da época moderna as Misericórdias e as Câmeras Municipais incorporaram uma rede de serviços mais ampla do que aquelas fornecidas por outras irmandades voltadas para seus pares. Nas conquistas além-mar, o binômio, Câmara e Misericórdia, configurou-se, em local de notável representação política, verdadeiro centro do sistema assistencial português, criavam novas Misericórdias desde meados dos quinhentos até ao século XVIII, conforme a valorização econômica das suas diferentes regiões.<sup>8</sup> É pertinente destacar que no decorrer da época moderna as Misericórdias e as Câmeras municipais incorporaram uma rede de serviços mais amplos do que aqueles fornecidos por outras irmandades voltadas para seus pares.

No Brasil, a fundação das Misericórdias coincidiu com o estabelecimento das primeiras cidades. Entretanto, sua difusão na América se deu de maneira descontínua e nem sempre acompanhou aos ditames da economia. No Brasil, os recursos da Misericórdia para promover suas ações caritativas provinham da caridade privada, em forma de doações, legados em forma de bens alienáveis e esmolas, (RUSSEL-WOOD, 1981), ou seja, a realização do programa da Confraria da Misericórdia não vinha apenas do esforço, do zelo, da caridade e da boa vontade dos seus irmãos e confrades, mas da caridade de toda gente.

No Brasil muitas Misericórdias foram criadas em momentos complexos, concomitante as epidemias de varíola, febre amarela, cólera ou gripe espanhola, que atingiram algumas regiões, tornando urgente a organização de um hospital. Na maioria das vezes, surgiu da perseverança de um sacerdote, médico, farmacêutico ou prático local, preocupado com a condição precária ou abandono da população pobre, ou com a inexistência de um atendimento adequado à saúde.

---

<sup>8</sup> SÁ, Isabel dos Guimarães. Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no império português 1500-1800, Lisboa, CNCDP, 1997.

Por esses meandros, falar da Santa Casa de Misericórdia foi também observar a origem dos provedores de cada irmandade, entre as mais antigas, registros revelaram presidente de província, nobres, altas patentes do clero e organizações militares, magistrados, pessoas de família abastadas assumindo cargos de direção e participando das reuniões das irmandades, ao lado de outros indivíduos envolvidos com os problemas diretos da população, como os boticários, os médicos e os padres.

Pertencer à mesa administrativa evidenciava poder econômico e prestígio social, acesso a bons negócios e a utilização desses recursos em proveito próprio. As Misericórdias se pautaram por ter em seus quadros sociais, a camada mais abastada da sociedade colonial; pessoas que estavam dispostas a despender recursos para a prática de obras assistencialistas e se habilitavam a cargos da mesa administrativa, principalmente o cargo de provedor.

Na verdade, para os irmãos de mesa a prática da caridade institucional demandava tempo e dinheiro e não surgia do esforço individual. O princípio de solidariedade social deveria adir, além de legados, certo número de pessoas ricas que pudessem se revezar nos cargos diretivos.

A maior fatia dos recursos econômicos das irmandades deveria ser garantida por esmolas e legados pios realizados pelos fiéis nos testamentos. Uma concepção de caridade que pressupunha a garantia da salvação, historicamente fundada no século XV em Portugal.

Na maioria dos países católicos onde foram fundadas as Santas Casas de Misericórdias acabaram por antecipar as atividades de assistência social e a saúde, ações estas que deveriam ser de alçada do poder público. E em alguns países, principalmente no Brasil, foram elas as responsáveis por criar os Cursos de Medicina e Enfermagem, como exemplo de São Paulo, Rio de Janeiro e Vitória (KHOURY, 2004, p.10). No Brasil, sua fundação comumente coincidiu com a criação das primeiras cidades e serviu como suporte da administração da Coroa distante. A operacionalização dessas instituições em terras brasileiras era autorizada por Alvará, vindo de Portugal e o Compromisso da Irmandade de Misericórdia de Lisboa determinava as ações de suas atividades no Brasil, reafirmando uma política bastante centralizadora da Coroa Portuguesa.

Nas Minas setecentistas a sensibilidade religiosa era muito arraigada e havia um relativo gosto pela caridade. Essa condição levava as pessoas mais abastadas a fazer doações para auxiliar na manutenção e funcionamento do hospital. Assim, como acontecia em

Portugal e nos países católicos, foram muitos os fiéis que doaram em vida ou deixaram em testamentos parte dos bens em benefícios dos pobres. Na maioria das vezes os testadores determinavam a criação e a manutenção de hospitais, para neles serem acolhidos os necessitados.



## 1.2 Origem do Hospital

No Brasil, no período Colonial e Imperial, o atendimento aos doentes era normalmente feito em suas residências, bem ao estilo da medicina da beira de cama, que antecedeu a medicina hospitalar. No começo das primeiras pesquisas com relação às origens do hospital percebeu-se que as Misericórdias lançaram as bases do hospital em Portugal e posteriormente em suas colônias. Sua fundação a partir de 1498 centralizou os serviços hospitalares e promoveu uma renovação no atendimento à pobreza. Em sintonia com as Câmaras Municipais, foram durante a época moderna a coluna vertebral do sistema assistencial português. A Santa Casa de Misericórdia de Lisboa além de oferecer serviços de saúde, ministrava assistência aos pobres, órfãos e presos. Instituições semelhantes existiam pela América Portuguesa. Em Vila Rica desde 1735 o hospital da Santa Casa de Misericórdia administrado pelas autoridades locais prestava o mesmo tipo de serviço.

A historiografia, mais recente, tem enfatizado que os hospitais medievais constituíam, simultaneamente, em locais de abrigo para peregrinos e pobres doentes, sem nenhuma linha de separação ou especialização de edifícios, espaços e funções. Esta característica começou a diminuir quando, nos fins do século XV, os estados modernos procuraram por meio da reforma hospitalar, diferenciar hospitalidade de tratamento de doentes. Antes disso, qualquer estabelecimento que por caridade recebia os enfermos como os hospícios, o albergue, a albergaria, o asilo, a casa de Deus e outros eram chamados indiscriminadamente de hospital. Esses hospitais ficavam anexos às residências dos bispos, aos conventos e aos presbitérios e outros independentes.

Nessa perspectiva, George Rosen (1980, p. 354), afirma que o hospital que emerge na época medieval era fundamentalmente um instrumento da sociedade para amenizar o sofrimento, diminuir a pobreza, erradicar a mendicidade e contribuir para manter a ordem pública. Enquanto Porter ((2001, p.208) ressalta que a criação dos primeiros hospitais está relacionada com o advento do cristianismo que se difundiu no Império Romano. A vitória da fé cristã impulsionou os cuidados de enfermagem e atribuiu ao hospital o papel de um estabelecimento de cuidado com a saúde. O cristianismo estimulou a caridade, os fiéis eram persuadidos a ajudar os mais necessitados.

De acordo com Marques “os hospitais de caridade”, o hospital tradicional mencionado por Porter ou o hospital medieval de Rosen eram controlados por religiosos, e

muitas vezes, o termo mais adequado para caracterizá-lo deveria ser “albergues”, pois geralmente funcionavam dentro dos mosteiros, com pouco mais de 12 camas e um par de frades encarregados dos cuidados.

Foi nessa perspectiva que ele recebeu a conotação de um estabelecimento religioso que acolhia os pobres quando adoeciam para dar-lhes um pouco de conforto, alívio, sustento e abrigo. Sua função como lugar de atenção médica começou a aparecer paulatinamente no mundo Ocidental no começo do século XVIII. O processo de transformação desse espaço em um local de cura de enfermidades teve que passar, em diversos aspectos de seu funcionamento, por uma reorganização e disciplina; onde a intervenção médica desempenhou um papel fundamental, que o converteu tanto em um lugar para tratamento de enfermidades como para produção e transmissão do saber médico.

De acordo com Adriana Maria Alzate Acheverry<sup>9</sup> a partir do século XVIII, quando os médicos começaram a reforçar sua presença no hospital, se instaurou nesse espaço outra visão de mundo, na qual o valor preventivo e terapêutico da dieta dos pacientes passou a ser definido de acordo com o modelo da medicina hipocrática, “a qual fazia da ingestão de alimentos ponto alto do processo de cura” ALGRANTI (2012).

Entre a Idade Média e o final do século XVII, no ambiente hospitalar predominou uma concepção de dieta determinada pelo modelo religioso. O hospital era administrado por comunidades religiosas, que acolhia os enfermos e oferecia a eles uma alimentação simples e frugal. Nesta época os religiosos aderiam ao jejum como forma de purificação do corpo e da alma, sendo a dieta originária do mundo monacal e conventual, já o cuidado com os doentes ficava sob o controle de práticos e de religiosos. Na transição do século XVIII para o XIX, a medicina começou a se aproximar mais dos indivíduos, de seus corpos, de suas vidas, enfim de seu cotidiano e a dominar gradativamente o ambiente hospitalar, visando resgatar a saúde dos doentes.

Na medida em que a medicina foi se estruturando e se padronizando passou a precisar de outras estruturas e demandar o saber médico acadêmico. Foi necessário transformar esse espaço e essas mudanças foram essenciais para o nascimento da clínica

---

<sup>9</sup> ACHEVERRY, Adriana María Alzate. Revista del Departamento de História de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de los Andes Bogotá, Colombia. Historia critica n° 46, ano de 2012.

moderna. A clínica foi ganhando dimensão, o doente passou a ser o paciente (um sujeito específico) e o hospital passou a ser o lugar de tratamento de doença por excelência e a figura do médico ganhou posição de detentor do saber. Na verdade essa é uma tendência da medicina galênica, de individualizar o paciente e cada doença que sinalizava para uma divisão da medicina em especialidades.

O hospital iniciou sua função terapêutica no final do século XVIII, quando passou a ser aberto à visitação e observação sistemática. Antes era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres e de segregação e exclusão do doente, servindo assim tanto para recolher os doentes quanto para proteger os demais do perigo que representavam. A assistência material e espiritual concentrava-se nos últimos cuidados e no sacramento. O pessoal do hospital praticava a caridade para conseguir a própria salvação (Foucault, 1996). Atualmente o hospital é uma estrutura complexa, definida por prover leitos, alimentação e cuidados de enfermagem constantes, circunscritos numa terapia médica, com o objetivo de recuperar a saúde do paciente. (GODOY, Andresa Michele, idem LOPES, Doraci Alves 2007).

No geral a cultura da caridade sempre foi uma maneira de legitimar as desigualdades. A piedade e a compaixão se revelam como uma perigosa e temível tecnologia de poder, que insiste em aparecer sob a forma de um desapaixonado e necessário 'humanismo'. Ao manifestar piedade pelo infortúnio de alguém, na verdade se está rotulando-o a algum tipo de debilidade, como alguém que não pode superar suas limitações sem ajuda de pessoas compassivas. Nessa combinação, com o único gesto, se estabelece uma divisão dupla, uma que se engrandece ao realizar a ação e outra que se diminui ao recebê-la.

É justamente esta ilusão, baseada no suposto engrandecimento 'moral' que impossibilita pensar, que talvez, o gesto de compaixão não seja desejado; que talvez possa ter conseqüências negativas para o beneficiário; ou que, simplesmente, possa gerar e promover estados de dependência e submissão. Nesse jogo perverso, o infortúnio do semelhante corre o risco de converter-se em 'edificante' para os seres compassivos. (CAPONI, 2000, p.18).

De imediato, o enunciado de Caponi problematiza a preocupação do ser humano consigo mesmo, mais do que com o outro. O que fazemos no momento de realizar um ato de caridade é libertar-nos de um sentimento de dor que é absolutamente nosso.

De acordo com André Vauches<sup>10</sup> essa predileção pela pobreza tem sido um fato novo na história da espiritualidade Ocidental. Até o século XII, a indigência era considerada como um castigo e não como um sinal de eleição. Havia uma idéia de entendê-la como o preço do pecado, e no plano social, um empecilho inevitável quanto á doença, para a qual não havia solução.

Na perspectiva da cultura eclesiástica a caridade era encarada como uma maneira de purificação espiritual cotidiana, “como o corpo sem alma é morto, assim também a fé sem obras é morta” (Ti 2, 26, apud FRANCO, Renato, 2006). Os cânones católicos foram responsáveis por atribuir à caridade uma virtude suprema e estimular os fiéis a praticarem as boas obras. No que concerne à caridade, Sá afirma que:

A caridade não significava apenas um modo de relacionamento social, entre quem tinha para dar e quem precisava receber; mais do que isso, inscrevia-se numa gramática de salvação, em que a idéia do Juízo Final preocupava mais os homens do que o bem-estar físico ou material dos seus próximos. Mais importante ainda, a caridade constituía apenas um entre os vários modos de obter a salvação, partilhando essa faculdade com as orações e a penitência.<sup>11</sup>

O entendimento que se fazia da caridade na época era agregativo, um ato de caridade era mais válido quanto mais obras de misericórdia incluísse. Ela era considerada uma das maneiras de se obter a salvação, conciliando com penitência e orações. Alimentar um necessitado era a forma de tratamento caritativo mais importante. O cristianismo preocupado com a salvação da alma dos fiéis não desprezou a caridade, um dever religioso, ao qual ninguém deveria subtrair-se. A fé animava os cristãos e estimulava-os a um espírito de fraternidade e sentimentos caritativos, assim eles inteiravam-se das dores e necessidades dos seus irmãos em Cristo.

---

<sup>10</sup> VAUCHEZ, André. *A espiritualidade na Idade Média Ocidental, século VIII a XIII*. Tradução: Lucy Magalhães, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1995. pp. 65-124.

<sup>11</sup> SÁ, Isabel dos Guimarães. *As Misericórdias Portuguesas: séculos XVI a XVIII*. Rio de Janeiro, editora FGV, 2013, p. 16.

### 1.3 Doença

O termo doença como conceito dotado de inteligibilidade própria e cunho intelectual que tem vigorado encontra raízes na Época Moderna. Os povos primitivos explicavam a doença dentro de uma concepção mágica do mundo, nessa perspectiva o doente era vítima de demônios e espíritos malignos, mobilizados por um inimigo. A doença, segundo Bluteau, (1712, p.279) “era a indisposição natural, alteração do temperamento, que ofende imediatamente alguma parte do corpo” e ao mesmo tempo, considerava “as doenças filhas do pecado, e mães da morte”.<sup>12</sup> Esse conceito permite constatar uma ligação com a teoria dos humores, conciliado com a perspectiva religiosa, naquela visão a doença era indicativa da má disposição e desalinho dos humores.

Os descobrimentos marítimos a partir do século XV e a expansão das fronteiras do império português ampliaram as bases do conhecimento no período moderno. As idas à África, ao Oriente e ao Brasil mostraram aos portugueses uma natureza desconhecida possuidora de espécies variadas. Esse contato possibilitou que os novos elementos encontrados na fauna e na flora brasileira tivessem ampla utilização no tratamento de várias doenças.

No Brasil, o colonizador foi o maior responsável pela difusão das doenças, após sua chegada à América Portuguesa espalhou os germes e vírus de suas moléstias entre os indígenas que, na maioria das vezes, indefesos, morriam aos milhares. O sarampo, a varíola, a tuberculose e as doenças venéreas configuraram entre as mais devastadoras moléstias introduzidas na América através da Europa. Entretanto, nem só de Portugal vinham as enfermidades. Os escravos vindos de diferentes regiões da África traziam males de ordens diversas durante todo o período que durou o tráfico negreiro.

A expansão microbiológica da Europa causou mudanças significativas na saúde dos povos do novo mundo. O historiador ambiental norte-americano Alfred W. Crosby (1993) em uma de suas principais obras apresentou um estudo sobre o intercâmbio de animais, plantas, homens e germes entre o Novo e o Velho Mundo. Os europeus trouxeram consigo não apenas armas, mas algo muito mais nocivo: os germes do Velho Mundo, que eram responsáveis por várias doenças como a malária, a gripe, a varíola, a rubéola e outras, que foram determinantes

---

<sup>12</sup> BLUTEAU, D Raphael. Vocabulário Latino e português, Coimbra: Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1712, vols. 1, 2 e vol. 3, p. 279

para a dizimação demográfica do novo mundo. Muito cedo surgiu uma literatura médica direcionada para o estudo dessas enfermidades, produzida por médicos ou cirurgiões que percorriam o Brasil, onde puderam testemunhar vários dos seus surtos epidêmicos.

Para Crosby (1993, p. 175-237), os germes, “entidades que possuem tamanho, peso e massa” precisam de transporte adequado para migrarem de um lugar para outro, neste caso o organismo humano em trânsito.

De fato, a intensificação do trânsito de pessoas entre os continentes no mundo moderno disseminaram doenças por todos os lados. Os índios brasileiros eram considerados fortes e sadios e padeciam de poucas moléstias. A terapêutica dos povos indígenas, mágica e mística baseava-se nas virtudes medicinais de várias espécies da flora e da fauna, buscava-se na mata os remédios para curar seus males, ela era a sua botica. Também o acesso à floresta aos seus produtos e seu uso na medicina dependia em grande medida do conhecimento da população indígena.

De acordo com Souza<sup>13</sup>, o Brasil incorporou diversas práticas mágicas, africanas, índias e mestiças foram os grandes curandeiros do Brasil colonial. Chás, mezinhas, rezas, feitiços, benzeduras, procedimentos ritualísticos eram partes integrantes do processo de cura, até mesmo o demônio era invocado com a finalidade de curar alguém. Outra explicação bastante comum consistia em atribuir às enfermidades a ação de Deus e do sobrenatural. No ideário da cultura eclesiástica a doença era um castigo pelos pecados e um sinal para o cristão se preparar para alcançar uma boa morte.

Walker<sup>14</sup> ressaltou a existência em Portugal no século XVIII de um considerável número de pessoas de origens diferentes que curavam sem permissão das autoridades. De acordo com ele, os curadores populares, acreditavam possuir virtudes divinas para extirpar enfermidades com o toque das mãos, tanto em humanos quanto em animais. A essa crença juntavam-se orações, conhecimentos terapêuticos de alimentos e remédios caseiros transmitidos de geração a geração.

---

<sup>13</sup> SOUZA, Laura de Mello. *O Diabo e a Terra de Santa Cruz*. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.

<sup>14</sup> WALKER, Timothy. The Hole and practices of the curandeiros e saladores in early modern portuguese Society. *Revista História, Ciências, saúde/Manguinhos*, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 11, 2004.

Nas Minas do século XVIII, as práticas curativas se amalgamavam, ou seja, havia várias formas de se tratar as doenças do corpo. O universo da cura era amplo e as práticas de cura eram postas lado a lado, as pessoas doentes buscavam o tratamento que lhes parecesse conveniente. Dentro dele, contava-se com as práticas curativas dos curandeiros, barbeiros, parteiras, cirurgiões, físicos. Muitas dessas práticas apoiavam-se na teoria dos humores, na intervenção de Deus ou dos santos, em credices as mais variadas e nos benefícios de certos alimentos.

A Medicina legalizada, ou seja, aquela praticada por boticários droguistas, físicos, cirurgiões ou por aqueles que portavam licenciamento para os diversos ofícios da cura, convivia com as práticas curativas dos feiticeiros, benzedores e curiosos, que acontecia à margem da lei. Até a primeira metade do século XIX a medicina não gozava de muita aceitação por parte de uma grande porcentagem da população, com o número de médicos reduzidos se torna fácil entender a atuação de curandeiros, barbeiros e outros no domínio da cura.

Conseqüência da disputa acirrada entre físicos diplomados em escolas e pertencentes às academias em Portugal, o saber curativo popular era, na maioria das vezes, desautorizado pela inquisição, de acordo com Almeida, (2010, p. 25) isso se refletia no Brasil e nas Minas do século XVIII, onde as visitas pastorais buscavam desencorajar essas práticas, colocando sob suspeição aqueles que a ela se dedicavam.

Com o florescimento da cultura Grega a doença e a morte perderam no Ocidente o caráter de mal e castigo divino e as práticas curativas se separaram da magia. Esse desenvolvimento deita suas raízes no período clássico da Civilização Grega (séc. V a. C) quando a filosofia, as artes e a medicina atingiram seu apogeu. Foi no decorrer desse processo, que a doença se secularizou, passou a fazer parte do mundo natural e da vida humana. A comprovação mais importante dessa nova concepção pode ser encontrado nos textos hipocráticos.

Com o advento do iluminismo no século XVIII o panorama começou a mudar e contribuiu para balançar as concepções mágicas e esotéricas da natureza. Dessa forma, graças ao iluminismo, retomaram-se algumas concepções hipocráticas de saúde, doença e cura. A busca pela cura passava, cada vez mais a se basear em propostas racionais, derivadas das

observações e das classificações das doenças, e de elementos da natureza que pudessem servir de remédio ressaltou Sayd (1998, p. 46).

Por sua vez, a América Portuguesa acompanhou de longe as principais mudanças estruturais, que ocorriam na Europa, muitas vezes se restringindo a incorporar saberes e práticas de cura indígena e africana. Vários motivos concorreram para o significativo distanciamento do rei, a baixa institucionalização do poder científico, e formas de práticas de cura de curandeiros, barbeiros, parteiras e credices das mais variadas foram condicionantes para o florescimento de atitudes específicas em relação à doença e aos mecanismos terapêuticos.

O hospital da Santa Casa em Vila Rica atendia pacientes com bexiga (atual varíola), lepra, feridas das mais diversas, dentre outras. A doença de bexiga era comum e muito temida na Capitania de Minas, comprovada no diário de um companheiro anônimo do Conde De Assumar em 1717. Assim, o autor do diário observou que as pessoas eram extremamente medrosas com relação aos portadores de bexigas. O receio era tanto que, quando algum indivíduo contraía tal doença, morreria sem dúvida alguma. Ele era retirado da sua casa, e colocado em um local isolado, normalmente no mato para evitar o contágio. Em um local segregado, desamparado pela família, o doente de bexiga era alimentado com farinha e algum gênero de alimento, conforme Oliveira Neto<sup>15</sup>, “dias em dias mandão hum negro a ver se ainda vive para mandar lhe mais que comer, e desta sorte vive a morrer todos por falta de quem trate deles”. Conforme, padre Anchieta creditou-se a chegada da doença de bexiga à América Portuguesa a uma nau que aportou em Salvador em 1561, com bexigentos a bordo, e a doença se alastrou da Bahia até São Paulo.

Provavelmente, era reservado um espaço para os enfermos portadores de moléstias contagiosas, tais como a lepra e a bexiga, de modo a garantir que os demais pacientes do hospital não mantivessem contato direto com eles e nem com seus pertences pessoais, tais como utensílios de cozinha e de banho.

Outra enfermidade bastante temida pelo hospital era a lepra, o receio do contágio levava a um cuidado específico com os leprosos. Os doentes não compartilhavam os mesmos utensílios de higienização pessoal com os demais pacientes; sendo que, no ano de 1796 o hospital adquiriu uma gamela destinada especificamente ao banho dos pacientes portadores de

---

<sup>15</sup> OLIVEIRA (NETO), Luiz Camilo de. Revista do Patrimônio Histórico e Artístico nacional. nº 3, 1939.



lepra. Essas evidências mostraram que o hospital tomava as precauções necessárias na tentativa de controlar as doenças contagiosas, assim prevenindo o contágio e sua propagação aos demais pacientes do hospital.

O termo lepra e hanseníase têm sido designações dessa doença. Mas, com a intenção de amenizar um pouco a carga pejorativa do termo lepra, no Brasil, a partir da segunda metade do século XX até os dias atuais a doença passou a ser designada de hanseníase. Criou-se no imaginário popular uma conotação negativa dessa doença que sempre esteve vinculada a falta de condições sanitárias e falta de salubridade dentre outros pontos. Na América Portuguesa era comum construir leprosários para isolar o doente do convívio social, na verdade essa foi uma alternativa encontrada pelos cientistas na virada do século XIX para o XX, até então o isolamento era a única medida profilática.

Em Portugal, desde o final do século XV, havia hospitais especialmente destinados a isolar os doentes e os suspeitos de serem portadores de lepra, por ser essa extremamente contagiosa. Mas, na maioria dos casos o isolamento era domiciliar. A segregação era rigorosamente vigiada, uma das medidas era colocar sinais nas portas das casas onde houvesse leproso ou qualquer outra pessoa portadora de doença epidêmica, alertando a população sobre o perigo do contágio. Na época moderna essa doença propalou e alcançou outros territórios, como a Capitania de Minas Gerais e levou a óbito um considerável número de pessoas.

#### 1.4 A assistência nas Minas do ouro

No período colonial, a política metropolitana logrou impedir na província de Minas Gerais a instalação de ordens regulares (BOSCHI, 1986, p.2), assim desde os primórdios as irmandades leigas exerceram as funções devocionais. Essa situação marcou profundamente toda a dinâmica religiosa da Capitania. O florescimento das irmandades ao longo de todo o século XVIII demonstra o peso e a importância que a vida associativa teve desde a aurora dos primeiros tempos. Grupos de pessoas formadas por brancos, negros e mestiços em torno das devoções constituiu um ambiente profundamente devocional e leigo. Nesse contexto prevaleceu, na sociedade mineira setecentista a sociabilidade diante das agruras e da instabilidade da vida. O espírito comunitário intensificava a parceria, os laços de confraternização e ajuda mútua entre os indivíduos.

Cada irmandade era responsável pela administração e gestão de sua paróquia e procurava um meio de fixar cada indivíduo dentro do espaço daquela que seria sua irmandade benfeitora. A historiografia tem ressaltado que o caráter precário das Minas permitiu desenvolver uma vivência religiosa mais prática, voltada para confrades e parentes mais próximos, “amar a todos os irmãos significava amar seus irmãos de confraria”.

Para assistir e auxiliar os doentes pobres desamparados foi essencial a criação da irmandade da Santa Casa de Misericórdia em 1735. Ao contrário de outras corporações, existentes no período colonial, a irmandade da Misericórdia, privilegiava a assistência àqueles que não eram seus próprios confrades.<sup>16</sup> No caso mineiro, sua intenção era desde o início, fundar e manter um hospital para tratamento dos enfermos pobres desamparados.

A criação da Misericórdia representava para os habitantes ilustres de Vila Rica, a consolidação de um almejado desejo. Contudo, durante o decorrer de todo o século XVIII, a Capitania contou com um sistema hospitalar precário. Nenhuma irmandade da Misericórdia, durante a opulência do ouro se organizou de modo sistemático e estruturado em torno da assistência à saúde. Notou-se ali, a existência de um padrão informal de caridade, na maioria das vezes, com a irmandade tomando a direção e assumindo alguns serviços rituais ou enterros, na assistência a uma pequena parcela da população mais pobre.

---

<sup>16</sup> ABREU, L. *O papel das Misericórdias dos 'lugares de além-mar' na formação do Império português*. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, VIII(3): 591-611, 2001.

Teve-se notícias de um hospital militar que socorria apenas á milícia e que possuía enfermeiros e médicos próprios, no século XIX fora extinto, ele se localizava contíguo ao prédio da Misericórdia.

A Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica estava voltada na assistência a uma pequena parcela da população mais pobre. Atendia de maneira modesta um pequeno número de doentes que precisavam de auxílio financeiro para comprar os remédios e os víveres necessários para se sustentar diariamente. Os gastos com alimentação dos enfermos no hospital no período de 1793 a 1796 ocuparam um lugar preponderante. A instituição era caritativa e o mais importante era suprir as necessidades biológicas, físicas e emocionais dos pacientes, através de uma dieta reparadora, abrigo e apoio espiritual respectivamente.

No Brasil a fundação das Misericórdias passou por consideráveis alterações a partir do final do século XVII. A coroa portuguesa adotou uma política que desestimulava a sua fundação em regiões recém- descobertas, promovendo sutis diferenciações em sua maneira de administrar suas possessões. Sua implantação tardia nas Minas Gerais estava relacionada a fatores de ordens diversas:

Além de uma política consciente de desincentivo por parte da coroa, a estruturação à assistência na época moderna dependia de elites bem sedimentadas que estivessem dispostas a tomar para si uma ocupação onerosa, fosse de ponto de vista financeiro, ou de tempo. (FRANCO, 2011, p 186)

Apesar dos contratempos, buscava-se fundar de forma oficial na Comarca, uma instituição que assistisse aos doentes. O primeiro plano para criação de uma Misericórdia em Vila Rica ocorreu em outubro de 1726, quando o então vigário da paróquia de Nossa Senhora do Pilar do Ouro Preto e alguns moradores da freguesia encaminharam um requerimento ao rei pedindo autorização para criação de uma Casa de Misericórdia e Hospital.

Os solicitantes argumentaram que, segundo Franco:

(...) florescendo a dita vila na mesma freguesia, tanto em culto divino, como em bens temporais, sentiam falta de não terem uma Casa de Misericórdia com hospital para refúgio da pobreza e aumento da caridade como nas mais terras principais. Elucidaram ainda que os 66 moradores que assinaram a lista se conformavam em construir a Casa de Misericórdia e hospital por devoção e arcariam com todas as despesas do empreendimento. (...) (FRANCO, 2011, p. 188).

Lamentavelmente, diante da resposta do Conselho Ultramarino, o desejo dos indivíduos de Vila Rica em erguer uma instituição aos moldes da Misericórdia de Lisboa permaneceu sem sucesso. Anos mais tarde surgiria outra proposta para a sua fundação.

Em Janeiro de 1734, os oficiais da Câmara da Vila Rica de Nossa Senhora do Pilar do Ouro Preto, fizeram representação à Coroa para que pudesse ser estabelecida nessa vila a criação de uma irmandade da Misericórdia, argumentando que como era de praxe, em todas as vilas e cidades haver hospital de Misericórdia e atender uma reivindicação dos irmãos que dela peçam para os presos e favoreçam os aflitos. Temendo a possibilidade de perda do controle real sobre seus domínios, a Coroa posicionou-se liberando a licença para a criação de uma Santa Casa e ordenou que se organizasse o compromisso.

Os camaristas advertiam ainda, que no momento conformavam em adaptar às Minas o compromisso da Misericórdia do Rio de Janeiro, e em maio de 1735, a Câmara detalhou de onde viriam os recursos para arcar com as despesas da futura confraria. Em 1733 Henrique Lopes de Araújo fez um testamento que sugeria a criação de uma Misericórdia.<sup>17</sup>

E sendo Vossa Majestade servida ordenar por carta de 23 de outubro do dito ano de 1734 que declarássemos a doação que para estabelecimento dela poderia servir-se, declaramos que se pretende optar com os rendimentos de um legado que Henrique Lopes de Araújo, capitão-mor que foi à mesma Vila, deixou por administradora a esta mesma Câmara e aplicando-o ultimamente para que o mais possa ao bem com um. Especialmente para o hospital [...] cujo legado parece suficiente para o princípio desta obra tão pia, por constar de umas casas novas. E de outras mais inferiores adjacentes. E de uma lavra contígua de faisqueira de ouro de que se arrematou a primeira vez em praça o usufruto por 18 libras de ouro em três anos. (AHU, Minas Gerais, cx. 26, doc. 59, apud, FRANCO, Renato, 2011)

Graças ao espírito filantrópico do capitão-mor Henrique Lopes de Araújo, através da sua disposição testamentária, que sugeria a criação de uma Misericórdia e um hospital o procurador da coroa consentiu a criação da irmandade em Vila Rica. Até aquele momento, nem a vila ou outra localidade da capitania possuía um aparato institucional para atender os pobres, apesar do ideal de piedade permanecer latente entre os habitantes, comprovado numa época fecunda em numerosas missas e na grande quantidade de irmandade.

O governador da capitania Gomes Freire de Andrade solicitava o real apoio de D. João V “porque os moradores já haviam formado o hospital que só esperava a aprovação régia” essencial para o desenvolvimento da irmandade (FRANCO, 2011, p.193).

O projeto se tornou realidade, e o hospital começou a funcionar em 23 de outubro de 1735. Ainda segundo Franco (2011) a princípio não devia ter contado com a herança de Henrique Lopes, que até então se encontrava sob a responsabilidade da câmara.

---

<sup>17</sup> FRANCO, Renato. *Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa*. São Paulo 2011, tese de doutorado.

Segundo Menezes<sup>18</sup>, o compromisso da irmandade da Misericórdia de Vila Rica era claro quanto ao atendimento dos enfermos:

“Art. 1º- A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto fundada a dois de outubro de 1730, tendo como padroeira Nossa Senhora Santana, é uma associação de caridade que tem por fim admitir e tratar em seu hospital:

1º os irmãos da Irmandade;

2º os enfermos não indigentes, mediante o pagamento de diária estabelecida pela mesa administrativa, sujeitando-se ao regimento interno;

3º “os enfermos indigentes, sem distinção de nação ou de religião”.

O compromisso estabelecia que o hospital deveria atender os irmãos da irmandade, os enfermos não indigentes, mas (mediante pagamento de diária), e os convalescentes indigentes, homem ou mulher. No entanto, os manuscritos avulsos remanescentes dos livros de receita e despesa demonstraram que o hospital atendia gratuitamente apenas ao doente de origem humilde. Por ser uma instituição religiosa provavelmente o doente, depois de admitido, confessava, comungava e o tratamento era complementado com remédios e uma dieta considerada reforçada para auxiliar na restauração da saúde.

Em muito contribuiu a edificação do hospital para o processo de diferenciação da Comarca de Vila Rica, face às Comarcas. Como sede do governo provincial, fez gravitar à sua volta muitos aspectos da vida cotidiana da população. Assim, o jogo de forças econômicas, políticas, religiosas e de cariz assistencial que se estabeleceu em torno da irmandade da Misericórdia contribuiu para o rápido desenvolvimento daquela que seria um dos lugares de eleição da Coroa Portuguesa.

O funcionamento e a estrutura do hospital de Vila Rica eram precários. A sua sobrevivência e funcionamento, ao longo do século XVIII, desde a sua fundação em 1735, sofreu largos períodos de interrupção e ocupou diferentes edifícios. Sua capacidade de atendimento era limitada segundo Franco (2011) em seu estudo crítico sobre as Misericórdias, o hospital de Vila Rica por motivos econômicos não poderia tratar mais do que sete ou até oito enfermos, por mais que se empenhasse a irmandade. Estas dificuldades financeiras contribuíam para diminuir o seu quadro de servidores, pois em 1777 foi sugerida que a

---

<sup>18</sup> MENEZES, Joaquim Furtado de. *Igrejas e Irmandades de Ouro Preto*. Belo Horizonte: publicação do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais, 1975.

Câmara repassasse à Misericórdia a quantia que seria paga a um médico do Partido, pois, já havia um cirurgião do Partido que sozinho atendia aos doentes.

A estrutura frágil da instituição chamou atenção dos memorialistas que passaram pela Capitania. Saint Hilaire quando de sua visita a Minas descrevia o hospital como:

Existe em Vila Rica um hospital civil mantido pela irmandade da misericórdia; mas este estabelecimento atesta a mais deplorável das negligencias. Não é para lamentar que na capital de uma região que se diz cristã, e onde tantas somas se despendem para construir igrejas inúteis não se tenha ainda pensado em oferecer um asilo conveniente à pobreza sofredora? E se os particulares são tão indiferentes ao cumprimento desse dever, não é para espantar que os governos não tenham tomado a menor disposição para suprir o seu pouco zelo? (HILAIRE, 1978, p 71- 73).

De fato, a realidade cotidiana do hospital deixava mesmo a desejar, ainda em 1803, já com mais de meio século de existência a Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica pedia auxílio régio, porque se encontrava em dificuldade financeira, para fazer face às despesas com os enfermos.

A partir da segunda metade do século XIX proliferaram as Misericórdias e suas Santas Casas, acompanhadas das efetivas modificações pelas quais o conhecimento médico e a saúde pública atravessavam no país. A fundação de novas Santas Casas embora permanecesse motivo de orgulho, deveria ser aprovada dentro de parâmetros mais rigorosos, dentre eles a capacidade da futura irmandade em se manter financeiramente. Na verdade o século XIX testemunha o começo do processo de mudança dos hospitais, que passaram de meros lugares de acolhimento de pobres desvalidos para instituições de cura, tornando-se cada vez mais assépticos e elitizados (SILVEIRA E FIGUEIREDO, 2011, p. 2).

Em um levantamento feito no ano de 2000, foram contabilizadas no território de Minas Gerais 96 (noventa e seis) Santas Casas. Destas, 26 (vinte e seis) foram fundadas até o ano de 1900. Apenas três foram as Misericórdias efetivamente criadas no século XVIII, a de Ouro Preto, a de São João Del Rei e a de Diamantina. No primeiro século de ocupação e exploração das Minas houve um número relativamente baixo de Misericórdias. Isto parece ter sido decorrente do maior peso, na Capitania, das demais Irmandades, confrarias e Ordens Terceiras, no que se refere à assistência espiritual e material. No início do século XIX, os governadores da capitania empenharam em melhorar as instituições de assistência terminantemente precárias, sobretudo, os hospitais como instituições úteis à conservação da

vida dos povos. Paulatinamente foram expandindo e estruturando os serviços prestados. Tratar dos doentes constava como uma das obrigações explícitas dos primeiros compromissos.

Nas Minas do Ouro a escassez de médicos era notória. Os médicos ou físicos, cirurgiões e boticários contratados pelas Câmeras das respectivas Comarcas da Capitania, recebiam a denominação de profissionais do Partido da Câmara (GROSSI, 2004, p.269). As Câmeras podiam contratar tanto um médico quanto um cirurgião, mas o mais comum era existência somente do cirurgião. Ao consultar a documentação relativa à Câmara de Vila Rica, encontrou-se menção apenas da contratação, em 1766, do médico, o qual, segundo os membros daquela instituição, poderia exercer também as funções atribuídas ao cirurgião.

O médico ou cirurgião contratado pelas Câmeras tinha como função, “curar aos pobres presos da cadeia ou da vila e juntamente dar os remédios que tocarem”.

Entre o ofício de cirurgião e o de médico havia uma hierarquia entre ambos. A cirurgia era caracterizada como um ofício de menor valor, por ser praticada manualmente. Em decorrência disso, o seu profissional ocupava um lugar secundário, abaixo dos físicos na escala social. Essa diferenciação se refletia nos valores pagos a cada um desses profissionais, sendo que os cirurgiões recebiam remuneração menor que a dos médicos.

O ofício de cirurgião estava inserido no grupo das sete artes mecânicas que à época medieval se constituía dos caçadores, camponeses, soldados, marinheiros, tecelões e ferreiros e compunham o grupo dos chamados “artífices”. Desse modo, o preconceito em relação às atividades mecânicas, que atingia os cirurgiões, não era exclusiva desses profissionais e nem das Minas. É pertinente ressaltar que a sociedade que se formou na América Portuguesa era caracterizada pelo preconceito contra aqueles que trabalhavam com as mãos, que tinha tradições remotas e deitava suas raízes no período medieval.

Nos meandros do século XVI, em Portugal foi determinado que só os indivíduos com dois anos de estudos práticos no Hospital de todos os Santos poderiam praticar cirurgia. Esse contexto perdurou sem grandes mudanças até o advento da grande reforma pombalina na segunda metade do século XVIII. A partir daí, gradativamente foram se estreitando as diferenças sociais entre médicos e cirurgiões, que durante muito tempo foram enormes.

Com a escassez de médico e cirurgião para atender a demanda da população doente, uma alternativa eficaz era enviar da metrópole para a América Portuguesa as produções mais

recentes sobre medicina e ciência. Foi nessa perspectiva, que a divulgação científica aconteceu de forma relativamente ampla no contexto luso-brasileiro. Jean Luiz Abreu<sup>19</sup> ressaltou que no decorrer do século XVIII, médicos e cirurgiões que vinham para a América Portuguesa traziam consigo livros e aprendizados adquiridos em Portugal.

Manuais de medicina, almanaques, lunários, folhetos portugueses e estrangeiros dentre outros circulavam constantemente. Essa divulgação tinha a finalidade de trazer para o público as notícias de produção mais recente que ocorria na Europa. Eram enviados de Portugal para a América Portuguesa e dirigidos a um público diverso com a finalidade de instruir os ignorantes, na tentativa de difundir uma cultura experimentalista na colônia. Visavam a ensinar como o homem devia cuidar de sua saúde, combater a ignorância da população e diminuir a atuação dos curandeiros, barbeiros e parteiras.

Na Capitania de Minas Gerais, alguns manuais dedicados á arte da cura foram escritos por cirurgiões, como por exemplo, o Erário Mineral e o Governo de Mineiros. Tais obras representaram muito bem a situação da saúde da população na região. Embora a legislação portuguesa fosse clara em atribuir aos médicos o direito de receitar medicamentos aos pacientes e aos boticários o direito de produzi-los, na prática, isso não era seguido na íntegra. Contrariando as leis régias, cirurgiões-barbeiros receitavam, ministravam remédios e poderiam até possuir botica própria nos confins dos sertões onde praticavam suas curas.

O Erário Mineral de autoria de Luís Gomes Ferreira teve sua primeira edição em 1735. Cirurgião aprovado e licenciado aprendeu seu ofício com o mestre Francisco dos Santos, um licenciado para o ensino da arte da cirurgia, e com o também licenciado João Lopes Correa, no Hospital Real de Todos os Santos em Portugal (ALMEIDA, 2010, P. 31), onde recebeu carta de cirurgia em 1705. Nasceu em São Pedro de Rates, perto de Barcelos, e esteve ativo durante quase toda a primeira metade do século XVIII. Depois de uma rápida estadia na Bahia, onde aportou em 1707, decidiu se estabelecer na Comarca do Rio das Velhas, (hoje Sabará), permanecendo nesta região até 1716.

Posteriormente se transferiu para Vila do Carmo, situada na Comarca de Vila Rica onde permaneceu até 1729. O cirurgião encontrou muito mais que ouro em Minas Gerais. Deparou-se com uma realidade carente de médicos e cirurgiões autorizados, onde o

---

<sup>19</sup> ABREU, Jean Luiz Neves *Nos Domínios do Corpo: O saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.



tratamento e a cura das enfermidades dependiam do conhecimento das tradições indígenas, africana e europeia. Para suprir a carência das formas de tratamento, em uma região inóspita, violenta e isolada do litoral, com crescente densidade populacional o manual de Ferreira tinha a intenção de divulgar conhecimentos úteis para os moradores das Minas e de transmitir aos outros as experiências vividas. Sua obra alcançou relativo sucesso em Minas, era revendida pelo livreiro Jerônimo Roiz Airão. Em Vila Rica, o livreiro Manuel Ribeiro dos Santos, em carta de quatro de julho de 1750, endereçada a Luís Salgado dos Santos em Lisboa solicitou: “2 tom. De Medicina Irario Mineral autor Luiz Gomes Ferr. a q’. morou nesta v. a e curou o Nevez”.<sup>20</sup>

Outro cirurgião que permaneceu nas Minas no século XVIII e publicou suas experiências na arte da cura foi José Antônio Mendes. Sua obra intitulada Governo de Mineiros ilustrou um contexto que pertencia à segunda metade do século XVIII, marcada pelo reformismo pombalino, momento em que se encontrava em ebulição o projeto de Reforma da Universidade de Coimbra, que se consolidou em 1772. Uma realidade que apontou para uma mudança do pensamento científico em Portugal.

O manual de Mendes<sup>21</sup> foi escrito, provavelmente, durante a sua estadia em Minas, e organizado na Metrópole para suprir as demandas da Real Mesa Sensória. Destinado à arte de curar, seu manual carregou um cunho prático muito notório do meio e do seu tempo. Seu objetivo era claro, atender às parcelas da população das Minas, sem recursos em casos de doenças, e também os indivíduos que viviam distante do eixo minerador. Estudou cirurgia no Hospital de todos os Santos, em Portugal, e adquiriu o título de “Anatômico aprovado”, pela sua dedicação, e não cursou anatomia por não haver uma cadeira correspondente naquela instituição.

Nas Minas não negligenciou aprender curas africanas e indígenas, criou e testou remédios e tratamentos, bem como ensinava a automedicação. Nasceu na freguesia de São Vicente, no Arcebispado de Braga, com sua “carta de cirurgia” registrada em Lisboa em 1739, decide residir no Brasil, indo primeiramente à Bahia e posteriormente ao distrito Diamantino,

---

<sup>20</sup> ARAÚJO, José de Souza. Perfil do leitor colonial. Salvador: UFBA/ILHÉUS: UESC, 1999, P. 125.

<sup>21</sup> MENDES, José Antonio Mendes (1770), Governo de Mineiros mui necessário para os que vivem distantes de professores seis, oito, dez e mais léguas, padecendo por esta causa os seus domésticos e escravos queixas, que pela dilatação dos remédios se fazem incuráveis, e as mais das vezes mortais. Organização, Carlos A. L. Filgueiras, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Cultura de Minas Gerais, Arquivo Público Mineiro, 2012.

no arraial do Tejuco onde permaneceu por mais de duas décadas, prestando seus serviços no Hospital da Guarnição dos Dragões.

O manual do Dr. Francisco da Fonseca Henríquez<sup>22</sup>, intitulado *Âncora Medicinal* (1721) possivelmente circulou no contexto das Minas setecentistas. Fonseca Henríquez, foi médico de D. João V, era natural de Mirandela, no Alto Douro, ficou conhecido por Dr. Mirandela, o seu manual aborda a temática da alimentação sobre vários aspectos: o meio ambiente, os alimentos em si, o repouso, os exercícios, os hábitos e horários de comer, as variações de dieta de acordo com a idade, o clima e o temperamento.

Focando a alimentação de um modo geral e amplo, Fonseca Henríquez insistia na sobriedade. Com relação ao alimento para cada temperamento e idade, tratou das indicações e das contra-indicações do vinho, do chocolate, e do chá na puerícia (infância), na adolescência, na juventude, na maturidade e na senilidade. De acordo com ele:

“os vinhos devem permanecer proibidos nesta idade (infância e puberdade), pois com eles se fariam os mancebos que o bebessem, irados e libidinosos”, recomendados, porém, na idade madura e na senilidade porque “vigora seu calor, ajuda a cozer o estômago, dissipa os flatos, refaz as forças, alegra o coração e rebate as forças da melancolia” (HENRIQUEZ, 1721, p. 78).

Essas obras reuniam conhecimentos de natureza científica e cruzaram o Atlântico juntamente com outros livros que traziam para a América Portuguesa as novidades da ciência européia. Os manuais de medicina publicados ao longo do século XVIII no contexto luso-brasileiro colocaram a população em contato com uma diversidade de concepções científicas e crenças em torno das doenças e dos remédios para combatê-las.

Segundo Sayd, (SAYD, 1998, p. 69) a existência de uma medicina moderna no Brasil foi assinalada pela fundação das escolas de medicina em Salvador e no Rio de Janeiro, após a chegada da família Real portuguesa em 1808 ao país. Estas escolas ficaram instaladas nos hospitais militares e nas Santas Casas e tiveram papel preponderante no estabelecimento da medicina no país, apesar das severas críticas que se fizeram ao seu ensino livresco e teórico.

Em sintonia com a formação propiciada por essas escolas, alguns brasileiros eram enviados a estudar no exterior, principalmente na cidade de Coimbra em Portugal. O

---

<sup>22</sup> HENRIQUEZ, Francisco da Fonseca. *Âncora Medicinal: para conservar a Vida com Saúde*. Ateliê Editorial, 2004 (Original publicado em 1721).

percentual de brasileiros, e principalmente aqueles alunos oriundos das Minas que buscavam se formar em medicina na Europa era muito pequeno em relação a outros que buscavam seus estudos em outras matérias. A historiadora Valadares (2004, p. 541) ressalta que entre 1700 e 1800, foram 23 mineiros que se formaram em Medicina em Coimbra, representando apenas 7% de um total de 320 estudantes diplomados nessa universidade originários da mesma região.

Vimos de forma breve e geral nesse capítulo o conceito de assistência e doença e como eles se transformaram com o passar do tempo. Discutimos também a origem do hospital e percebeu-se que antes da reforma hospitalar qualquer estabelecimento que por caridade recebia os enfermos como os hospícios, o albergue, a albergaria, o asilo, a casa de Deus e outros eram chamados indiscriminadamente de hospital. E para finalizá-lo ressaltamos sobre a assistência nas Minas setecentistas e verificamos que o hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica fundado em 1735 estava voltado para o atendimento de uma pequena parcela da população mais pobre. O capítulo seguinte abordará a alimentação e saúde, e a alimentação como marca identitária.

## 2 - ALIMENTAÇÃO E SAÚDE, E ALIMENTAÇÃO COMO MARCA IDENTITÁRIA

### 21. Alimentação e saúde

O estudo sobre alimentação e saúde implica em uma breve reflexão sobre os primeiros anos de colonização das Minas. No início do povoamento vivia-se em busca de soluções que possibilitassem tirar da terra os recursos para a subsistência.

No caso mineiro, a historiografia mais recente percebeu claramente, o papel da agricultura na economia. Cláudia Chaves<sup>23</sup> apontou uma economia diversificada desde o começo da colonização e a articulação entre mineração, produção rural e atividade comercial.

Entretanto, outra linha historiográfica valoriza a carência de alimentos e crises de fome vivenciadas em 1698, 1700 e 1701. Nos relatos sobre os primeiros tempos observou-se o aumento dos preços dos gêneros de primeira necessidade. Um quadro de penúria que dificultava a vida de ricos e pobres. Em 1700, Artur de Sá e Menezes queixaram do preço exorbitante dos gêneros de primeira necessidade e argumentaram que a inflação do país dependia também da estabilidade de fornecimento de alimentos:

Está custando um alqueire de milho a quinze e dezesseis oitavas de ouro e o de feijão a trinta, e a carne de vaca a quatro e seis arráteis a oitava, e os mais e os mais gêneros a este respeito, causa por que se retiram muitos mineiros para a montaria para haverem de sustentar a sua gente.<sup>24</sup>

Após as primeiras crises de fome vivenciadas na região das Minas Gerais, sobretudo na virada do século XVII para o XVIII, principalmente nos anos de 1697-1698 e 1700-1701, que provocou a distribuição da população e contribuiu inclusive para novas descobertas, a Coroa acompanhou de perto, as políticas de incentivo à agricultura, através da doação de sesmarias e do controle do comércio de gêneros de primeira necessidade, pondo fim ao contrabando de alimentos. De acordo com Flávio Marcus da Silva no decorrer de todo o século XVIII não houve crise de subsistência que provocasse uma revolta na população mineira.

A instabilidade típica de várias povoações efêmeras do território, só começou a mudar em Vila Rica quando foi instituída a Câmara, em 1711. A partir daí, progressivamente,

---

<sup>23</sup> CHAVES, Cláudia Maria das Graças. *Perfeitos Negociantes: Mercadores das Minas Gerais Setecentistas*. São Paulo: Ananablume, 1999.

<sup>24</sup> ANTONIL, André João. *Cultura e Opulência do Brasil por suas drogas e minas*, São Paulo: Edusp. 2007.

o ritmo e a natureza da vida econômica vinham mudando, edificaram importantes construções como a Casa de Câmara e cadeia, o pelourinho, a casa dos governadores e na década de 1730, a Santa Casa de Misericórdia. Constatou-se que, no final do século XVIII já em situação de sedentarização a capitania de Minas Gerais estava produzindo para suprir a mesa e a necessidade de vários mineiros e conseqüentemente melhorando a saúde e a vida de muita gente.

Pela Comarca de Vila Rica circulavam mercadorias provenientes de várias regiões da Colônia. Essa circulação se torna evidente ao se analisar a documentação, pois parte dos gêneros que abastecia o hospital eram vindos de fora. Esta maior liberdade de circulação de mercadorias aconteceu à medida que se aproxima o final do século XVIII. O abastecimento de alimentos e de produtos agrícolas necessários à manutenção da vida dos doentes do hospital foi vigoroso e diversificado, foram alimentados, de forma a terem suas necessidades e seus gostos satisfeitos.

O ato de comer e os rituais com ele associados não são naturais, são históricos e culturais. Os médicos e filósofos da Antiguidade caracterizavam a comida entre os elementos não naturais. Hipócrates incluía entre os fatores da vida que não pertence à ordem natural, mas à ordem artificial, está no âmbito da cultura aquilo que o homem constrói e transforma. Cada cultura elege entre tudo que existe, uma porção de alimentos para consumi-los, como também, os procedimentos empregados para processar os alimentos, a maneira de cortá-los, de combiná-los e de cozê-los. A escolha do que comer dentre uma enorme gama de produtos e preparos são permeadas por representações, valores, símbolos, nutrição, processos econômicos e socioculturais dentre outras.

É bem conhecido o fato do consumo alimentar, na sua globalidade, constituir-se em uma das marcas de diferenciação social no período moderno. Para um indivíduo pobre comer bem significa quantidade, enquanto para as pessoas de condição financeira mais elevada significa consumir uma variedade maior de alimentos, principalmente os raros e valiosos. (Embora a fonte analisada se apresente bastante concisa no que diz respeito a quantidades de gêneros alimentícios adquiridos pelo hospital de Vila Rica, não fornece, no entanto, detalhes quanto às porções servidas aos doentes e quais os alimentos consumidos em função da sua enfermidade.) Assim, tornou-se difícil definir a quantidade e quais os gêneros eram atribuídos aos doentes de bexiga, de lepra e aos que sofriam de febre, por exemplo.

Os registros relacionados às despesas de alimentação dos pacientes do hospital, não apresentaram nenhuma discriminação referente ao sexo, à idade ou à doença dos enfermos, assim como não informou a dieta de cada doente. Raras vezes, o vinho foi destinado a um doente de bexiga, a marmelada e a aguardente a um enfermo que teve a perna amputada, o comum era anotar o consumo de gêneros alimentícios indiscriminadamente. O mesmo acontecia com a alimentação do enfermeiro e dos escravos da instituição, cujo consumo alimentar era arrolado em conjunto aos dos enfermos.

Enquanto a dieta dos enfermos era alvo de cuidados mais intensos, mais diversificada, e composta por ingredientes raros e escassos, a alimentação dos escravos da instituição era mais singela. Já os compatriotas africanos tinham suas dietas a base de milho, adquirido em forma de fubá para preparação de angu em tachos de cobre.

Desde tempos imemoriais a alimentação e a saúde formaram um binômio inseparável. A articulação do alimento com a saúde tem sido algo recorrente na história, sempre houve a crença que determinados alimentos curavam as doenças, afastavam a morte, fortalecia o corpo debilitado, enquanto outros contribuíam para o mal-estar, propiciavam doenças, faziam mal. Os alimentos foram relacionados com a saúde, não apenas porque sua abundância ou escassez ameaçava a sobrevivência humana, mas também porque o tipo de dieta e as indicações médicas sempre influenciaram as escolhas diante das refeições, e sua adequação a certas idades, gênero, constituição física ou enfermidades presentes.

Na antiguidade, muito se escreveu sobre a alimentação e sua relação com a saúde, o seu valor terapêutico, reconhecido desde essa época, tinha na dietética um dos ramos fundamentais da medicina, juntamente com a cirurgia e a farmacologia. Os médicos explicavam seu interesse pela alimentação por ser esta benéfica tanto para o homem são, quanto para os doentes. Argumentavam que em caso de doença, uma alimentação adequada permitia obter uma cura mais completa que a medicina. A teoria dos humores foi muito estudada no mundo antigo e seus princípios nortearam a medicina moderna. De acordo com Furtado (2011, p.31), “a terapêutica ministrada por essa época era essencialmente dietética constituindo-se de caldos, papas, xaropes, hidromel (água + mel), oximel (vinagre + mel) etc.”

A variedade, personalização, flexibilidade e moderação da alimentação, bem como a ingestão de alimentos cozidos e de fácil digestão eram preceitos de uma dieta saudável e

especialmente recomendada pelo médico a qual deviria ser seguida rigorosamente pelo doente. A variedade, recomendada pela medicina antiga, baseava em uma gama de carnes, frutas, cereais e outros, ou seja, basicamente todos os alimentos disponíveis à época.

Tanto na antiguidade quanto no século XVIII uma alimentação saudável se caracterizava pela parcimônia, ou seja, moderação no comer e beber e manutenção dos hábitos alimentares. Os costumes eram extremamente preconizados, os alimentos do dia a dia nunca ofendiam a natureza ou o temperamento, como se dizia então. Mas, em caso de doença, adotava-se o alimento medicinal, ainda assim, era necessário atender aos costumes, dar aos enfermos alimentos de "seu uso e criação" (HENRIQUEZ, 1721, p. 50).

Conforme Mazzine (1998, p. 254-264) os médicos da antiguidade aconselhavam alimentar o doente no momento da recuperação, da convalescença, no início da doença a alimentação devia ser suspensa ou reduzida.

O controle rigoroso da dieta pelo médico, caracterizado pelo comedimento na quantidade e por horários regulares da alimentação, visava restabelecer o doente e evitar a doença. Destacavam a cocção como um procedimento benéfico, que proporcionava propriedades terapêuticas ao alimento e que tendo nos diferentes modos de cocção (o cozimento a vapor, na grelha, na água) os meios para modificar as propriedades naturais dos alimentos em benefício da saúde; foi também considerada como um avanço para a saúde; e identificada como a descoberta da medicina. Esse elogio à cocção relaciona-se ao conceito da digestão, que é considerado uma cocção dos alimentos.

Na ciência antropológica o cozimento também adquiriu significado novo. Com a hipótese de cozimento, o antropólogo e biólogo especializado em primatologia, Richard Wrangham,<sup>25</sup> redesenhou a forma de pensar do homem. Para ele, ao contrário que se pensava desde Darwin, as pessoas se tornaram homens justamente porque passaram a cozinhar, acreditava que o momento da transição que deu origem ao gênero *Homo* nasceu do controle do fogo e do advento de refeições cozidas. Ressaltou: "o cozimento aumentou o valor da comida. Ele mudou nos corpos, nosso uso do tempo e nossas vidas sociais". No cozimento, os produtos da alimentação são transformados mediante o uso do fogo.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> WRANGHAM, Richard. *Pegando fogo: Por que Cozinhar nos tornou humano*. Rio de Janeiro, Editora Zahar 2010. p. 8.

<sup>26</sup> WRANGHAM, 2010, p. 8.

Cozinhar sempre foi uma ação humana por excelência. Uma a atividade que transforma o produto da natureza em algo absolutamente diferente. Massimo Montanari sinalizou: “as modificações químicas provocadas pelo cozimento e pela combinação de ingredientes permitem levar a boca um alimento, se não totalmente artificial, seguramente fabricado”. Se esse alimento for reconhecido como bom ou ruim será porque alguém ensinou a reconhecê-lo como tal. O gosto sempre foi uma experiência de cultura transmitida desde o nascimento, tendo o cérebro como meio de aprendizagem e transmissão dos critérios de valoração, e no órgão do gosto, (língua e suas papilas) a finalidade de levar ao cérebro a sensação de bom ou ruim. Nessa perspectiva o gosto pode ser considerado um produto cultural e regionalista resultado de uma realidade coletiva, convencionada e partilhável.

Assim, percebeu-se que a invenção do fogo e sua utilização trouxe um novo elemento formador da produção social do alimento. A comensalidade, prática de comer juntos, partilhando a comida, teve sua origem em tempos remotos, tanto quanto a espécie humana, e até o reino animal a prática, assim, as diferenças atribuídas aos sentidos dos atos de partilha se modificaram com o tempo.

A realização de uma comensalidade ao redor de uma mesa tem sido uma das formas de criar e manter a fraternidade humana. O momento da refeição dos enfermos no hospital de Vila Rica propiciava a instauração de laços afetivos entre eles. De acordo com Andresa Godoy e Doraci Lopes (2007, p.37) em seu estudo reflexivo sobre a cultura alimentar hospitalar, “criava-se um conjunto de sociabilidades ligadas ao momento da refeição com expectativas de intercâmbio de intimidades, de familiaridades que se revelavam importantes em situações de fragilidades biológicas e emocionais que padeciam os enfermos pobres”.

No hospital de Vila Rica, provavelmente os serviçais escravos comiam juntos em um local específico, e em outro espaço os enfermos. A comensalidade era um momento de reforçar a amizade entre os iguais, acordos afetivos se estabeleciam em torno do alimento e da panela. Alguns enfermos deveriam comer em suas camas, e, em certas ocasiões, auxiliados pelos enfermeiros e pelos escravos. Ainda não se pôde estabelecer as horas específicas das refeições e os registros não proporcionaram tais aferições. Nos tempos da Colônia e do Império os horários das refeições eram bem diferentes dos atuais. No Rio de Janeiro no final do século XVIII e início do XIX, almoçava-se às sete horas da manhã, jantava-se entre meia-dia e duas horas, e fazia-se a ceia entre cinco e seis horas da tarde.



De acordo com Henrique Carneiro a dieta em Hipócrates significava:

Não apenas um regime alimentar, mas um conjunto de atitudes diante dos alimentos, cuja escolha adequada seria o segredo de uma boa saúde. A dieta deveria ajudar a governar e corrigir não só problemas do corpo, mas especialmente aqueles da alma, que pode ser melhorada ou piorada conforme o que o corpo ingere. O vinho era sempre recomendado por Hipócrates como um remédio, em suas diversas formas e em distintos níveis de intensidade na embriaguez, conforme a natureza humoral do paciente. (CARNEIRO, 2005, p.71-80)

Hipócrates (460 a. C.-370 a. C.) foi um importante médico grego, nasceu na ilha de Cós e ensinou medicina em Atenas. Foi pioneiro ao estabelecer um critério médico racional e baseado na observação dos sintomas. Os textos atribuídos a ele fazem parte de uma coleção heterogênea de escritos médicos, o chamado Corpus Hipocrático, a mais importante compilação do saber médico da Antiguidade.

Cláudio Galeno também foi um dos ícones da medicina antiga. Nasceu em Pérgamo, na Ásia Menor, e viveu entre os anos 129 e 200 da era cristã. Antes de ir para Roma, estudou em diversas cidades, entre as quais Alexandria. Foi médico de gladiadores e escreveu as obras mais importantes do pensamento filosófico antigo, reunindo, de maneira eclética as idéias hipocráticas, platônicas e aristotélicas. A terapêutica galênica dominou a medicina ocidental do século I ao XIX da Era Cristã.

No século XVIII, os médicos em Portugal, tinham como parâmetro a doutrina humoral, um legado da terapêutica hipocrática-galênica. Essa longa tradição médica grega, após um período de esquecimento foi introduzida na Europa Ocidental a partir do século XII por meio de textos árabes traduzidos para o latim, mas carregados de inúmeras reinterpretações e versões. Portugal, no século XVII, procurando seguir o modelo das universidades britânicas e francesas, transferiu seu interesse para idéias médicas mais modernas. Contudo, os novos ares não foram suficientes para colocar em desuso as antigas prescrições médicas.

A teoria dos humores foi atribuída a Hipócrates, sistematizada pelo seu discípulo Políbio e continuada com algumas variações por Galeno, que incluiu a idéia dos temperamentos. A esse respeito Abreu (2011) relatou que Galeno considerava o corpo humano como mistura completa das qualidades. O temperamento era uma noção relativa que deriva da mistura. Desta forma, não havia um corpo quente em máximo grau, como o fogo, ou úmido em máximo grau, como a água. De acordo com Galeno todo ser vivo, homens,

animais e plantas possuía uma natureza particular em razão de quatro fatores, agrupados dois a dois quente/frio, seco/úmido, que deriva da combinação dos quatro elementos da natureza (fogo, ar, água e terra).

Estabelecida na Antiguidade a concepção hipocrática do corpo humano, baseava-se na idéia dos humores, a saber: Sangue, Fleuma, BÍlis Amarela e BÍlis Negra, em correspondência aos quatro elementos da natureza (terra, ar, fogo e água). Concebia-se a saúde como uma mistura equilibrada dos humores, enquanto a doença era explicada como predomínio (monarkhía) de uma das qualidades. Cada um desses humores que circulavam pelo corpo humano equivalia aos quatro princípios formadores do mundo e possuíam qualidades de: seco, frio, úmido e quente. Combinadas dois a dois, o sangue seria quente e úmido como o ar; a fleuma, fria e úmida como a água; a bílis amarela seria quente e seca como o fogo; e a bílis negra, fria e seca, como a terra.

Na prática, o equilíbrio humoral variava de indivíduo para indivíduo, dependendo de fatores como idade, sexo e localização geográfica. As pessoas mais idosas tendiam a ser geralmente mais frias e secas do que as jovens. A alteração de uma das qualidades em um humor produzia um desalinho que gerava a doença. Nessa perspectiva a doença era entendida como um desequilíbrio interno do organismo, cabendo ao próprio corpo combatê-la. Nesse contexto Galeno afirmava que todos os homens não possuíam a mesma natureza desde o nascimento, e, mesmo que a possuíssem não a conservariam imutável com o passar dos anos, pois havia de se considerar as mudanças dos tempos e dos lugares, os exercícios, os modos de viver. Esses fatores modificam as “disposições naturais” (GALENO, 1992, p. 15).

Para restaurar a saúde, ou seja, equilibrar os humores em desalinho, os médicos aconselhavam exercícios físicos, condições climáticas e de sono apropriadas e dietas. Embora a dieta fosse muito recomendada pela medicina antiga, ela era reservada a uma parcela da sociedade que dispunha de tempo e dinheiro para dedicar a sua saúde. As pessoas menos afortunadas recorriam aos remédios e à cirurgia que, em menos tempo, restituía a saúde, ou na maioria dos casos apressava a morte. Assim sendo, os médicos iriam curar o paciente com sangrias, banhos, unguentos, purgantes e medicamentos de origem animal e vegetal. Os tipos e formas de remédios eram vários, mas os métodos purgativos, de expulsão e evacuação da matéria, eram essenciais para o restabelecimento do equilíbrio corporal e conseqüentemente para se chegar à cura.

Desta forma se uma doença se manifestasse “quente” indicava a falta de frio no organismo, e assim o alimento a ser administrado deveria ser de natureza fria. Essa concepção médica utilizava o método dos contrários para repor o equilíbrio e restabelecer a saúde do paciente. Com inúmeras variações essa tradição médica perdurou por mais de dois mil anos.

Na teoria dos humores não somente os alimentos eram vistos simplesmente como medicamentos capazes de por si só curar o indivíduo; era também necessário fazer, toda uma leitura do ambiente, do corpo do paciente e de suas características peculiares. Na perspectiva hipocrática, os alimentos e as bebidas quentes convinham aos que tinham humor melancólico, isto é, seco e frio, enquanto as bebidas frias deviam ser oferecidas aos coléricos de natureza quente e seca.

Nessa direção, as qualidades específicas dos alimentos (seco, úmido, quente, frio, indigesto etc.) deveriam ser opostas ao da natureza do indivíduo saudável ou doente, ou seja, quem tem a natureza mais fria e seca, como são as pessoas com mais idade, deveria ingerir alimentos quentes e úmidos. Por essa razão, o vinho que era considerado um alimento quente era adquirido com frequência pelo hospital de Vila Rica e provavelmente, era consumido pelos pacientes mais velhos, pois, a maioria dos doentes era de mais idade. A dieta consumida no hospital de Vila Rica ancorava-se em uma tradição bastante remota, consolidada no âmbito da cultura greco-romana, com uma larga difusão no mundo ocidental.

Assim no regime dos enfermos percebeu-se a ligação dessa dieta com a doutrina humoral. Qual era a intenção dos administradores do hospital ao adquirir vinho e aguardente para complementar a dieta dos pacientes? Após analisar as informações percebeu-se que era para reforçar a importância de se evitar o desequilíbrio humoral, alertando, principalmente aos de natureza fria que consumissem uma pequena quantidade de vinho para reconstituir a saúde comprometida pela doença e desse modo estabelecer novamente a harmonia entre os princípios quente e frio, úmido e seco.

Uma das explicações para a ocorrência dessa concepção do saber dietético utilizado no hospital de Vila Rica se devia, em parte, a própria formação e visão de mundo, que eram compartilhadas pelos médicos e cirurgiões da época. Parte considerável dos médicos em Portugal se formava ainda com base na leitura das obras de autores como Hipócrates e Galeno.

Os autores dos manuais médicos divulgados no contexto das Minas setecentistas, *Âncora Medicinal*, *Erário Mineral* e *Governo de Mineiros*, aprenderam a arte de curar em instituições de ensino portuguesas e publicaram seus manuais no século XVIII. Mesmo que discutissem e contestassem aspectos da doutrina dos humores, em geral, seguiam suas premissas básicas. Caracterizava-se a medicina dos manuais como plástica, adaptável a inúmeros sistemas terapêuticos.

De acordo com Almeida (2010, p. 32) o acesso aos ofícios curativos em Portugal se dava em virtude dos conhecimentos acadêmicos, no reconhecimento de saberes empíricos adquiridos com um mestre de ofício ou pela virtude para curar. Os alunos de medicina deveriam se familiarizar com as autoridades antigas como Hipócrates e Galeno, ou medievais, como Avicena.

O consumo de bons alimentos, a moderação na ingestão e o profundo respeito à individualidade de naturezas, hábitos e comportamentos, perpassaram todas as páginas do manual do médico de Francisco Henriquez. Adepto de uma medicina preventiva empenhou-se em oferecer uma gama de informações sobre os diversos tipos de alimentos (frutos, legumes, raízes, hortaliças, carnes, peixes, bebidas, condimentos, pães), os quais poderiam auxiliar no tratamento das doenças e na recuperação do equilíbrio dos “humores do corpo”, em desalinho. Da alface diz “que concilia o sono, abranda o ventre e gera muito leite, ainda que seja certo que nutre pouco”, aconselhava o consumo que pode ser antes das refeições, durante e após a elas (HENRIQUES 1721, p. 165).

De acordo com Algranti (2012) esse manual possuía estreita relação com outros tratados divulgados em Portugal, no mesmo período, nos quais era possível perceber a estreita relação que havia entre a cozinha e a botica, pois os produtos consumidos nas refeições do dia a dia transformavam-se em medicamentos em razão das necessidades e situações particulares devido às suas propriedades.

A circulação de saberes acerca dos benefícios dos alimentos refletiu na dieta alimentar dos pacientes do hospitalar da Santa Casa de Misericórdia no final do século XVIII. A maior parte dos achaques e dores mais comuns era tratada com alimentos nutritivos, elixires, mezinhas ou emplastos preparados com ervas e plantas de fácil acesso. Estas poderiam ser adquiridas nas boticas e vendas ou nas hortas e despensas fossem de origem

européia, oriental ou americana, uma vez que o intercâmbio de plantas e saberes era expressivo no interior do império português, no século XVIII.

O encontro de povos de diferentes partes do mundo, da Europa, África, Ásia e América, propiciou as trocas culturais e materiais. A presença de gêneros alimentícios como o vinho, alfavaca, gengibre, o chá da Índia na dieta dos enfermos, eram evidências de que estes produtos se mostravam presentes nas formas de tratar as enfermidades em outras terras e outras culturas.

Com efeito, a cultura ocidental não negou seu interesse pela dieta alimentar antiga, de acordo com suas características individuais e seu estilo ou situação de vida. Nessa perspectiva, muitos preceitos antigos foram sendo incorporados e propagados no mundo ocidental no decorrer do século XVIII, e se fizeram presentes nos domínios da América Portuguesa.

A questão da alimentação foi um assunto discutido ao longo da época moderna, mas foi, sobretudo, no século XVII e o começo do XVIII que houve na Europa, um reforço do poder médico sobre os hábitos alimentares. A perspectiva dos médicos sobre a alimentação e as relações entre alimentos e saúde seria, de fato, muito informada pelos avanços científicos. A preocupação com a alimentação caracterizou a medicina desse período embora não fosse seu único ponto de interesse.

Com o desenvolvimento da química, desde o século XVI veio as contribuições para diminuir os parâmetros da antiga dietética. Alguns condimentos foram reduzidos à função gastronômica. Exemplo claro foi a utilização do açúcar. Esse ingrediente foi durante muito tempo, um produto farmacêutico. Flandrin<sup>27</sup> consultou um documento datado do século XIV, onde constava que 40% das receitas que incluíam o açúcar eram destinadas aos doentes, e na maioria das outras o açúcar tinha a função, como na farmácia, de edulcorar a violência das especiarias sem reduzir suas virtudes terapêuticas.

Até meados do século XVII o açúcar era considerado pelos médicos um ingrediente benéfico e caro que os boticários vendiam como medicamento e os camareiros dos palácios, dos mosteiros e das casas aristocráticas o mantinham trancado, retirando apenas a

---

<sup>27</sup> FLANDRIN, Jean-Louis & MONTANRI, Massimo (dir.) *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 675.

quantidade que necessitava. O açúcar foi investigado por médicos e químicos e passou a ser visto como um ingrediente perigoso. Seu uso contínuo e ao longo de toda a refeição foi desestimulado. Com o alerta, os chefes franceses passaram a deslocá-lo para o final da refeição, servindo-o apenas em sobremesas.

Todavia, seu consumo se implantou firmemente nas refeições das elites sociais nos séculos XVI, XVII e XVIII, mas apenas nos séculos XIX e XX, seu consumo se difundiu na alimentação popular. Em Portugal no século XV as prescrições médicas estavam presentes também em livros de culinária, como o de Domingos Rodrigues, intitulado *Arte de Cozinha*, editado em 1680. A estreita ligação entre a medicina humoral e a cozinha contribuía para que fosse tarefa dos cozinheiros conhecerem também as propriedades dos alimentos.

A publicação do português, *Arte de Cozinha*, surgiu em um momento de transformação profunda da cozinha cortesã europeia: prática alimentar comum na Idade Média, como longos cozimentos, uso de especiarias em profusão e de alguns vegetais bem cozidos, cederam lugar a novas propostas culinárias.

A nova idéia, em termos gerais, pregava a utilização de especiarias em menos quantidade, incluía no cardápio das elites, frutas e vegetais crus e transportava o açúcar – utilizado na maioria dos pratos até então, para o final da refeição. Tais mudanças foram vistas em um contexto europeu geral, a partir de descobertas químicas do período em questão.

O livro de Domingos, portanto estava sintonizado com a proposta da nova cozinha francesa, ao indicar uma tendência do açúcar para o final da refeição. A nova culinária, que buscava o sabor natural dos alimentos introduziu nas receitas dos livros de cozinha: cebola, alho-poró, alho, alface e outros ingredientes considerados durante a Idade Média, produtos básicos da alimentação camponesa. Foi considerado uma obra que sinalizava a passagem de uma culinária antiga para uma moderna.

A época moderna presenciou o intercâmbio cultural entre os continentes, houve um deslocamento cada vez mais intenso de pessoas, coisas e alimentos e o aumento das trocas culturais e materiais se intensificaram.

O estudo de Matoso (1997, p. 69), afirmou que após o aperfeiçoamento das técnicas de navegação, o aumento das redes comerciais marítimas integrou o Novo Mundo ao processo de mundialização ibérica iniciado por portugueses e espanhóis. Várias especiarias e produtos

utilizados tanto no preparo de alimento quanto na preparação de medicamentos, passaram a ser comercializadas para locais distantes de suas origens.

Essa explicação pôde ser observada na dieta dos enfermos em questão: plantas como alfazema, tubérculo e gengibre circulavam pelos quatro cantos do globo, que, apropriadas e interpretadas pelas diversas culturas presentes nos domínios portugueses da América serviam de alimento e de remédio, como foi constatado pela observação da documentação utilizada. O Império português era universal e sua comunicação se fazia de maneira dinâmica entre as suas diferentes colônias.

Almeida (2010, p.82) verificou que vegetais de virtudes vindos da África, Europa e Ásia se adaptaram ao solo e às condições climáticas e se incorporaram à natureza. Muitos receberam outros nomes e se juntaram àqueles originalmente utilizados pelos aborígenes para a cura de enfermidades locais. A história da humanidade foi indelevelmente marcada por vários processos de domesticação de animais e plantas possibilitando mudanças nos hábitos alimentares das pessoas.

Algumas frutas chegaram à colônia em meio ao maior processo de transferência intercontinental de plantas nos séculos XVI e XVII. Buscando o monopólio das fontes de riqueza vegetal, os portugueses permutaram plantas valiosas entre suas colônias no Oriente e no Ocidente. No Brasil, testaram hortaliças e cereais tradicionais em Portugal, plantas frutíferas do Mediterrâneo e Ásia e as famosas especiarias do Oriente, como a canela, a pimenta-do-reino e o cravo. E daqui levaram o que lhes pareceu potencialmente conveniente.

Os alimentos modernos se propagaram pelo mundo por intermédio da intensificação do comércio e do intercâmbio provocado pelas navegações transoceânicas da primeira globalização do século XVI, entre os quais se destacou o açúcar, as especiarias, as bebidas quentes, a batata, o tomate, o arroz, o trigo etc. Uma das características típicas da época moderna tem sido o rápido crescimento demográfico. Tal situação explica-se pelo aperfeiçoamento do regime alimentar e ao desaparecimento das crises cíclicas de fome, já reduzidas no século XVIII, dentre outras.

Com o crescimento demográfico o consumo de cereais passou a ser significativo e foi aumentando em sintonia com o aumento da população. A pressão demográfica aumentou a necessidade de produção de alimentos, o milho e a batata foram um dos fatores fundamentais de resposta ao desafio demográfico. Mas, outros elementos, também importantes foram

considerados: a revolução agrícola que atingiu toda a Europa, a transformação radical dos transportes, estradas de ferro, navios a vapor e muitos outros relacionados à revolução industrial, contribuíram para a transformação do sistema econômico, e coadjuvou para o encolhimento da agricultura de subsistência em favor de uma agricultura completamente voltada para o mercado.

Vários foram os fatores que contribuíram para a extensão e transformação dos costumes alimentares dos povos, como: progresso tecnológico, crescimento demográfico, comercialização de produtos agrícolas, acúmulo de riquezas, e outros.

A teoria de Thomas Maltus afirmava que a produção de alimento cresceria em escala menor do que o crescimento populacional, nesse caminho a humanidade morreria de fome. Boserup<sup>28</sup> contrapôs essa posição e colocou o crescimento demográfico como o principal fator de mudanças na agricultura. Historicamente o crescimento populacional tem contribuído para modificações significativas na produção agrícola.

---

<sup>28</sup> BOSERUP, Ester. *Evolução Agrícola e pressão Demográfica*. São Paulo: HUCITEC/POLIS, 1987.



## 2.2 Alimentação como marca identitária

A alimentação não se restringe a satisfazer as necessidades fisiológicas. Trata-se também de fonte de prazer, formas para adquirir saúde e até mesmo uma marca identitária. Embora a globalização cultural seja um fenômeno cada vez mais intenso, principalmente nos grandes centros urbanos, ela jamais vai ter força suficiente para apagar totalmente os elementos da cultura local. De acordo com Barbosa (2001, p. 57) “um fast-food, jamais vai substituir um acarajé, uma feijoada, um pão de queijo ou uma pasta italiana”. O famoso ditado “diga-me o que comes que eu te direi de onde tu vens”, vem fortalecer a idéia da alimentação como uma marca identitária. No entanto, cada país possui a sua preferência alimentar, ou seja, não se come igual em todo o mundo e nem mesmo dentro de um país sem grandes divergências culturais. As diferenças variam de forma sutil de região para região.

Nessa perspectiva, cada país e cada região possuem a sua marca regional, e como território possui um espaço dinâmico de transição e contato, que viabiliza difusões. As fronteiras são demarcações imprecisas, vagas, lugar de interpenetrações, campo aberto de interseções (HISSA, 2002, p.35). Elas sempre foram permeáveis às trocas econômicas e culturais.

Pratos como o frango com quiabo, o feijão tropeiro, o pão de queijo, o angu de fubá, o queijo com goiabada, o arroz doce, dentre vários outros, fazem parte da identidade gastronômica mineira. Essa identidade regionalizada, tem sido utilizada como uma das características marcantes de uma determinada região.

Além de proporcionar saúde e sustento a alimentação tem sido uma expressão cultural de fácil comunicação, pois facilita o entendimento da cultura do outro, muitas vezes, sem a necessidade de palavras. A comida sempre proporcionou uma intermediação entre culturas distintas, abrindo os sistemas culinários a todas as formas de invenções, cruzamentos e contaminações. A cozinha, local da intimidade, lugar de reunião e do diálogo familiar, do aquecimento, do aconchego, é também espaço de identidade e de troca. A cozinha de hoje é o resultado de um processo histórico que traz em si elementos das mais diversas procedências, que aqui foram modificados, mesclados e adaptados. Não seria possível pensar em uma cozinha brasileira sem pensar em uma miscigenação. Assim como a linguagem, a cozinha tem contido e expressado a cultura de quem a pratica. Depositária fiel das tradições e das identidades de grupo.

A alimentação também pode caracterizar uma identidade religiosa. Em várias religiões, o alimento tem possuído função não só de nutrir o organismo, mas também um significado próprio, associado a divindade. Enfim, mais que aplacar a fome pode alimentar a fé, ou seja, aquilo que vai ao prato é o caminho de se atingir um estado de graça.

No decorrer da história, muitos povos viam a comida como uma dádiva, um milagre divino. Bem antes das principais doutrinas religiosas de hoje se efetivarem, tais como o cristianismo, o islamismo e o próprio judaísmo, já eram comuns os ritos de oferendas aos deuses, bem como as festas que celebravam as colheitas, essenciais para aplacar a fome dos povos antigos. Nesse contexto, a refeição adquiriu uma simbologia toda especial, repleta de significados.

O repertório culinário passou a fazer parte de celebrações e ocasiões tão especiais que ganhou significado e valor único. Inclusive de privação, em alguns casos. É importante mencionar que no modelo alimentar medieval a carne possuía um papel social muito importante na alimentação dos poderosos, os delitos ou as covardias, por exemplo, eram punidos com a obrigação de abster-se de comer carne por períodos mais ou menos longos, nos casos mais sérios, por toda à vida (MONTANARI, 1998, p.294).

A abstinência e a proibição, constante ou temporária de determinado alimento têm sido, geralmente, considerados meios de alcançar um estado de graça e santidade. A identidade religiosa é, algumas vezes, uma identidade alimentar. Ser judeu ou muçulmano, por exemplo, implica entre outras regras, não ingerir carne de porco. Ser hinduísta significa ser vegetariano. O cristianismo em sua cerimônia mais sagrada ordena a ingestão do pão e do vinho, como símbolos do corpo e sangue de Cristo. Essa tradição romana que o cristianismo reforçou e elegeu como símbolo da fé (o pão e o vinho) são alimentos de sobrevivência que carregam um elemento cultural. A partir do século IV o cristianismo estimulou a abstinência e o jejum por seus benefícios espirituais e considerou beber e comer demais um comportamento tipicamente pagão.

No Brasil, ultrapassando as diferenças regionais, de classe social ou de origem étnica, houve uma combinação alimentar que marcou o cotidiano do brasileiro: o feijão com arroz. Tal combinação pode variar, mas, de modo geral, o prato da refeição principal do brasileiro constitui-se na mistura de feijão, arroz, carne e salada.

Apesar de alguns enfatizarem a origem americana dos feijões, até agora não houve consenso sobre o assunto. Quando os europeus desembarcaram no Brasil em 1500 já havia algumas espécies conhecidas pelos indígenas do litoral. Entretanto tais espécies não eram aproveitadas de maneira sistemática no sistema alimentar dos aborígenes. Foi com a chegada dos portugueses e a introdução de novas variedades que os feijões assumiram a importância que hoje têm na alimentação brasileira.

Historicamente, os feijões (ou favas) eram consumidos de maneira significativa pelos europeus, na forma de faveiro, que foi substituído por novas espécies após as grandes navegações (FLANDRIN, 1998: p.541). De acordo com Câmara Cascudo (1983), no século XVII, o feijão com farinha era a base alimentar do povo brasileiro. A alimentação dos escravos era, fundamentalmente, constituída por feijão misturado com farinha de mandioca ou milho. De vez em quando, de acordo com as condições financeiras dos senhores, essa alimentação poderia ser complementada com carne seca, toucinho, banana e laranja.

Apesar de haver registros da existência de algumas espécies de arroz no período pré-colonial, tratava-se de um arroz selvagem, coletados pelos índios tupis, que não lhe davam muita importância. A introdução do cultivo do arroz se deu no início, no norte do país, no Pará, em Pernambuco e principalmente no Maranhão. Mais tarde, expandiu-se para o restante do país, até o Rio Grande do Sul.

Para concluir a feijoada foi eleita como prato nacional identitário do Brasil. A diferença entre a feijoada comum, com alguns poucos ingredientes, servida no cotidiano das residências e a feijoada completa; está nos ingredientes desta que leva feijão preto, cozido com várias carnes como pé, orelha, rabo, pele de porco, toucinho, lingüiça e paio, e é servida com arroz branco e farinha de mandioca, tendo como acompanhamento couve, laranjas e molho de pimenta. Sua origem como sendo nas senzalas, tem gerado polémica até os dias de hoje.

De acordo com essa versão, ao matarem o porco as partes nobres eram reservadas para a casa grande, enquanto as partes menos nobres eram enviadas para as senzalas, lá essas partes eram misturadas ao feijão, dando origem à feijoada. Essa versão é considerada como fantasiosa. Para alguns, a matriz da feijoada estaria nos cozidos de feijão que já existiam em Portugal, enquanto para outros ela estaria relacionada com os vários cozidos de feijão, entre eles o cassoulet francês. Argumenta-se também, que era costume português comer essas

partes ditas inferiores do porco e que, portanto, os senhores não as enviavam aos escravos, que se alimentavam de feijão e farinha. Outros ainda, a considera como criação brasileira, mais especificamente da zona urbana do Rio de Janeiro.

Se torna relevante mencionar que o conceito de alimentação e saúde, sendo o primeiro marca identitária sempre esteve articulado com o conceito de saúde, desde os tempos remotos. Hipócrates, considerado o mestre da medicina antiga, tinha na ingestão de alimentos o ponto alto nos procedimentos de cura. O próximo passo será a apresentação da dieta dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia, que será discutida com o apoio de uma bibliografia sobre o tema da alimentação e os manuais de medicina divulgados na época colonial.

### 3- FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL, USO DAS FONTES E DIETA ALIMENTAR

#### 3.1 Alguns aspectos sobre o funcionamento do hospital da Santa Casa de Misericórdia

Os registros dos gêneros alimentícios efetuados mensalmente nos livros de receita e despesa do hospital colocam em evidência alguns detalhes do seu funcionamento, porém, não permitiram apreciar a situação global do hospital (estado de camas, instalações, botica, médicos etc). A documentação apontou elementos que vão além dos aspectos relacionados a alimentação dos pacientes, como os utensílios de cozinha, a presença de um enfermeiro e de escravos que ali trabalhavam e pertenciam a instituição, possibilitou também averiguar a origem social, econômica e a idade dos pacientes que foram a óbito e a alguns tipos de enfermidades que os acometiam como a lepra e a bexiga, dentre outras coisas.

Há uma forma particular de se fazer a comida e de se comer que nos diz mais que o alimento em si. Informações sobre a forma original de como conservavam a saúde nos sertões, os ajustes necessários à subsistência e à sobrevivência dos doentes pobres, sobre valores como caridade, religião e fatos sociais como desigualdade, hierarquia e doença.

Os utensílios utilizados na cozinha do hospital, como tachos de cobre, barril para armazenar água, moringas e bacias de barro, panelas de pedra, faca flamenga, sopeiras e frigideiras, eram extremamente interessantes, e indicaram a forma de como seria o preparo e a conservação do alimento. A água que abastecia o hospital era transportada em barril pelos escravos e em seguida armazenada em moringas de barro. O azeite de mamona destinado à iluminação do estabelecimento era adquirido em quantidades significativas sugerindo seu uso de maneira relevante.

É importante ressaltar que as facas flamengas poderiam servir não apenas como utensílio doméstico, mas também como um instrumento cirúrgico. O manual de Mendes discorre sobre o “carbúnculo”, que pode ser interpretada hoje como uma doença infecciosa causada por uma bactéria, nessa descrição seguem-se várias receitas, entretanto, se os remédios não lograssem efeito, ele diz:

Neste caso deveis sem mais demora usar do local mais vigoroso e mais seguro e último, de que todos os autores usam que é fogo, pondo um cautério em brasa, ou, não o tendo, uma faca flamenga, e com isto em brasa metê-lo pelo corpo da pústula com a profundidade necessária, de sorte que entre a podridão e a carne sã, e que extirpe fora tudo quanto for podridão (MENDES, 1170, p. 78).

Na falta do cauterio, instrumento próprio para o procedimento da cirurgia, Mendes aconselhava usar faca flamenga, assim, um mal poderia ser tratado facilmente dispondo de um instrumento mais acessível. Considerando que no final do século XVIII, não havia conhecimento específico sobre a necessidade especial de higienização para os instrumentos cirúrgicos.

Apesar dos talheres datarem do século XV, em muitas regiões do Brasil na segunda metade do século XIX ainda se comia com as mãos. Não foi encontrado nos registros nenhuma menção relativa a esse item. A utilização de talheres para comer, de copos individuais para beber, panelas bem lavadas e de produto que facilitasse a remoção de restos de comida revela um lento processo de percepção que levaria a considerar seriamente a questão da saúde. Magalhães (2004, p.116) relatou que o talher foi introduzido no Brasil, no século XVII e muitas residências nobres possuíam vários deles, contudo ficavam guardados e não eram utilizados diariamente. Ressalta ainda que dentre os utensílios de mesa, os pratos de estanho e de pó de pedra eram os mais utilizados pelos habitantes da região de Mariana, e que os talheres encontravam-se disseminados em todos os segmentos sociais.

A maioria dos pacientes pobres assistidos pelo hospital era considerada adulta ou idosa. São raros os registros de óbitos de pacientes jovens que faleciam no hospital. De toda a documentação analisada só foi possível a identificação de um rapaz. Frequentemente, nas notas de falecimentos o procurador da Santa Casa de Misericórdia sinalizava a faixa etária do falecido, o termo velho aparece com mais frequência na documentação consultada. As idades no século XVIII certamente moldavam conforme a realidade das populações. Adulto, segundo Bluteau, era “aquele que chegou aos anos da adolescência” e esta era considerada a primeira idade depois da puerícia que começa aos nove ou dez anos, enquanto “velho era quando a pessoa atingia a idade de sessenta anos”.

O maior número dos pacientes em tratamento no hospital, *a priori*, não dispunha de uma dieta considerada adequada cotidianamente de acordo com os padrões vigentes à época. O hospital assistia aos pobres que quando adoeciam, necessitavam de um regime rigoroso, nutritivo, composto de gêneros alimentícios com propriedades medicinais necessárias para a recuperação de sua saúde.

A instituição era administrada por um grupo católico, possuía capela própria e as missas eram celebradas diariamente com velas acesas e todos os paramentos necessários para

a celebração da eucaristia, como indica o documento escrito pelo procurador da Santa Casa, Manoel Antonio de Carvalho, a saber: “quatro libras de cera que comprei para o altar da capela nos dias de dizer as missas”.

Através da análise documental, observou-se que o hospital assistia também aos doentes pobres que se encontravam fora do espaço hospitalar. Possivelmente, esses convalescentes gozavam dos cuidados de parentes ou amigos. De acordo com Sá (2013, p. 113) as Misericórdias mantiveram até o século XVIII a preocupação de assistir os doentes em domicílio. Sá ressaltou que os estudiosos são unânimes em afirmar que os hospitais se destinavam a pobres, e não a todos, somente aqueles que não podiam usufruir dos cuidados de familiares e conhecidos, assim sendo, estavam sujeitos a ser tratados em regime de internação hospitalar. As Misericórdias conservaram as visitas domiciliares no século XIX, e por vezes até o século XX, atribuindo elevado destaque a este serviço no conjunto das suas atividades.

Na documentação analisada, o nome de D. Micaella apareceu com bastante frequência. Tudo indicou que essa senhora cuidava de alguns doentes em sua residência, e eles poderiam fazer parte da sua linhagem familiar ou de sua relação de amizade. Além de possuir um forte ideário cristão e acreditar que suas ações eram garantia da salvação no reino celeste, galgava de prestígio e proeminência social. No ano de 1794 estava com duas ou mais pessoas em sua casa doentes, “pelo que importa a carne que se mandou buscar e se deu para as duas doentes que estão em casa da Micaella”. Foram destinados aos doentes que estavam acamados em sua casa, gêneros alimentícios tais como ovos, vinho, pão, leite e farinha de trigo como se pôde certificar na documentação analisada: “duas libras de farinha de trigo para a doente que está em casa da Micaella”. A farinha de trigo era utilizada no preparo de mingau para os enfermos, essa evidência foi constatada em uma das anotações sobre esse produto.

A maioria dos falecimentos ocorridos no hospital da Santa Casa era de mulheres e de homens escravos ou descendentes, forros, capitães do mato, presidiários, andarilho, branco pobre ou indígena pertencente ao mesmo grupo social e que tinham em comum a falta de víveres básicos indispensáveis para a sobrevivência.

Frequentemente, ao final de cada lista de gênero alimentício, o procurador da Santa Casa, Manoel Antonio de Carvalho responsável pelo registro, anotava os falecimentos ocorridos naquele dia no hospital e as mortalhas compradas para o sepultamento dos mesmos.

Nas notas de falecimentos, o procurador registrava o nome do falecido, sua etnia e origem social: se tinha sido escravo, se era forro, capitão do mato, branco pobre, pardo, carcerário, criminoso, andarilho, índio, crioulo ou preto. Graças a esses inscritos, foi possível inferir que os pacientes da Santa Casa eram pessoas de origem humilde, sem exceção, todos os falecidos faziam parte da população mais carente de Minas Gerais, fosse ela livre ou escrava. Com o fornecimento de uma alimentação nutritiva e terapêutica o hospital cuidava simultaneamente da doença e da pobreza.

O estabelecimento adquiriu mensalmente mais de trinta gêneros alimentícios diferentes para alimentar seus doentes. A oferta de um regime adequado, mais rico do que o de costume, foi um dos caminhos encontrados pela Santa Casa de Misericórdia para prolongar a vida, conservar a saúde e reverter quadros de debilidade e doenças dos seus pacientes.

A Santa Casa possuía características que se identificam com os asilos dos dias atuais. Assistia à população carente através de doações vindas de pessoas caridosas, como proprietários de terras e de lavras de ouro, padres e irmãos da Misericórdia. Não se pode esquecer que a caridade nessa época era traduzida como uma via de acesso ao reino do céu, garantia de salvação da alma, a grande preocupação do homem naquele tempo.

É pertinente destacar que as condições de vida dos escravos de Vila Rica no final do século XVIII, não eram das melhores, sua situação agravava ainda mais quando ele era criminoso e encontrava-se no sistema carcerário, morrendo na maioria das vezes sem o menor auxílio, como ocorreu com um criminoso muito velho que faleceu na cadeia no ano de 1794. No final da lista dos gêneros alimentícios, o autor do registro Manoel Antonio de Carvalho fez as seguintes anotações “em dito dia morreu na cadeia um preto por nome José (ilegível) criminoso muito velho e pobre a quem dei uma mortalha”<sup>29</sup>, outro documento relatou situação semelhante, “em dito dia faleceu Manoel Pereira da Cunha crioulo preto na cadeia a ordem de sua (ilegível)”<sup>30</sup>.

Possivelmente, não era prática comum, mas em situação de muita necessidade a Santa Casa enviava para os presos da cadeia alguns gêneros como farinha para suprir suas necessidades básicas ou até mesmo de fome. Na documentação consultada encontrou-se um

---

<sup>29</sup> APM, fundo: Casa dos Contos, rolo: 549, plan: 10018, Doc: 4, Cx: 160, mês: maio, ano: 1794.

<sup>30</sup> APM, fundo: Casa dos Contos, rolo: 549, plan: 10008, Doc: 1, Cx: 160, mês: fevereiro, ano: 1795.



registro que fazia a seguinte menção: “dois alqueires de farinha que comprei para dar aos presos<sup>31</sup>”.

Importante lembrar que para a realização do presente estudo deu-se prioridade às fontes primárias como as listas remanescentes dos livros de receitas e despesas do hospital de Vila Rica encontradas no Arquivo Público Mineiro em Belo Horizonte e os manuais da época colonial de autoria de cirurgiões ou de médicos. A recorrência a essas fontes, dentre outras, permitiu a interpretação da dieta hospitalar consumida pelos pacientes no hospital de Vila Rica no período colonial.

Os manuais são, no entanto, testemunhos relevantes dessa dieta, pois eles circulavam no contexto social das Minas daqueles tempos, e divulgavam as formas de tratar as várias doenças que acometiam a população, e em diversos casos indicavam uma dieta reparadora de acordo com as moléstias dos doentes. Outro aspecto importante a ser destacado, é a presença de conhecimentos médicos antigos e contemporâneos aos autores existentes em suas obras. São, portanto e, em grande medida, uma compilação de conhecimentos sobre os efeitos benéficos dos alimentos, já utilizados na Antiguidade. Francisco da Fonseca Henriques foi um dos médicos que seguiu os preceitos hipocráticos e galênicos, no decorrer de sua obra *Âncora Medicinal* (1721)<sup>32</sup> o médico faz várias referências a Hipócrates e Galeno.

---

<sup>31</sup> APM, rolo: 549, plan: 10018, Doc: 4, Cx: 160, 1794.

<sup>32</sup> HENRIQUES, Francisco, 1721.

### 3.2-Uso das fontes

Devido à grande variedade de alimentos, os mesmos foram agrupados em famílias conforme será mostrado na figura 1. Em razão da grande dispersão destes gêneros, eles foram classificados em dois grandes grupos denominados gêneros representativos e gêneros não representativos.

Presumiu-se que os gêneros não representativos estavam relacionados à ocorrência de doenças específicas de alguns pacientes do hospital, e não causavam impacto direto na dieta de todos os enfermos, seu consumo era parcimonioso e esporádico. Desses gêneros pode-se citar o gengibre, a alfazema, o chá da Índia, o vinagre do reino e da terra, o vinho, a aguardente, a água da rainha, entre outros produtos que flutuavam, consoante as necessidades, entre cozinha e botica. Em princípio, seu uso como remédio talvez fosse mais importante do que seu emprego como alimento.

Enquanto isso, os gêneros representativos eram adquiridos em quantidade significativa e possivelmente destinavam-se ao regime de todos os convalescentes da instituição. As bebidas alcoólicas, apesar de não terem tido impacto no tratamento de todos os pacientes do hospital, estavam quantificadas adequadamente e foram consideradas na linguagem gráfica dos gêneros representativos.

O bacalhau foi adquirido em um total de quatro libras, somente no mês de março de 1793. O mesmo, portanto, não foi considerado nas tabelas e gráficos, mas foi utilizado no corpo do texto.

Os gêneros alimentícios, tais como banana, limão, ovos, alface, cebola, alho, couve, hortaliças e ervas, não receberam tratamento gráfico e foram representados em uma tabela, em razão de suas aquisições pelo hospital não estarem quantificadas. Eles apareceram com frequência no “cardápio” do hospital, durante todos os anos analisados, porém seus valores e quantidades adquiridas eram imprecisos, dificultando a representação gráfica. Foi dado um tratamento especial a estes gêneros, e considerou-se que eram de produção própria, provenientes de horta, pomar e galinheiro da própria Santa Casa de Misericórdia.

Chegou-se a uma conclusão ao conectar diversas indicações de que a própria Santa Casa de Misericórdia tinha não apenas uma horta, como também a criação de porcos e galinhas, pois adquiria gêneros alimentícios como milho para alimentar as galinhas e

matavam porcos. Era muito comum no período colonial a presença de quintais nos arredores das casas. Embora a Santa Casa fosse um hospital, ela estava localizada em uma chácara, espaço propício para cultivar hortas e criar alguns animais domésticos em pequena escala. Segundo Paiva, os quintais urbanos serviam como espaço de lazer, mas principalmente, de produção em pequena escala. O autor sinalizou:

Neles cresciam bananeiras e hortas e engordavam galinhas e porcos, assim como algumas vacas e cavalos. A importância assumida pelos quintais na economia doméstica da população setecentista pode ser atestada através dos instrumentos agrícolas mencionados, com frequência, nos testamentos dos moradores (PAIVA, 2009, p. 173).

Freqüentemente a economia de subsistência é caracterizada por baixa produtividade e rentabilidade, vista como uma economia de natureza fechada e tendente à auto-suficiência. É notório, que as hortas e os pomares constituíram aporte decisivo para o equilíbrio alimentar dos mineiros. Silva (2012) sinalizou que, mesmo nos seus bairros mais centrais, a cidade brasileira no período colonial olhada de cima apresenta ares de meio rural.

Fig. nº 1 – Tabela dos gêneros representativos para o período de 1793 a 1796.

Item	Descrição
1	Galinhas + frangos
2	Farinhas (de milho, mandioca e fubá) e Grãos (feijão, arroz, milho)
3	Carnes, banhas e toucinhos
4	Açúcar
5	Sal
6	Pão e leite
7	Bebidas alcoólicas (aguardente e vinho)

Fig. nº 2 – Tabela dos gêneros não representativos para o período de 1793 a 1796.

Item	Descrição
1	Paus de chocolate
2	Folhas de chá
3	Chá da Índia
4	Caixeta de marmelada
5	Vinagre
6	Vinagre da terra
7	Vinagre do Reino
8	Manteiga
9	Gengibre
10	Farinha de trigo
11	Alface
12	Alfazema
13	Água da rainha

Fig. nº3 – Tabela dos gêneros de provável produção própria para o período de 1793 a 1796

Item	Descrição
1	Ovos
2	Limões
3	Banana
4	Cebolas, alhos, ervas hortaliças, e couves.

Em nenhum dos anos analisados os dados cobriram todos os meses. Deve-se ficar atento para o ano de 1796, já que foram obtidos somente os dados para os meses de Janeiro a Junho.

As unidades apresentadas – arrobas, libras, barril, típicas da época colonial, dentro do possível, foram convertidas em unidades de medidas atuais para melhor entendimento e visualização da quantidade dos gêneros alimentícios consumidos no hospital. Contudo, algumas medidas foram mantidas, como frascos para as bebidas alcoólicas (vinho e aguardente) prato para sal e alqueire para grãos e farinhas.<sup>33</sup>

O critério de análise das fontes obedeceu a uma forma subsequente dos anos, de 1793 a 1796 respectivamente. Para uma melhor compreensão do regime dos enfermos foi elaborado um gráfico e duas tabelas para cada ano analisado. Os gráficos apresentam os gêneros alimentícios representativos, ou seja, adquiridos pelo hospital diariamente e em quantidades precisas no decorrer de todo o ano. As tabelas subsequentes aos gráficos apresentam novamente os gêneros representativos e os gêneros alimentícios não representativos, separadamente.

---

<sup>33</sup> **Alqueire:** unidade de medida usada para produtos secos, que equivalia a 13 litros.

**Arroba:** unidade de peso correspondente a 14, 745 KG, atualmente arredondada para 15 KG.

**Barril:** 16 litros, vasilha de madeira para líquidos.

**Libra:** medida de peso equivalente ao arrátel, correspondendo a 457, 5 g.

**Quarta:** medida de capacidade para grãos e cereais equivalente a 3, 45 l.

ROMEIRO, Adriana e BOTELHO, Ângela Vianna. Dicionário Histórico das Minas Gerais. Período colonial, segunda edição revisada, Belo Horizonte, Autêntica, 2004.

### 3.3 - A dieta dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica

No período colonial mineiro a crença no poder dos alimentos permeava a sociedade setecentista mineira. Meneses identificou, na comarca do Serro Frio, dieta especial dispensada aos escravos doentes que viviam sobre a proteção de seu proprietário. No rol dos produtos comprados estavam: o pão de trigo, alimento que apareceu constantemente na lista de escravos doentes com bexiga ou com sarampo. Além de outros produtos como galinha, frangos, açúcar, marmelada, carne seca, vinagre, aguardente do reino, vinho, chá e açafreão. Procedimento semelhante foi observado na dieta dos pacientes do hospital da Santa Casa de Misericórdia, ficou claro, que a assistência alimentar era uma das ações dignas de atenção e levavam as pessoas a terem um cuidado específico com os doentes no que diz respeito a dieta à eles destinadas.

Sobre o assunto, dieta nutritiva e terapêutica, no hospital de Vila Rica, durante os setecentos, é que se prende o presente estudo. O arcabouço terapêutico durante esse período era bastante diversificado, e diante do grande número de práticas curativas que a sociedade daqueles tempos lançava mão, tivemos nossa anteção voltada para a dieta alimentar dos enfermos como um dos componentes que conduzia o restabelecimento da saúde, e também como símbolo de identidade cultural.

É difícil para o historiador estabelecer com precisão o valor nutricional e protéico da dieta. Contudo, pudemos verificar que em sua maioria, a dieta alimentar dos enfermos se compunha de alimentos ricos em carboidratos (como pão, arroz, feijão, mandioca, milho e seus derivados); proteínas (presentes nas carnes de vaca, de porco, de galinhas, ovos e leite), e alimentos considerados como detentores de propriedades medicinais como gengibre, folhas de chá, alfazema, vinho, aguardente, vinagre e outros.

Observa-se que a dieta era fundamentalmente energética, nutritiva e terapêutica para obter-se o restabelecimento da saúde. De modo geral, se comia melhor no hospital quando era um enfermo pobre na sociedade de Vila Rica. Certamente, muitos doentes chegaram ao hospital e melhoraram seu estado clínico apenas com uma alimentação mais nutritiva. As fontes não nos proporcionam informações precisas sobre o preparo dos alimentos, notou-se que a dieta dos pacientes internados tinha as características de uma alimentação familiar e caseira.

Antes, porém, se torna impensável retomar o sentido original da palavra “dieta” (termo médico). De origem grega “dieta” detinha o sentido de instituição, regra ou modo de viver. A ordem que se deve guardar em todas as doenças, não só no comer e beber, mas em todas as seis coisas, a que os médicos chamam de não naturais, mas necessárias, a saber: o exercício, a quietação, o ar, as paixões da alma, as evacuações, e retenções cotidianas. Como visto, o sentido de dieta em Bluteau incorporava várias ações, até mesmo a realização de sentimentos afetivos, como as paixões da alma.

Em estudos realizados soube-se que na pré-história o homem tinha uma dieta diversificada, constituída de frutas, grãos, folhas, raízes, vegetais e carnes de caça. Vivia-se o nomadismo, quando escasseavam itens comestíveis em um local, a saída era mudar para outro lugar. Um modelo alimentar baseado numa economia selvagem que dependia da caça e da coleta, ao contrário da economia doméstica que reproduz a natureza, e cuja base é o sedentarismo, que cria e cultiva animais e plantas. Esses dois modelos alimentares se revelaram em tempos distintos da história.

A partir do momento em que o homem passou a dominar a natureza, aprendeu a enterrar a semente no solo e cultivá-la, emergiu a agricultura. Aos poucos começou a domesticar os animais e, automaticamente diminuiu a caça e a coleta. Com a domesticação da natureza surgiu a oferta de alimentos, mas a produção era limitada a determinado produto, ou seja, a variedade de alimentos diminuiu. O trabalho árduo na agricultura não foi garantia de diversificação de produtos. As escolhas serão por alimentos mais produtivos. Nesta perspectiva os cereais irão responder à demanda por quantidade.

A história da agricultura está vinculada ao surgimento das primeiras civilizações e ao aparecimento dos núcleos urbanos. E o termo civilização está relacionado ao aparecimento da vida urbana e por fim, tem-se uma polêmica acerca de quando e onde a agricultura foi inventada. Acredita-se que esteja associada à chamada revolução neolítica, quando houve a intrusão da agricultura na história da humanidade.

Na economia anterior à sedentarização a diversificação era muito maior em termos nutricionais, do que hoje em dia, à medida que o homem foi “civilizando” sua dieta foi ficando menos diversificada e menos natural. A redução de fibras é um processo de empobrecimento alimentar, bem como a pasteurização dos alimentos que consiste na

eliminação de reprodução das bactérias benéficas para o organismo contidas no alimento natural.

Como já vimos a alimentação sempre esteve em sintonia com a saúde desde tempos remotos. No universo terapêutico das Minas setecentistas ela era parte integrante dos procedimentos de cura de enfermidades. A melhora da saúde por intermédio de uma dieta nutritiva e terapêutica foi percebida pela população desde os primeiros anos de colonização das Minas. Os povos que aqui vieram de diferentes partes do globo, traziam consigo saberes e crenças em torno dos alimentos e da saúde. Esse conhecimento foi mesclado, adaptado, recolhido e incorporado ao universo terapêutico, tanto pelo conquistador quanto pelo conquistado. Os povos nativos eram possuidores de saberes e crenças próprias, principalmente no que se refere aos hábitos alimentares e ao uso da natureza nos procedimentos de cura.

Assim, houve um embate cultural, ou seja, culturas distintas que possuíam hábitos alimentares diferentes se enfrentaram, dialogaram, estabeleceram acordos e trocas e criaram uma cultura alimentar nova. Desta forma verifica-se indícios dos hábitos alimentares dos nativos, dos africanos, dos asiáticos e dos europeus na dieta alimentar dos pacientes do hospital de Vila Rica no final do século XVIII.

O vinho, bebida milenar apreciada pelos portugueses, era indicada para o consumo diário por alguns pacientes do hospital. Desde a antiguidade Hipócrates aconselhava o consumo do vinho não como alimento e sim como medicamento. A mandioca, produto nativo incorporado ao sistema alimentar do hospital; o chá da Índia contribuição do continente asiático reconhecido por suas virtudes medicinais; as ervas possivelmente um legado da cultura africana, pois, segundo Almeida (2010, p.72) os ervanários africanos, cuja farmacopéia inseria o chá feito com produtos da natureza, e que chegaram ao Brasil prometiam curar doenças como a lepra, além de outras enfermidades graves. A dieta dos enfermos da Santa Casade Misericórdia se tornou híbrida e se integrou nesta mestiçagem contínua, não somente com os produtos e preparos portugueses e indígenas, mas também africanos e asiáticos.

Os portugueses não inauguraram a América Portuguesa, e o conhecimento terapêutico acerca dos alimentos provinha das diferentes partes do mundo e se fez presente no regime dos pacientes do hospital de Vila Rica.

Uma dieta baseada em produtos “da terra”: bananas, limões, hortaliças, cebolas, alhos, arroz, farinha de milho e de mandioca, galinhas, carne de boi e de porco, pão, leite, feijão, vinho, marmelada, aguardente, açúcar, sal, folhas de chá, gengibre, alfazema, alface, pão de chocolate, farinha de trigo, manteiga, dentre outros; vinha do reino basicamente o vinagre e possivelmente algumas qualidades de vinhos. Em relação às carnes, as listas não especificavam que tipo de carne e de que maneira se consumia, ainda assim, muito provável que se tratasse somente da carne de boi e de porco. Em Minas Gerais, a agricultura e a pecuária se desenvolveram paralelamente a exploração das minas de ouro.

Na mesa do hospital não havia uma grande variedade de frutas, a banana era a fruta mais comprada para a nutrição dos enfermos. A banana da terra ou a de São Tomé era a fruta que os mineiros colhiam o ano todo, e de acordo com Vasconcelos (1994, p.60), era uma das melhores do mundo. Essa pouca diversidade frutífera parece estranha se comparada com a abundância de frutas cultivadas e silvestres de Minas Gerais. Esse autor descreveu que nas terras mineiras havia a laranja, o limão, a lima, o ananás, a melancia, a romã, o marmelo, o figo, o pêssigo, a uva, a maçã, a ameixa e alguns damascos, possivelmente algumas frutas não estavam presentes na contabilidade do hospital porque poderiam ser coletadas no próprio pomar ou ainda serem doadas por fiéis e confrades da Misericórdia.

Consider-se, ainda, que havia a possibilidade da banana servir de ingrediente em fórmulas de remédio para os pacientes do hospital. No manual de Mendes (1770, p. 122) para a cura de uma doença infecciosa conhecida na época como panarícios recomendava: “assai no rescaldo uma banana de S. Tomé; e ao depois fazei com ela as vezes do miolo de pão, ajuntando com a dita banana assada tudo mais, e pondo-se no dedo”. A fruta, banana, poderia cumprir duas funções: a de alimento e quando necessário em componente para formulação de medicamento.

Nas Minas setecentistas as feridas eram um problema que acometia principalmente os escravos em decorrência da exposição de suas pernas durante toda a jornada de trabalho nas minas ou nas roças. Assim sendo, Luis Gomes Ferreira relatou:

“que as chagas nas pernas dos pretos, nestas Minas costumam pela maior parte andarem com elas escaneladas ou escalavradas pelos serviços em que atualmente andam, estas se remedeiam muitas vezes com um pano molhado em aguardente do reino [...]” (FERREIRA, 1735, p.616).



Na falta da aguardente do reino o hospital da Santa Casa de Misericórdia adquiria o produto feito na própria capitania para tratar das feridas dos doentes, esse alimento cumpria várias funções ora de alimento, ora de medicamento.

O cirurgião Mendes, descreveu a maneira de curar as feridas demonstrando os cuidados com a assepsia:

Limpa, pois muito bem a ferida, e bem lavada com vinho, ou aguardente quente, de dentro dela qualquer coisa estranha, principalmente grumos de sangue, a deveis limpar, e enxugar com pano fino e limpo; e depois de enxuta ajuntareis os lábios, isto é, beiços da mesma, com os dedos, e lhe dareis no meio um ponto, tomando com agulha a metade da parte carnosa de cada banda, e dareis no dito ponto uma laçada com pontas de linha compridas, e ao depois ireis dando de cada parte daquela os que vos parecerem necessários. [...] cosida assim toda a ferida, tereis aparelhado fios, panos, atadura; e tereis também pronto bálsamo de Aparício, e ireis molhando as pranchetas de fios no vinho, ou aguardente quente, com que curais. (MENDES, 1770, p. 81).

Ao observar o receituário dos cirurgiões verificou-se a presença do vinho e da aguardente nos procedimentos de cura de ambos. No entanto, ao consultar as listas de gêneros alimentícios provenientes dos livros de receita e despesa do antigo hospital constatou-se a presença desses alimentos na dieta dos pacientes. Isto sugeriu que esses gêneros desempenhavam dupla função, a de alimento e de medicamento. O conhecimento acerca dos benefícios dos alimentos para a saúde contidos nos manuais se estendia ao espaço hospitalar e lá esses alimentos eram utilizados de acordo com as necessidades dos pacientes.

Durante o tempo em que exerceu o ofício de procurador da Santa Casa, Manoel Antonio de Carvalho, registrou minuciosamente os gêneros alimentícios destinados aos enfermos e o diagnóstico de algumas doenças de pacientes, direcionava vez ou outra, algum alimento para um determinado paciente. Para tratar o doente de bexiga era indicado o vinho; “uma medida de vinho para remédio de um bexiguento”. A doença de bexiga (atual varíola) é uma moléstia contagiosa, que provoca inúmeras bolhas na pele do paciente, ela foi recorrente no período colonial. Possivelmente, neste caso específico, o vinho foi utilizado, em emplastos ou compressas, juntamente com ervas medicinais sobre a pele do convalescente amenizando o seu sofrimento e auxiliando no tratamento.

As bebidas alcoólicas eram adquiridas de acordo com a ocorrência de doenças. O uso do vinho e da aguardente para fins medicinais tiveram ampla utilização no tratamento de várias moléstias dos pacientes do hospital. Enfatiza-se que o consumo da aguardente como remédio era visto com bons olhos em certas regiões frias, como a Capitania de Minas Gerais.

A bebida era consumida por todos os seguimentos sociais, principalmente entre os escravos. Contudo, os cirurgiões e médicos aconselhavam quanto aos perigos do seu consumo imoderado (ALGRANTI, 2005).

Apesar de condenada como alimento de qualidade duvidosa, que denegria a imagem das pessoas e colocava em perigo a ordem social, era costume fornecê-la aos escravos, para que pudessem suportar os contratemplos no trabalho, tanto na mineração como na agricultura. A tradição terapêutica do ocidente e a mestiçagem cultural levaram ao seu consumo, não apenas como uma bebida que leva à embriaguez, mas também como um estimulante a que se atribuíam virtudes medicinais.

A região de Vila Rica, principalmente nessa época, era muito fria, e uma dose de vinho ou de aguardente para os enfermos que se encontravam em estado de prostração era um ótimo remédio para o aquecimento corporal. Henríquez descreveu que “nos velhos tem lugar o vinho e Avicena diz que é o leite da senilidade, porque lhes aquece as entranhas frias e debilitadas, dá vigor aos espíritos e à massa do sangue e faz sair pelas vias da urina as muitas serosidades de que abundam os velhos”.

Henrique Carneiro (2010, p. 168) ressaltou que o uso médico do álcool era vários, desde sedativo ou calmante até em muitos xaropes e elixires, servindo de diluente de uma série de remédios, além de suas funções assépticas. Sua utilidade mais específica estava relacionada com doenças causadas por excesso de humores “frios”, que deveriam ser combatidas com bebidas “quentes”, tais como as bebidas alcoólicas, diz ele. O vinho era aconselhado, com algumas exceções, também para febres em geral.

Na aurora do século XVIII, em um dos primeiros dicionários portugueses, o jesuíta Raphael Bluteau, no verbete vinho, reconheceu:

O uso medicinal do vinho é muito salutífero. Têm os seus espíritos faculdades para temperar os humores ácidos, que no nosso corpo se ajuntam. A sua substância penetrante lhe dá força para resistir à corrupção e nas chagas pútridas, misturado com triaga, ou coisa semelhante é de grande alívio. Dizem alguns médicos que até nas febres ardentes é bom o vinho [...] como todas as demais coisas, tomando com moderação causa bons efeitos, dá bom nutrimento ao corpo, fomenta o calor natural, purifica o sangue, abre a boca das veias, dissipa os fumos tenebrosos que induzem tristeza, esquenta os corpos frios, refresca os cálidos, aos secos os umedece, aos úmidos os desseca, infunde valor e aguçá o entendimento (BLUTEU, 1721).

Essas recomendações, para uso médico, não eram conselho para consumo excessivo, cujos danos são apontados no mesmo verbete:

Bebido com demasia, ofende a razão, confunde a memória e tira o juízo, dá ao homem força brutal e o faz pior que bruto, de sábios faz parvos, de benévolos homicidas, de castos adúlteros, de pios sacrílegos e capazes de todo o gênero de desatinos. Ao beber parece que sorve do vinho, mas ele do vinho fica absorto.

O consumo do vinho com parcimônia ou prudência auxiliaria até mesmo a inteligência ou o entendimento, mas, o consumo imoderado, alteraria o uso da razão. Na França, Nicolas Lemery<sup>34</sup> no verbete vinho, considera que o tinto afugenta a melancolia e que o vinho em geral, consumido com moderação e misturado com água, “é o melhor e mais santa de todas as bebidas”.

A virtude protetora do vinho configurou entre os dogmas da medicina humoral, que acreditava que ele desempenhava um papel importante na velhice, fria e seca e, por conseguinte, precisava de alimentos quentes e úmidos. No hospital esse alimento desempenhou várias funções importantes no tratamento das doenças dos convalescentes, por exemplo, no que dizia respeito a assepsia. Por fim, o vinho foi um alimento chave na farmacopéia desde a antiguidade até o século XVIII.

No hospital de Vila Rica o vinho desempenhou várias funções. Era utilizado em forma de compressas nos ferimentos dos pacientes, como pôde ser constatado na documentação analisada: “meia medida de vinho para emplastos para a doente que está em casa da Micaella”. No tratamento dos enfermos, o vinho mostrou sua versatilidade e se fez presente de várias formas, ora ingerido, ora usado em compressas. Era comum no período colonial colocarem uma espécie de emplasto ou unguento com várias raízes, plantas e produtos sobre a parte enferma do doente.

Essas concepções, de origem hipocrática, atravessaram os séculos, e após serem relidas e reinterpretadas por Galeno, entre outros, passaram a estar presente nos procedimentos de cura do século XVIII em Portugal e posteriormente na América Portuguesa. A influência da visão médica e filosófica que nasceu no mundo grego se tornou um verdadeiro paradigma de considerável abrangência, desde o Mediterrâneo onde nasceu até o mundo clássico e alcançou, posteriormente, as Américas e outras regiões de colonização ocidental.

---

<sup>34</sup> CARNEIRO, Hemrique, 2010, p. 169)

Como cruzamento das fontes “cardápio” hospitalar e manuais médicos foi pouco a pouco, emergindo o aspecto terapêutico e nutritivo do regime dos enfermos. Observa-se que o mesmo estava em sintonia com os saberes da época que, por sua vez, tinha raízes na terapêutica de Hipócrates e Galeno.

Henríquez (1721) defendia a importância do pensamento hipocrático e galênico para a conservação e manutenção da saúde. Ressaltava que Platão recomendava que a puerícia idade que se conta desde o nascimento até por volta dos vinte e cinco anos, não consumisse vinho, em um parágrafo dedicado ao vinho afirmou:

A puerícia, que é uma idade em que há grande calor, quer por esta razão de alimentos refrigerantes; e por ser a idade em que cresce e se aumenta o corpo, necessita também de alimentos úmidos, com que há de ser a dieta dos meninos fria e úmida. O que conheceu Platão quando advertiu que nesta idade não se bebesse vinho, porque seria incandescer o calor do corpo com o calor do vinho: porque não é preciso acrescentar fogo ao fogo. De que se seguem vários danos, em consideração dos quais fez Galeno a mesma proibição (HENRIQUES, Francisco, 1721).

Henríquez, ao citar Platão, afirmava que a velhice, ao contrário da idade juvenil, necessitava de alimentos quentes e úmidos, em razão de ser uma etapa da vida fria e seca. Seu tratado expõe as qualidades medicinais dos alimentos e bebidas, além de prescrever um regime adequado à idade e as estações do ano. A boa saúde, para esse médico, deveria ser pautada numa reta observância dos seguintes elementos: o ar ambiente, o comer e o beber, o movimento e o descanso, os excrementos e os retentos e as paixões da alma.

É importante salientar as longas páginas que o médico dedicou aos benefícios do vinho para a saúde. Enumerou uma dezena de benefícios mediante seu consumo: alegou que o vinho restaura os espíritos perdidos, revigora o calor natural, alegra e conforta o coração, refaz as forças, atenua e adelgaça as fleumas, expurga a cólera pelas vias urinárias, e ajuda a expulsar todos os excrementos pelos seus ductos. Aconselhava alguns cuidados no consumo dessa bebida, as pessoas de temperamento quente e seco, independente da idade e condição devem dispensá-lo.

Henriquez propôs algumas recomendações no seu consumo como remédio e como alimento. Ressaltou que quem o bebesse como medicamento devia fazê-lo em quantidade, e puro; e quem o bebesse por gosto ou degustação deveria acrescentar água para temperar o seu

calor e evitar os danos que pudesse causar a sua saúde. Embora a Santa Casa de Misericórdia adquirisse com freqüência o vinho, a quantidade comprada era parcimoniosa, sugerindo seu uso como medicamento.

Em um paciente que teve sua perna amputada no ano de 1794, o hospital adquiriu cinco frascos de aguardente de cabeça para o seu tratamento, distribuídos nos meses de maio a outubro, “um frasco de aguardente de cabeça para o doente da perna cortada”. A sua dieta foi enriquecida com marmelada “uma caixeta de marmelada para o doente da perna cortada”, o que revelou a importância desses alimentos na recuperação da saúde dos doentes. O cirurgião Luís Gomes Ferreira, aconselhava sobre o comer leve, produtos agradáveis ao estômago, como a marmelada, vinhos e pós de canela, colheres de caldo de galinha temperado e umas pingas de vinho. A assistência oferecida a esse paciente estendeu-se por mais de quatro meses. De maio a outubro seu nome apareceu nas listas, os inscritos se referiam a ele por “perna cortada”.

Todavia, não foi possível saber se esse paciente da perna amputada estava internado no hospital ou acamado em sua residência ou ainda na casa de alguma outra pessoa. A Santa Casa de Misericórdia também assistia enfermos que se encontravam fora do recinto hospitalar, adquirindo gêneros alimentícios e direcionando-os a eles, tais como ovos, carne, vinho, aguardente, pão de chocolate, manteiga, vinagre e farinha de trigo, cujos alimentos eram mais caros e escassos de difícil aquisição para os menos afortunados. A manteiga, por exemplo, vinha de outra região da província, “¼ de manteiga do norte para remédio”.

Em essência a dieta do hospital diferenciava-se muito da alimentação ordinária dos pacientes, pois, ela era nutritiva e terapêutica. Alimentos com propriedades medicinais e outros ricos em proteínas de origem animal como os ovos, as carnes e leite estavam presentes todos os dias no “cardápio” dos pacientes. Dificilmente esses alimentos alcançavam a mesa de pessoas em condições de muita pobreza. Frieiro (1982, p.57), lembra que no século XVIII, a mandioca era o principal sustento e o pão diário da população, em seguida estava o milho, alimentos como galinhas, ovos e doces. Mas deve-se observar que esses alimentos, quando havia, atingiam preços exorbitantes. O fubá era utilizado principalmente para fazer o angu dos “negros”, preparados em grandes quantidades em tachos de água quente.

Enfermos nutridos, alimentados, melhorariam seu quadro clínico e suas condições de existência, e a doença paulatinamente tinha chance de ser superada. Assim, sob o discurso da

caridade, gratidão, olhar contemplativo dos indivíduos mais abastados sobre os menos favorecidos buscavam amenizar, de alguma forma, a vida dos habitantes pobres da sociedade de Vila Rica. Franco traçou uma visão geral do que se entendia por pobreza e riqueza:

Ao rico, compaixão; ao pobre, humildade. Esses binômios tornavam-se essenciais na composição de uma visão mais ampla da cristandade. A pobreza apresentava, portanto, uma qualidade potencial: por meio dela, os ricos justificavam-se mostrando virtudes publicamente e, por sua vez, os pobres conseguiam seu sustento. Essa visão organicista calcada no ideal de amor ao próximo estava assentada num alto grau de conservadorismo, que procurava amainar, pelo discurso, sociedades extremamente desiguais. Até o fim da época moderna, quando o potencial político das massas ganhou evidência histórica por meio de processos revolucionários, a pobreza era um dado a ser aliviado, mas jamais suprimido (FRANCO, 2011, p. 16).

Foi nesse sentido também, que o regime dos enfermos assumiu um valor capital. Alimentar os necessitados seria a maneira mais acertada que as pessoas tinham de praticar a caridade e revelar publicamente que estavam vivenciando o Evangelho.

O uso dos alimentos como componente dos processos curativos foi confirmado em outros trabalhos, segundo Marques (2005, p.15) no período colonial mineiro, a falta de médicos e principalmente a inexistência de uma estrutura hospitalar, contribuía para que os atendimentos fossem domésticos, e os recursos, na maioria das vezes, provinham dos quintais ou arredores das casas, para ajudar na cura dos males do corpo. A autora ressaltou que os recursos domésticos, contudo, não eram apenas os remédios caseiros, mas principalmente os alimentos.

O “cardápio” dos soldados doentes do Hospital Militar de Vila Rica continha analogias com o da Santa Casa de Misericórdia. Em junho de 1774, a despesa desta instituição com os soldados enfermos incluía: pães, galinhas, carne de vaca, cachaça, sal do reino e açúcar. A solidariedade entre os enfermos os igualava. Não havia distinção entre soldados, forros, escravos e pessoas de posse, no que se referia a dieta a eles destinada. Os interesses, óbvios, de preservação da mão de obra militar exigiam um cuidado especial com os soldados doentes que viviam sobre a proteção do hospital militar. Procedimento semelhante acontecia no hospital da Santa Casa de Misericórdia, que mesmo atendendo doentes pobres, reservavam cuidados alimentares especiais a seus pacientes.

Augusto Borges Moutinho<sup>35</sup> transcreveu o regulamento de 1797 dos hospitais Militares de Campanha em Portugal, no título “VII. Dos alimentos, e sua distribuição”, verificou-se que nesse documento a ração dos doentes constava de carne, de pão de farinha de trigo, de vinho de boa qualidade, de vinagre, de carneiro e de galinha. Na refeição dos doentes que necessitavam, incluía-se outros produtos como cevada, arroz, cerefólios, azedas, cenouras, chocolates, ovos e ameixa. O que pôde ser observado foi que apesar da distância geográfica e cultural, tanto nos hospitais de Portugal quanto nos da Comarca de Vila Rica (Santa Casa e Hospital Militar) haviam analogias e semelhanças no modo de alimentar os doentes. Refeições nutritivas e terapêuticas recebiam tanto os doentes da metrópole como os da colônia.

No hospital da Santa Casa, possivelmente, no café da manhã, os doentes recebiam uma dieta composta de pão e leite. Para o cardápio do almoço, feito em panela de pedra no fogão à lenha estava reservado um caldo de galinha, carne de boi ou de porco, acompanhado de farinha de mandioca ou de milho, arroz, feijão, couve e angu, preparados com gordura provenientes dos suínos e especiarias como sal, alhos, cebolas, hortaliças e ervas. A partir dos registros foi impossível inferir a frequência, o horário e a porção das refeições. Na América Portuguesa, a existência de dietas próprias a cada estado da enfermidade não constituiu uma característica do hospital caritativo, mas viria a ser um aspecto largamente tratado nos projetos ilustrados da reforma hospitaleira no século XIX.

Embora o modelo hospitalar existente nas Minas coloniais fosse inspirado em instituições portuguesas, seu funcionamento não atingiu o máximo das estruturas metropolitanas. Tanto é que Rodrigues ao consultar o consumo alimentar de um hospital para pobres em Portugal em 1518 verificou:

Que a alimentação de cada doente era ditada pelo médico do hospital durante as duas visitas diárias que fazia a cada uma das enfermarias. Como sabemos, as dietas alimentares assumiam-se como um dos principais remédios para sanar as enfermidades. [...] a alimentação seria o tratamento universal, e, portanto a pedra angular de todas as terapias (RODRIGUES, 2010, p. 54).

Não foi possível encontrar nos registros nenhum indício de que a dieta destinada aos enfermos era prescrita por algum médico ou cirurgião que atendia os pobres da Vila. O que foi percebido e constatado foi o caráter nutritivo e terapêutico que persistiu com muito vigor nas dietas alimentares dos pacientes, possibilitando que a dimensão assistencialista da

---

<sup>35</sup> BORGES, Augusto Moutinho. Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834) Universidade Coimbra, 2009.

instituição fosse inseparável dos valores atribuídos aos diferentes tipos de alimentos consumidos.

Destaca-se o fato de que Lisbeth de Oliveira Rodrigues verificou que o ingresso de um doente no hospital das Caldas, já mencionado, para além do exame médico e comunhão, incluía a oferta de uma refeição de pão, carne e vinho. Além das refeições principais havia também o almoço e a merenda, destinadas aos doentes mais fracos, constituídas por ovos, conservas e vinho.

Observou-se a semelhança dessa dieta do hospital das Caldas com a do hospital da Santa Casa de Vila Rica. A carne era um alimento indispensável na dieta dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia. Pelas listagens o consumo de carne verde (in natura) era cotidiano. A carne de galinha, porco e boi se faziam presentes na mesa do hospital praticamente todos os dias do ano, exceto nos dias de jejum e abstinência oriundos do calendário religioso. Nesses dias era substituída uma única vez pelo bacalhau importado, provavelmente de Portugal. No mês de março de 1793 o hospital adquiriu bacalhau destinado à dieta dos doentes, como pudemos constatar na documentação analisada: “quatro libras de bacalhau” (ilegível).

Assim, como o hospital de Vila Rica era um estabelecimento administrado por uma comunidade religiosa, organizada em torno da Irmandade da Misericórdia, era natural que seus pacientes, mesmo em situação de doença obedecessem ao calendário católico. Porém, a quantidade adquirida de bacalhau era muito pequena para a despesa do hospital, os outros alimentos como os ovos, o arroz, a couve, o leite, o pão complementaríamos satisfatoriamente à composição da dieta nos dias de abstinência. Podemos pensar também que a norma religiosa não era rigidamente seguida, e nem mesmo na Quaresma o padrão dietético era abandonado.

A dieta de alguns enfermos era composta de gêneros alimentícios raros e escassos em território mineiro, era comum enriquecer a alimentação dos doentes com chocolate, mingau de farinha de trigo, ovos, mimos que despertariam o apetite daqueles que se encontravam com a saúde fragilizada, cujos alimentos não possuíam características específicas de um alimento medicinal, mas era uma maneira de excitar o apetite, agradar, consolar, nutrir e atender o seu gosto.

Em relação à alimentação da população mineira, a carne dos suínos foi um gênero alimentício relativamente acessível a basicamente todos os extratos sociais. Cevado com



restos de comida, o porco era criado solto nos quintais das casas. Este animal também se valia dos alimentos encontrados nas ruas das cidades e vilas, apesar das proibições e punições: “fica inteiramente proibido trazerem se porcos soltos nas ruas com a pena de ser notificado o seu dono para ir incontinentemente ao Juiz de Pás, e ali ser condenado em mil e duzentos réis e o duplo na reincidência”.

Para o médico Henríquez (1721) a carne de porco era temperada no calor, mas muito úmida. Era a mais adequada para a natureza humana, em razão da analogia e semelhança desta com o organismo humano. Embasado nos ensinamentos de Galeno e Hipócrates ele ressaltou que “o sangue do porco e o sangue do homem são semelhantes em todas as coisas, assim como as carnes também o são”.

O médico teceu minuciosos detalhes sobre a carne de porco, e suas virtudes medicinais, disse que ela cozia com dificuldade, mas era bastante nutritiva e própria para todos os temperamentos, todas as idades e todas as pessoas, tanto para os sedentários quanto para as pessoas que tinham uma atividade laboriosa, devia ser consumida dentro dos limites da moderação. As virtudes medicinais dos suínos eram inúmeras, a título de exemplificação citou algumas: a cinza dos seus olhos curaria as névoas dos olhos, limparia os dentes e confortaria as gengivas. A cinza dos pés, queimados até ficar a cinza branca, seria remédio para dor de cólica. Desta forma, o animal atendia a dois tipos de necessidades: a de alimento e a de medicamento. As partes menos nobres ou não comestíveis como os pés e os olhos eram manipuladas para serem objetos de cura. A Santa Casa de Misericórdia adquiria quantidades significativas desse animal diariamente. Mas a instituição também possuía criação de porcos e de galinhas em pequena escala e os abatiam, aproveitando assim, todas as suas partes, a carne, o toucinho e as fressuras, no caso dos suínos.

Para conservar a carne e o toucinho de porco por mais tempo quem trabalhava na cozinha utilizava um tempero bastante raro em terras mineiras, o sal: “três pratos de sal para salgar o porco que se matou”. Além de ser usado na preparação da comida, ele era utilizado para conservar os alimentos por mais tempo e aproveitado na fabricação de soros para os doentes, esse medicamento era feito a partir de vários cozimentos como se pôde confirmar na documentação analisada “um moio de sal que comprei para fazer cozimentos para botar nos soros que dão aos doentes<sup>36</sup>”.

---

<sup>36</sup> APM, rolo: 507, plan: 10442, Doc: 4, Cx: 22, mês: março, 1796.

De acordo com Eduardo Frieiro, (1982) <sup>37</sup> no início da colonização, o sal foi um mineral bastante escasso, ele ressaltou que na canjica se dispensava o sal, porque este ingrediente não chegava para todos. A escassez desse produto condicionou os hábitos alimentares dos mineiros; o costume de se comer canjica grossa, arroz doce e angu sem sal, por exemplo, parece ter sido decorrente da escassez do mineral em terras mineiras no início do século XVIII. Para Henríquez, o sal era quente, seco e muito necessário para conservar os alimentos, aguçava o apetite e contribuía para tornar a comida mais apetitosa, auxiliava na cocção dos alimentos no estômago e estimulava o intestino para expulsão dos excrementos.

Desde os primeiros séculos da colonização o milho fez parte do regime alimentar dos mineiros, não se destinava, porém, somente aos tempos de penúria, aparecia nas mesas como fonte de puro prazer. Nas Minas o milho era consumido intensivamente por todos os extratos sociais e integrava, ainda, a alimentação dos animais. Na Santa Casa de Misericórdia, o cereal foi bastante utilizado na dieta dos pacientes e também na alimentação dos animais como os suínos e as galinhas. Em relação ao milho Henríquez (1721) fez as seguintes argumentações:

O milho é frio e seco, coze com dificuldade, as pessoas que o consomem têm uma boa nutrição. O milho era um cereal bastante consumido na cozinha do hospital, seu valor calórico é, no entanto, menor que o do trigo. Uma dieta baseada no consumo exclusivo de milho provoca pelagra, “uma doença nutricional caracterizada por náusea, pele áspera, sensibilidade à luz, e demência.”<sup>38</sup>

Uma planta, três nomes. Conhecida pelo nome de mandioca, aipim e macaxeira em algumas regiões do Brasil, entre os tubérculos, teve destaque importante na cozinha do hospital. Existia diversas formas de ser aproveitada: cozida, frita, em forma de mingaus ou caldos, ralada e prensada para retirar toda a sua umidade, resulta em polvilho muito usado para fazer biscoitos quando ralada e levada ao forno se transformava em farinha que era “nesta América, ou Brasil o pão comum e usual sustento a, farinha de mandioca, que vulgarmente no nosso Portugal lhe chamamos á dita farinha que vai de cá farinha de pau”.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> FRIEIRO, Eduardo. *Feijão, Angu e Couve*. Belo Horizonte, Editora Itatiaia, 1982.

<sup>38</sup> STANDAGE, Tom. *Uma história comestível da humanidade*; editora Zahar 2010.

<sup>39</sup> Códice Costa Matoso. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, CEHG, 1999. Doc. 112, p.778.

Na dieta da população doente de Minas a mandioca era preparada em forma de mingaus e caldos, pratos bastante apreciados por seus valores nutricionais e medicinais, “é desta mandioca, assim depois de lavada e limpa da casca e seca ao sol, se pisa e peneira, se fazem uns mingaus ou caldos bem temperados; são muito frescos e peitorais e dão-se a gentes doentes e de pouca sustância”.<sup>40</sup>

No regime dos pacientes do hospital a mandioca desempenhava a função de alimento nutritivo, que contribuía para dar vigor e sustância aos doentes e apressar a melhora da saúde. A mandioca é uma planta tipicamente brasileira, fez parte da cultura alimentícia indígena, era adquirida em forma de farinha pelo hospital.

Esse tubérculo era o principal produto agrícola indígena, incorporado ao sistema alimentar brasileiro desde os primórdios da colonização. Mais do que qualquer outro alimento, a farinha de mandioca acompanhou a formação do povo brasileiro. Adotada pelos portugueses, ela os acompanhou às expedições que desbravaram o território do que viria a ser hoje o Brasil. Nas expedições, plantações de mandioca, de milho eram deixadas ao longo do caminho para que a subsistência estivesse garantida na volta para casa. No final do século XVI a mandioca foi introduzida na África, substituindo o inhame e assumindo uma importância singular no quadro das relações Brasil-África e no tráfico negreiro. Alencastro (2000, p.525) pontuou que “juntamente com a batata-doce e o milho, a farinha de mandioca servia para alimentar aos cativos, aos soldados e ao tráfico terrestre, fluvial e marítimo”.

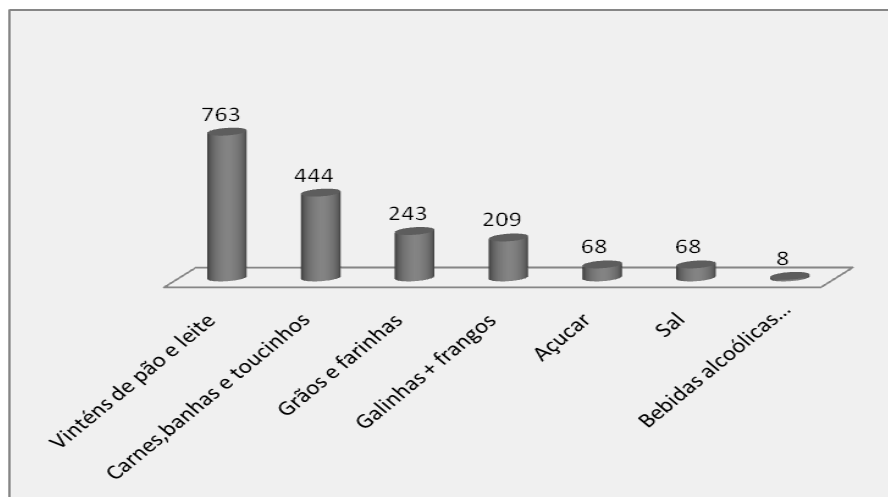
Nos leitos do hospital, sobre colchões confeccionados com capim, matéria prima típica da região (três cargas de capim mambeca para as camas), os administradores do hospital que cuidavam dos doentes, disponibilizavam para eles uma dieta adequada que os ajudavam a manter o organismo em ordem, evitar novas doenças e melhorar o quadro de saúde debilitado que os levaram à internação.

---

<sup>40</sup> Códice Costa Matoso, p. 779.

O gráfico seguinte mostra os gêneros alimentícios consumidos diariamente na dieta hospitalar.

Fig. nº 4– Representação gráfica para o ano de 1793 dos gêneros representativos



Nota: Bebidas alcoólicas são gêneros não representativos, desempenham a função não só de alimento, mas também de medicamento, aparecem na família dos representativos em razão de suas anotações nas listas serem com bastante precisão e quantidade significativa facilitando a representação gráfica.

Os produtos representados na linguagem gráfica acima foram apresentados novamente na tabela seguinte. Adotaram-se essa metodologia em todos os anos analisados.

Fig. nº 5 – Tabela para o ano de 1793 dos gêneros representativos

Item	Unidade	Descrição	Quantidades Bimensais – 1793						Total
			1°	2°	3°	4°	5°	6°	
1	Unidade	Galinhas + frangos	16	44	37	36	44	32	209
2	Alqueire	Grãos (feijão, arroz, milho) e farinhas (de milho, mandioca e fubá).	23	43	44,3	52	47	34	243
3	Kg	Carnes, banhas e toucinhos.	38,85	93	67,5	90	67	88	444
4	Kg	Açúcar	0	26	15,6	13,4	7,6	5,4	68
5	Pratos	Sal	4	16	14	14	10	10,5	68
6	Vinténs	Vinténs de pão e leite	20	179	61	203	159	141	763
7	Frasco	Bebidas alcoólicas (aguardente e vinho).	0	1	4	1	1	1	8

A tabela a seguir mostra os itens que apareceram em menor quantidade e com pouca frequência no “cardápio” do hospital, no decorrer do ano de 1793, possivelmente, esses gêneros estavam relacionados com o aparecimento de doenças dos pacientes e com seu estado clínico. Se torna necessário mencionar que esses gêneros não representativos, pareceram não estar direcionados para o regime de todos os pacientes da instituição. Eles desempenhavam a função não só de alimento, mas também de remédio, sendo adquiridos em momentos específicos, conforme o estado de saúde de cada paciente.

Fig. nº 6 – Tabela para o ano de 1793 dos gêneros não representativos

Item	Unidade	Descrição
1	5 medidas	Vinagre da terra para remédio.
2	1 medida	Vinagre do reino para remédio
3	2 libras	Alfazema
5	¼	De chá da Índia

De imediato percebeu-se nas linguagens gráficas anteriores (figura nº 4 e tabela nº 5) grande quantidade de pão, leite, carnes, toucinho, grãos como milho, arroz, feijão, farinhas, galinha, açúcar, sal, na dieta hospitalar. No topo do gráfico estão os alimentos como pão e leite, que tiveram destaque no regime dos convalescentes da Santa Casa de Misericórdia, no decorrer de todos os meses analisados, ao lado de vários outros produtos. Em razão de sua aquisição ter sido em vintém, moeda corrente na época, foi difícil fazer uma correlação de quantos vinténs dariam para adquirir quantos pães. O consumo de pão, um alimento diário no regime dos convalescentes, num período em que ele não estava presente nem mesmo na mesa dos mais afortunados. Nas Minas coloniais, o pão branco, elaborado com farinha de trigo, não era acessível nem mesmo à população mais abastada.

A farinha de trigo era um produto caro e adquirido nos mercados de São Paulo e da Europa, estava presente na contabilidade do hospital. Ao estudar o consumo de alimentos no Seminário de Mariana, Magalhães observou que a farinha de trigo raramente aparecia nos lançamentos de despesa da instituição. Destacou ainda que ela foi adquirida no início do século XIX para a confecção de hóstia para a celebração da eucaristia.

O clima tropical do Brasil foi um dos empecilhos para a expansão das áreas do cultivo do trigo, essa planta carece de clima temperado, condição adequada para o seu cultivo. Saint-Hilaire, notou que embora a produção fosse pouco significativa, o trigo era cultivado em

diversas regiões da província de Minas Gerais, até mesmo em áreas montanhosas, o que desestimulou a expansão do plantio do trigo foi a quantidade e o baixo custo da farinha de milho.

No hospital da Santa Casa de Misericórdia, o pão de trigo, alimento nutritivo esteve presente na dieta de todos os enfermos. As fontes clássicas como os manuais de medicina já faziam uma minuciosa observação sobre esse alimento tão antigo na história da humanidade. O manual do médico Francisco de Fonseca Henríquez (1721) tece generosos comentários sobre cada alimento (Dos alimentos em particular) começando pelo pão de trigo, o melhor que usam os homens. “E assim, como sem pão toda mesa, ainda que esplêndida, é defeituosa, também sem ele não haverá nutrição sólida e perfeita. É o trigo e o pão, que se faz da sua farinha, moderado no calor e nas mais qualidades temperado” (HENRIQUES, 1721, p. 85).

Símbolo da ceia eucarística, o pão de trigo fez-se presente na dieta dos enfermos em todos os dias do ano; acompanhado do leite era servido, provavelmente, na primeira refeição do dia ou em outro momento no qual o doente necessitava de uma dieta mais adequada ao seu estado de saúde.

No mundo antigo, o pão de trigo era reconhecido como alimento essencial para manter ou restaurar a saúde. Os médicos gregos e latinos viam nesse alimento o balanço perfeito dos diferentes componentes, quente e frio, seco e úmido. Esses diferentes temperamentos que a teoria dos humores atribuía ao corpo humano, os médicos também imputavam aos alimentos as mesmas qualidades de quente, seco, frio e úmido. Em razão disso um alimento que carregava o equilíbrio desses diferentes componentes seria ideal para reequilibrar os humores em desalinho de um indivíduo doente.

Em muitos países o pão tem sido o alimento básico da população. A maior parte dos pães se faz feita com farinha de trigo, mas também se pode produzi-lo com farinha de centeio ou de milho. Além de importante alimento carrega simbolismos ligados à religião e à vida. Na oração bíblica “O Pai Nosso”, a frase “ o pão nosso de cada dia não nos deixe faltar” ou no provérbio “ nem só de pão vive o homem” pode-se ver a indicação clara de que não basta a comida para nos sentirmos felizes, precisamos de prazeres outros que satisfaçam nossos pensamentos, nosso íntimo e nosso eu.

Os manuais de medicina disseminados na Capitania de Minas eram instrumentos de divulgação das teorias médicas voltadas para os habitantes da região. Como salientou Furtado

(2011, p. 102) eles “serviam como manuais para uma medicina caseira à disposição de qualquer um”, a informação circulava e talvez fosse adequada para realidade da época.

É interessante reiterar, que além dos manuais médicos disseminados na América Portuguesa, que divulgava os efeitos benéficos dos alimentos, o tratamento das doenças no Brasil, particularmente na capitania de Minas Gerais, estavam conectados a outros ramos do saber empírico, como dos africanos e dos indígenas. Tal variedade terapêutica foi conceituada pelo estudo de Almeida, como medicina mestiça.

A carne foi o produto que o hospital mais adquiriu para alimentar os doentes de “fora”, ou seja, que não estavam internados diretamente na instituição, mas que eram assistidos por seus agentes. Esse dado reafirma a idéia de que muitas doenças relacionavam-se à má alimentação ou mesmo fome. Para obtermos uma visão geral do processo, selecionamos alguns documentos de mês e anos diferentes: “½ medida de vinho para a doente que está na rua nova<sup>41</sup>.

Essas observações mostraram que a assistência que o estabelecimento oferecia aos habitantes pobres de Vila Rica e região era bem ampla, não restringia ao recinto hospitalar. A pobreza sofredora, doente e acamada poderia contar com o auxílio alimentar vindo dos irmãos da Misericórdia, mesmo residindo em suas humildes residências ou morando na casa de parente ou amigos.

O tratamento dispensado aos enfermos era adequado para os padrões da época, pelo menos no que se refere à dieta, o mesmo não pode ser dito em relação aos escravos que trabalhavam no hospital, escravos e enfermos não compartilhavam da mesma refeição. Em geral a dos escravos era frugal, a base de milho, e a carne que se comia, era somente em dias de festa. As condições de trabalho para os escravos da Santa Casa não eram das melhores, isso levou muitos deles a fugirem para outros locais e serem capturados pelos seus compatriotas e entregues de volta a instituição, era o que constava na documentação analisada: “pelo que dei e paguei a dois pretos de pegar e amarrar um preto da Santa Casa que andava fugido pertencente à santa casa por nome João que andava fugido”.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> (APM, rolo: 549, plan: 10008, Doc: 4, Cx:160, mês: novembro, ano:1794). “½ medida de vinho para a doente da rua nova” (APM, rolo: 549, plan: 10008, Doc: 4, Cx:160, mês: novembro,ano:1794). “Um cruzado de carne para os doentes de fora” (APM, rolo: 506, plan: 10342, Doc: 1, Cx:17, mês: maio, ano:1796). “¾ quartos e 4 vinténs de carne para os doentes que estão fora e os que estão no hospital” (APM, rolo: 506, plan: 10342, Doc: 1, Cx:17, mês: maio,ano:1796).

<sup>42</sup> APM, fundo: Casa dos Contos, rolo: 549, plan: 10019, Doc: 1, Cx: 160, mês: março, ano: 1794.

A alimentação dos escravos em relação à dos doentes deixava muito a desejar. Para se ter uma visão panorâmica da situação, foram selecionados alguns documentos referentes a gêneros alimentícios destinados aos homens “pretos” em diferentes anos e meses: “três alqueires de fubá para os pretos da casa<sup>43</sup>”.

Concluiu-se que além do aspecto pobre, havia uma falta de variedade de gêneros na alimentação oferecida aos escravos da instituição, neste processo o milho ocupava um lugar central no prato dos africanos. O regime dos enfermos em questão revelou o caráter social mais marcante da alimentação: a segregação social. As diferenças no preparo dos alimentos, no consumo de produtos indicavam uma hierarquização alimentar semelhantes às das classes na sociedade.

As considerações feitas por Mendes, sobre os hábitos alimentares dos escravos, com relação a baixa qualidade nutricional com que eram sustentados em Minas, principalmente na região de Diamantina, eram extremamente válidas.

Fazem à noite os ditos negros uma massa a que chamam angu, que é feita de fubá, isto é, de farinha de milho, muito mal feita no moinho, feita a dita massa em água sem sal, nem mais tempero algum, e às vezes bem mal cozida. Esta fica feita à noite com algum resto de feijão, que sobrou da ceia; e assim tudo frio é o almoço, de que atualmente usam: o jantar é sempre um pouco de milho cozido em um tacho de cobre, [...] a ceia é um pouco de feijão preto com uma limitada porção de sal, e sem mais tempero algum. (MENDES, 1770, p. 101)

As refeições eram acompanhadas de água barrenta e cachaça da pior qualidade: “só o cheiro faz vômitos a qualquer pessoa”, ressaltou ele. Esse regime alimentar era responsável por grande parte dos chamados cursos de sangue dos intestinos, “ulcerados estes pela grande acrimônia”. Os principais sintomas desta doença eram fastio, boca amarga, febre e náuseas. O autor concluiu que a dieta para essa “queixa” devia ser galinha cozida com sal e depois de cozida assada, arroz cozido no caldo de galinha, farinha de mandioca torrada, pão torrado, frango assado, marmelada e vinho.

Para os doentes, cujo diagnóstico fossem pontadas, falta de ar, tosse, febre, escarros de sangue, fastio e “quebramento grande do corpo” o cirurgião recomendava além dos remédios manipulados a seguinte dieta “o comer seja franga, frango, galinha, isto é, enquanto

---

<sup>43</sup> (APM, rolo: 501, plan: 10069, Doc: 4, Cx: 3, mês: março, ano:1793); “três alqueires de fubá para os pretos” (APM, rolo: 549, plan: 10016, Doc: 4, Cx: 160, mês: janeiro, ano:1793); “meia pataca de carne para os pretos da casa para os dias de festas” (APM, rolo: 507, plan: 10442, Doc: 4, Cx: 22, mês: março, ano:1796).



durar a maior força dos sintomas. E ao depois pode comer vaca moqueada: a farinha nesta queixa seja antes de pau, que de milho” (MENDES, 1770, p. 94).

Discorre também sobre uma doença comum que acometia a população das Minas conhecida como escorbuto ou mal de luanda. Após uma longa descrição dessa doença, como causas, sinais, remédios e cura, em seguida fez uma descrição surpreendente, por aconselhar expressamente o uso do limão, que contém vitamina C, cuja ausência no organismo é a causa do escorbuto, conforme a medicina moderna.

Já o manual de Henríquez (1721, p. 196) louvou o poder antiescorbútico da laranja-da-china, devido a sua riqueza em vitamina C, antecipando conceitos da medicina contemporânea, sua proposta e a de Mendes, em alguns pontos comungam do saber e do conhecimento acerca de alguns alimentos. Ao tratar do escorbuto, este recomendava uma dieta composta de galinha, franga, cabrito e vitela tudo cozido, podendo colocar nesse cozimento raízes de grama, e umas folhas de chicória e mastruços, para que o caldo fique medicinal, na falta de pão devia ser consumido com farinha de mandioca. Ressaltou também que se o enfermo fosse pessoa acostumada a beber vinho, com o seu consumo poderia apressar a melhora, caso fosse velho cujo temperamento seria frio e úmido melhor proveito faria. O escorbuto acometia principalmente a saúde dos homens das embarcações transoceânicas, particularmente no tráfico de africanos frente à dificuldade de guarnecer as embarcações com víveres alimentares adequados.

Era um tempo de conhecimento e de reconhecimento das possibilidades de aplicação dos alimentos no enfrentamento de doenças autóctones e daquelas trazidas pelos negros e brancos. Acreditando que os conceitos da medicina de Hipócrates e Galeno não seriam infalíveis, Antonio Mendes socializou suas idéias e conhecimentos, o que evidenciou e fortaleceu hipótese levantado por este estudo, de que a dieta dos enfermos carregava aspectos da medicina hipocrática-galênica. As obras dos mestres que divulgavam a arte de curar, provavelmente estavam à disposição de várias pessoas, dessa forma, tanto brancos livres, quanto não brancos – escravos ou forros poderiam aprender com a leitura dessas obras ou com a circulação do conhecimento de forma oral, tão comum naquela época, com tantos analfabetos.

Os enfermos do hospital ingeriam diariamente combinações alimentares adequadas para manter o organismo em ordem e afugentar as doenças, como o arroz com feijão e farinha de milho ou de mandioca. O feijão, fonte de proteínas, possuía uma dupla complementaridade com o milho, tanto no plantio como no seu papel nutricional. Seu cultivo entre o milho serve para fixar o nitrogênio no solo e, do ponto de vista nutricional, ele contém um importante aminoácido (lisina), mas precisa ser combinado com a metionina, que o arroz ou o milho possui. Uma dieta só de feijão ou outras favas pode contribuir para uma doença denominada favismo, de carências de certas proteínas. Mas associado a cereais como arroz, por exemplo, fornece um suprimento ideal de carboidratos, fibras e principalmente de proteínas.

O arroz também ocupou um lugar de destaque na dieta, por suas funções medicinais por causa de suas propriedades nutritivas e adstringentes. Classificado no manual de Henríquez (1721, p.163) como quente e seco, e de grande eficácia nas diarreias, tosses, disenterias e para os que “lançam” sangue pela boca. De acordo com Sônia Maria de Magalhães, no Brasil durante os primeiros séculos de colonização a produção do arroz não chegou a fazer parte dos hábitos alimentares da população. Sua produção foi incentivada na segunda metade do século XVIII com a política de incentivo agrícola chegando a alcançar destaque nas exportações.

Ela destacou ainda a carência desse cereal na região de Mariana e verificou que o seu consumo aumentou gradualmente ao longo dos anos até alcançar definitivamente sua presença na mesa do seminário, passando de 13 alqueires e quatro quartas em 1802 a aproximadamente 111 alqueires e 26 quartas em 1850. Na época moderna, quando o arroz foi divulgado na Europa foi eleito como um produto muito importante na alimentação dos europeus. Sua popularização naquele continente foi determinante para a invenção do garfo de quatro dentes. O arroz e o milho se transformaram na base alimentar para o maior número de povos do mundo.

A doença exigia uma dieta adequada para recompor as forças e afugentar a moléstia, e nesse sentido os responsáveis pelo hospital se preocupavam apenas com a pessoa doente, fosse ela, cativa, branco pobre, pardo, forro, capitão do mato ou andarilho. A doença era vista no imaginário social daqueles tempos, como um momento de fragilidade da vida e um sinal para alertar as pessoas para não se esquecerem da sua efemeridade. Assim sendo, assistir a um enfermo em um momento de infortúnio era um ato de caridade, solidariedade e gratidão que

agregava valor simbólico ao assistente. Além disso, ele acreditava que as obras de caridade poderiam salvar a sua alma, que era uma grande preocupação das pessoas daquele tempo.

A região de Vila Rica já em situação de sedentarização, bem estabelecida no final do século XVIII, permitiu um maior grau de planejamento da dieta dos enfermos e uma produção mais diversificada de alimentos, os enfermos atendidos pela Santa Casa tiveram um regime balanceado e bem satisfatório, se considerar os padrões alimentares contemporâneos.

O gráfico seguinte mostra o consumo de alimentos na dieta, no ano de 1794, o modelo alimentar é padronizado, com singelas variações.

Fig. nº 7 - Análise Gráfica para o ano de 1794 dos itens representativos

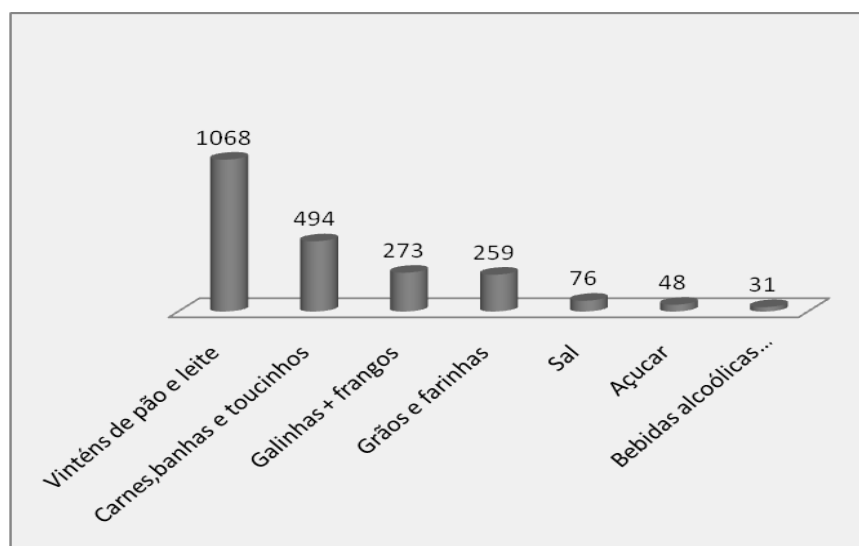


Fig. nº 8 – Tabela para o ano de 1794 dos gêneros representativos

Item	Unidade	Descrição	Quantidades Bimensais - 1794						Total
			1º	2º	3º	4º	5º	6º	
1	Unidade	Galinhas + frangos	6	20	24	67	79	77	273
2	Alqueire	Farinhas (de milho, mandioca e fubá) e grãos (feijão, arroz e milho).	21	47	49,8	41	54	47	259,8
3	Kg	Carnes, banhas e	45	76	118,	99	74,9	81	494,0
4	Kg	Açúcar	5,4	8,1	6,3	9	8,1	11,	48,6
5	Pratos	Sal	14	12	14	12	16,5	8	76,5
6	Vinténs	Pão e leite	150	74	211	143	346	14	1068
7	Frasco	(Bebidas alcoólicas aguardente e vinho)	3	3	9	8	8,5	0	31,5

Fig. nº 9 – Tabela para o ano de 1794 dos gêneros não representativos

Item	Unidade	Descrição
1	2	Vinténs de gengibre
2	¼	De manteiga do norte para remédio
3	2	Pães de chocolate para uma doente
4	2	Caixeta de marmelada para a lista.
5	5libras	Farinha de trigo
6	4	Quartinhos de vinagre do reino
7	4 frascos	Vinagre da terra
8	2 libras	Alfazema

O conhecimento sobre as propriedades terapêuticas de determinados alimentos permitiu que elas atravessassem o tempo e se fizessem presentes na dieta utilizada no hospital. O gengibre conhecido na Europa desde tempos muito remotos foi consumido esporadicamente na dieta dos enfermos como componente medicinal. Para Henríquez o gengibre era quente e seco, confortava o estômago e auxiliava na cocção dos alimentos e clariava as vistas. O chá era descrito por ele como uma erva originária da China ou Japão, quente e seco e que tinha muitas virtudes medicinais, confortava o estômago, era remédio para asma pneumônica e flatulenta, de cólicas nefríticas, e das que nasciam de causa fria e de flatos, dentre muitas outras virtudes.

A região de Vila Rica nessa época era de clima frio, o cirurgião Luís Gomes Ferreira advertia aos habitantes dos sertões das Minas Gerais, onde o clima era bastante frio, que evitassem as mudanças bruscas de temperatura. Era o que acontecia necessariamente aos escravos que trabalhavam o tempo todo dentro da água. Nesse ambiente de trabalho hostil, muitos escravos que trabalhavam nas minas, estavam sujeitos a todos os tipos de resfriado do corpo. Para tratar dos resfriados mais leves o cirurgião indicava a seguinte receita:

Uma ou duas pencas de gengibre se pise muito bem em um almofariz e, depois de pisado, lance em uma tigela vidrada, com água ardente do Reino que cubra a tal massa, e, mexida, dará uma ou duas fervuras a fogo brando. [...] se esfregará todo o corpo muito bem esfregado, desde a cabeça e braços até as pernas [...] beba o doente um pouco de aguardente do Reino com uma migalha do mesmo gengibre pisado, [...] ou beberá uma tigela de água de chá muito bem quente.<sup>44</sup>

<sup>44</sup> FERREIRA, Luis Gomes. Erário Mineral (1735). 2 v. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais, Fundação Oswaldo Cruz, 2002. (organizadora) Júnia Ferreira Furtado V.2, p. 654.

Os três gêneros alimentícios indicados na receita do cirurgião para tratamento de resfriado (gengibre, aguardente do reino e chá) estavam presentes na dieta dos enfermos do hospital, esta evidência ajudou a certificar que a mesma estava conectada com as teorias divulgadas nos manuais da época, seja de autoria de cirurgiões ou de médicos. Alguns alimentos possuíam virtudes medicinais e eram adquiridos e direcionados para os doentes que necessitavam dos princípios ativos daquele alimento. Muitos convalescentes eram escravos, forros, capitães do mato, indivíduos que estavam sujeitos a todas as intempéries do clima e por esta razão adoeciam diariamente.

Alguns gêneros alimentícios de outras terras que não se adaptavam ao clima e ao solo do Brasil chegavam periodicamente pelas frotas que cruzavam os mares e se juntavam aos vegetais da flora nativa. Plantas medicinais de terras longínquas foram gradualmente compondo o receituário da dieta dos pacientes do hospital. Nas Minas setecentistas, os alimentos vindos da Europa chegavam tanto com as frotas que desembarcavam na cidade da Bahia, quanto do Rio de Janeiro.

A aquisição do chá da Índia, por exemplo, apareceu uma única vez na dieta dos enfermos, no ano de 1793. Pela escassa quantidade adquirida, esse alimento era direcionado para determinado paciente, ou seja, não eram todos os convalescentes que gozariam dos benefícios desse alimento, seria aquele enfermo que devido à enfermidade necessitava das suas propriedades terapêuticas.

As origens do consumo de chá se perderam nas brumas do tempo. Os benefícios do chá à saúde eram bem conhecidos na China, onde era considerado uma bebida medicinal. Outra qualidade de planta medicinal consumida na dieta pelos pacientes do hospital em quantidade parcimoniosa era a alfazema, planta muito perfumada, principalmente em suas flores. No mundo antigo, a alfazema era conhecida como uma das principais ervas utilizadas nas águas em que se banhavam gregos e romanos, como remédio suas aplicações foram várias. Além dessas duas qualidades de plantas, alfazema e chá da Índia, apareceram na dieta dos pacientes, folhas de chá, sem designação específica de nome, tudo indicando que essas folhas eram colhidas na região, de acesso mais fácil. Provavelmente, os chás eram preparados por infusão e decocção.

Novas plantas medicinais introduzidas no Brasil pelos colonizadores eram acrescidas àquelas vindas com os escravos de diversas regiões da África e somaram-se aos da

cultura indígena. Frutas e ervas das quatro partes do mundo que encontraram solo fértil em território brasileiro serviram de alimento e de remédio, alterando os sabores e o arsenal terapêutico de tantos que aqui viviam e dos que chegavam.

De acordo com Carneiro (1994, p. 130), no Brasil, a introdução do chá ocorreu tardiamente, tendo sido trazido em 1812 e seu cultivo estimulado por D. João VI, aqui estabelecido junto à Corte Portuguesa. Com pouca difusão, foi apenas na década de 30 do século XX que imigrantes japoneses aclimataram uma variedade desta planta em solo brasileiro. Esta argumentação reforçou a idéia defendida ao longo desse trabalho de que a dieta dos enfermos em questão era curativa e terapêutica. Como visto, o consumo de chá não era hábito comum entre brasileiros do final do século XVIII, ainda assim os pacientes do hospital o consumiam, porém somente para fins medicinais.

A dieta dos enfermos da Santa Casa não apresentou no decorrer dos meses e anos pesquisados, alterações significativas. O arroz, o feijão, o milho e seus derivados, a farinha de mandioca, foram os alimentos de base. Já as ervas, as hortaliças e as carnes eram os alimentos de acompanhamento, refeição essencial para suprir a fome e as carências nutricionais e restabelecer a saúde.

Fig. nº 10 - representação gráfica para o ano de 1795 dos gêneros representativos

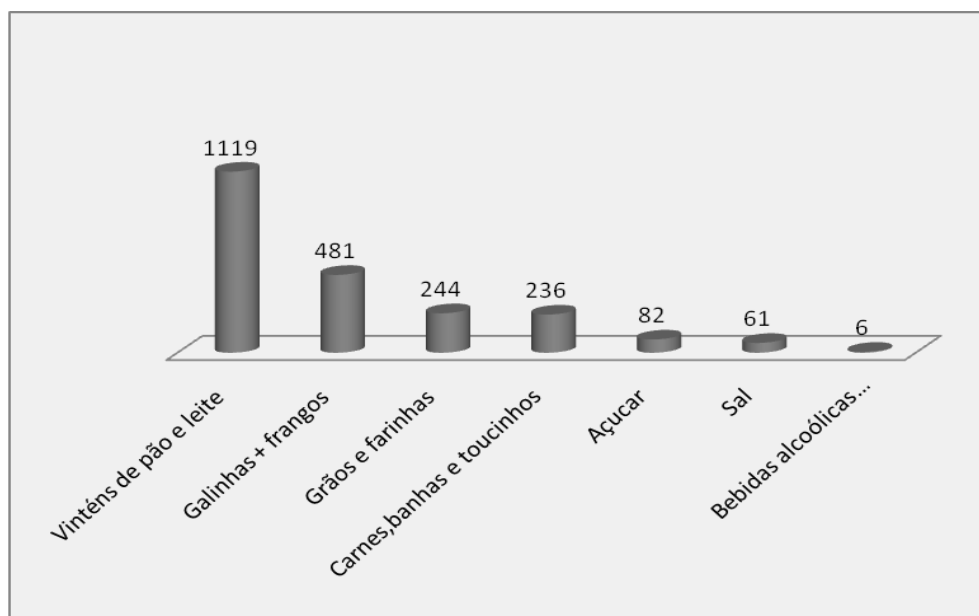


Fig. nº 11 – Tabela para o ano de 1795 dos itens representativos

Item	Unidade	Descrição	Quantidades Bimensais – 1795						Total
			1º	2º	3º	4º	5º	6º	
1	Unidade	Galinhas + frangos	26	20	93	148	130	64	481
2	Alqueire	Farinhas (de milho, mandioca e fubá) e Grãos (feijão, arroz, milho)	23	25	25	69	59	45	244
3	Kg	Carnes, banhas e toucinhos	56	26	27	56	22,5	49	236
4	Kg	Açúcar	0	4,5	45	5	9,9	18,1	82
5	Pratos	Sal	6	8	8	17	12	10,5	61
6	Vinténs	Pão e leite	72	49	157	372	259	210	1119
7	Frasco	Bebidas alcoólicas (aguardente e vinho)	0	0,5	2,5	2	1	0,5	6

Fig. nº 12 – Tabela para o ano de 1795 dos gêneros não representativos

Item	Quantidade	Descrição
1	1	Pão de chocolate para a doente da casa de Micaella
2	4 medidas	Vinagre
3	1	Libra de alfazema
4	1	Quarta de folha de chá
5	2	Libras de farinha de trigo
6	2	Vinténs de alface para um doente

As galinhas tiveram intensa aplicação nas dietas tradicionais mineiras. Seu consumo generalizado durante o século XVIII nas Minas pôde ser comprovado nos inventários e testamentos deixados por homens e mulheres, como observado por Almeida (2010, p. 118) na Comarca do Rio das Velhas. A autora relatou que Luis Gomes da Silva, curador da herança de José dos Santos da Silva, prestou conta de uma extensa lista de gastos feitos com os escravos enfermos da fazenda. Dentre as despesas, o curador enumerava além de medicamentos, galinhas para as dietas das escravas após o parto. O consumo de galinha relacionado ao aspecto terapêutico conseguiu espaço no imaginário coletivo, inseriu-se no universo da cura, e teve permanência garantida tanto nas dietas hospitalares como no regime da população doente.

Fig. nº 13 - representação gráfica para o ano de 1796 dos itens representativos

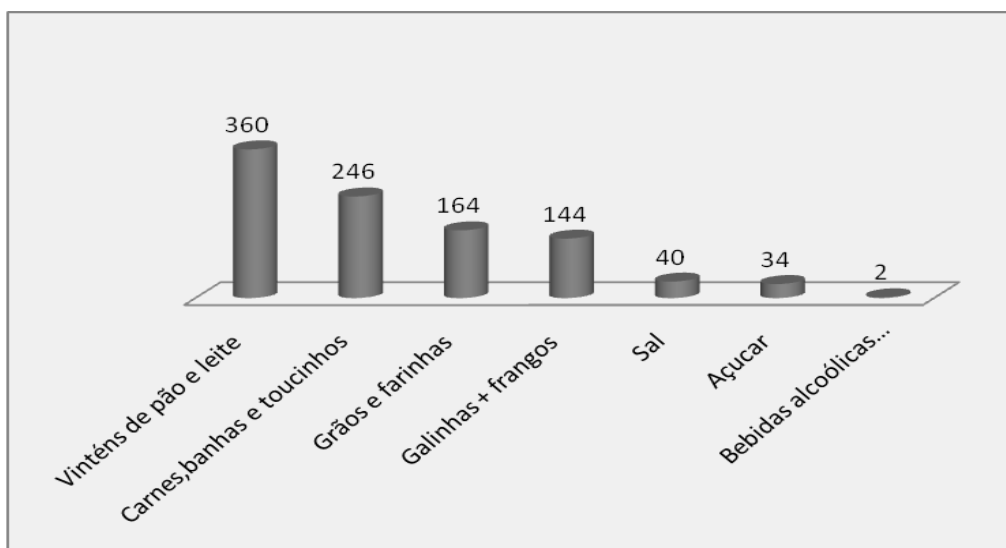


Fig. nº 14 – tabela para o ano de 1796 dos itens representativos

Item	Unidade	Descrição	Quantidades Bimensais – 1796						Total
			1º	2º	3º	4º	5º	6º	
1	Unidade	Galinhas + frangos	38	45	61	-	-	-	144
2	Alqueire	Farinhas (de milho, mandioca e fubá) e Grãos (feijão, arroz, milho)	52	43	69	-	-	-	164
3	Kg	Carnes, banhas e toucinhos	82,9	75	89	-	-	-	246
4	Kg	Açúcar	15,3	9,9	9	-	-	-	34
5	Pratos	Sal	14	10	16	-	-	-	40
6	Vinténs	Vinténs de pão e leite	108	122	130	-	-	-	360
7	Frasco	Bebidas alcoólicas (aguardente e vinho)	1,5	0,5	0	-	-	-	2

Fig. nº 15 – tabela para o ano de 1796 dos gêneros não representativos

Item	Unidade	Descrição
1	2 vidros	De água da rainha
2	2	Paus de chocolate
3	1	Frasco de vinagre da terra
4	4 medidas	Vinagre
6	1 libra	Alfazema



Henriquez (1721, p.115) descreveu que as galinhas que ainda não haviam produzido ovos, ou seja, aves que gozavam de poucos anos de vida, eram o melhor alimento, tanto para os sãos como para os doentes. As galinhas, não eram quentes e nem frias, eram consideradas úmidas: nutrem, coziam e eram digeridas com facilidade e distribuíam-se bem pelo organismo. Possuíam várias virtudes medicinais, e não existiam partes delas que não sirvam de remédio. Os seus miolos eram bons para os tremores do cérebro, confortavam a memória e aguçavam o engenho. Os pós, produzidos por sua moela tinham virtudes para quebrar e expelir as pedras e areias dos rins, melhoravam a rouquidão e seu sangue removia manchas do rosto, disse ele. Todas essas indicações causavam estranheza aos olhos contemporâneos.

A galinha foi alimento consumido diariamente na dieta dos enfermos. Nas listas de compras de gêneros alimentícios da Santa Casa, essa ave apareceu diversas vezes e em quantidade significativa, revelando sua importância na dieta dos pacientes. Seu preparo em formas de sopa ou de canja ajudava a recompor as forças e as energias. A sopa ou canja de galinha era uma preparação culinária, feita com diferentes componentes que precisavam de certo tempo de cozimento. No clima frio de Vila Rica esse prato contribuía, ainda, para aumentar a sensação de calor do corpo.

O que poderia significar para um enfermo pobre hospitalizado um prato de sopa? A sopa, ainda que preparada de maneira rústica era um alimento reconfortante. A idéia de que a sopa era nutritiva, revigorante e saudável estava em sintonia com o conhecimento popular e a recomendação médica de outrora, de iniciar a recuperação do enfermo com caldos ou com sopas.

Nas Minas do Ouro, o caldo ou a canja de galinha fizeram sucesso e estava prescrita nas dietas de muitos convalescentes. O cirurgião Luis Gomes Ferreira relatou em seu tratado *Erário Mineral* que no ano de 1711 na Vila Real do Sabará, foi chamado para acudir um enfermo, que havia sido vítima de um mulato, o qual lhe havia dado uma cutilada. A vítima tinha sido atingida com um golpe de espada na nuca, tendo as veias jugulares, nervos, músculos e tendões cortados. Ao término dos primeiros procedimentos de recuperação do paciente, ordenou que lhe desse caldo de galinha, recomendou também, que depois de algum tempo, lhe dessem três ou quatro colheres de bom vinho desfeito com marmelada.

A doença exigia uma dieta especial, com a finalidade de restabelecer a saúde e melhorar as condições de vida e de existência dos pacientes. A dieta dos pacientes era

preparada com condimentos como alho e cebola, que contribuía para deixar a refeição terapêutica, nutritiva e apetitosa.

Para Henríquez (1721, p. 175), o alho era quente e seco, servia de tempero e condimento, era excelente para as dores do estômago. Consumido com frequência, “aquece o sangue e inquieta a cólera, em naturezas quentes e belicosas”. Era remédio para os brônquios do pulmão nas rouquidões, eliminava a ascaridíase. O alho era a pedra bazar ou a triaga dos rústicos como lhe chamava Galeno. Tinha virtude de quebrar e expelir a pedra e a areia dos rins dentre outras. Quanto à cebola, o médico ressaltou que ela era quente e seca, tendo muitas virtudes medicinais: “é peitoral, contra os catarros, rouquidões, tosses e asma, move os meses. Cortadas em rodela e colocadas em água por uma noite é um excelente remédio para matar as ascaridíases, verminose que ele chama de lombriga”.

Na mesa do Seminário de Mariana, a carne de galinha teve destaque na dieta daqueles que se encontravam doentes. Magalhães (2004) sinalizou que a galinha fez parte quase que exclusivamente do regime dos doentes do Seminário. Ela ressaltou que no ano de 1821, nos livros de conta desta instituição registraram-se 179 aves essencialmente para os doentes. Na relação das despesas com os enfermos, ela destacou a compra de vinho, aguardente, vinagre do reino, pão, biscoito, farinha de trigo, leite, carne de vaca (seca ou fresca) e salsa, produtos que apareceriam com frequência nas despesas da instituição.

O consumo regular de alimentos diversificados e nutritivos na Santa Casa de Misericórdia ajudou muitos pacientes a voltar para casa com mais saúde e disposição. Assim, muitos males que acometiam um grande número de pessoas pobres podiam ser remediados facilmente por uma modificação na dieta. O chocolate também esteve presente no regime de alguns pacientes do hospital. Era recomendado por cirurgião para combater resfriados, queixa comum que acometia ricos e pobres na capitania de Minas. Mendes (1770, p. 128), por exemplo, em seu manual aconselhava tomar “uma oitava de pós de jalapa em uma xícara de chocolate” afirmando que esse remédio era inventado para pessoas que têm aversão às coisas de botica, e desse modo, aconselhava um remédio caseiro, natural, dietético, característica marcante da terapêutica dessa época.

O leite de vaca teve destaque na dieta dos pacientes do hospital. Além de sua ampla utilização na cozinha, o leite consumido pelos doentes era aproveitado de diversas formas: no seu estado natural, ou transformado em coalhada. A coalhada era produzida a partir da

mistura do leite com o suco de limão, excelente opção de alimento, sem distinção de idade ou doença. Graças aos inscritos existentes nos lançamentos nos livros de receita e despesas, descobriu-se a utilização do limão como pôde ser comprovado em um dos documentos de 1775: “quatro limões para cortar os leites<sup>45</sup>”.

Luiz Gomes Ferreira exerceu seu ofício de cirurgião nas Minas do ouro munido de amplo conhecimento sobre o valor terapêutico dos alimentos. Para proceder à restauração da saúde de alguns doentes, ele indicava a seguinte receita a base de leite:

Coalhado e escorrido por pando ralo, e depois de feita a coalhada e seca com a manteiga ou nata, com umas pingas de leite fresco, deste modo se pode comer ao jantar, como eu sempre comi; ou bebido com o calor natural com que sai do animal, que eu, algumas vezes, tenho aplicado para alguns doentes se nutrirem e refrescaram muita magreza ou ressecação em que estavam, e se acharam nutridos com a sua umidade e substância.<sup>46</sup>

Recorrer aos alimentos para a cura de enfermidades eram práticas comuns adotadas por cirurgiões que viviam nas Minas. A comprovação de sua eficácia na saúde dos doentes ampliava as possibilidades terapêuticas e auxiliava-os no exercício da sua arte.

Para Henríquez (1721) o leite era o alimento em que a natureza humana tinha grande familiaridade, por ser o primeiro alimento que ingeria quando nascia, e pelas suas boas qualidades e nutrição. O médico não tinha dúvida também, que ele possuía as qualidades de seco e úmido. Era um dos melhores alimentos que o ser humano podia consumir, pois cozia com facilidade, distribuía-se bem, convertia em sangue bem temperado que nutria e engordava bem o corpo, lubrificava o ventre e temperava a acrimônia e mordacidade da urina.

De todos os tipos de leites (de ovelha, de cabra), o de vaca era considerado com maiores propriedades nutritivas e substanciais. Referia-se a ele como o mais apropriado para as pessoas que tinham saúde, e mais adequado para os que se achavam adoentados com queixas procedentes de humores cálidos e tênues; tosses secas e convulsivas. Na mesa da Santa Casa de Misericórdia esse alimento nutritivo também se fez presente, era adquirido juntamente com o pão e destinado a todos os doentes da instituição.

---

<sup>45</sup> APM, fundo: casa dos contos, rolo: 502, plan: 10091, Doc: 2, Cx: 4, mês: setembro, ano: 1795.

<sup>46</sup> Ferreira, Luis Gomes. *Erário Mineral*. [ 1735]. 2 v. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: fundação João Pinheiro, centro de estudos históricos e culturais, fundação Oswaldo Cruz, 2002. (edição organizada por Júnia Ferreira Furtado).

De acordo com os autores Hans Jurgem Teuteberg e Jean-Louis Flandrin,<sup>47</sup> o leite fresco, outrora considerado alimento exclusivo das crianças de peito, tornou-se com o tempo, um alimento também para os adultos. Por causa de sua riqueza nutritiva, o leite de outros mamíferos especialmente o de vaca incorporaram-se aos hábitos alimentares dos povos. Atualmente, graças aos processos adotados por laticínios (pasteurização e esterilização), foi possível alargar bastante o período de conservação desse alimento. Sem tratamento ou mal conservado, o leite costuma alterar e pode até transmitir doenças. Na idade média o leite raramente era consumido ao natural, beber leite significava um sinal de barbárie alimentar e raros eram aqueles que tinham esse hábito.

O açúcar esteve presente na dieta dos enfermos diariamente, mas em quantidade não muito relevante, como pôde ser visualizado na linguagem dos gráficos. Nas Minas coloniais, esse alimento foi substância de várias receitas destinadas aos doentes, como pôde ser constatado no manual de Mendes (1770, p. 85): “Recip. Beldroegas, tanchagem, e rosas com seus pés, de cada mão-cheia: coza-se tudo em frasco e meio de água, que gaste o meio frasco, e coe; e se lhe misture uma libra de açúcar, e com ele ferva um pedaço, e se coe, e guarde para uso”. Possivelmente, no hospital de Vila Rica, esse produto atendia a duas funções: a de alimento, e utilizavam-no também, como excipiente em numerosas preparações medicamentosas destinadas aos pacientes.

O açúcar era uma substância considerada quente e úmida, de acordo com o manual de Henríquez (1721, p. 207). Sua utilização farmacêutica foi vasta. Das boticas, o açúcar foi movido por um crescente prestígio, passou às cozinhas, onde foi inserido como componente fundamental de muitos remédios caseiros.

No Brasil colonial o açúcar foi mais que um alimento, era o luxo químico, a droga doce, como ressaltou Freyre:

O açúcar de cana entrou no preparo de várias mezinhas características da medicina caseira do Nordeste [...] conservado o seu antigo papel de droga, de artigos vendidos nas boticas da Europa do século XVI para remédio, para emplasto, para bruxedo. Ou simplesmente para disfarçar o amargo de certos sucos de plantas medicinais dos curandeiros negros e caboclos. E não só a medicina popular da região, mas a poesia do povo ficou impregnada de açúcar de cana, do seu gosto, do seu cheiro, do seu visgo (FREYRE, 1971, p. 172).

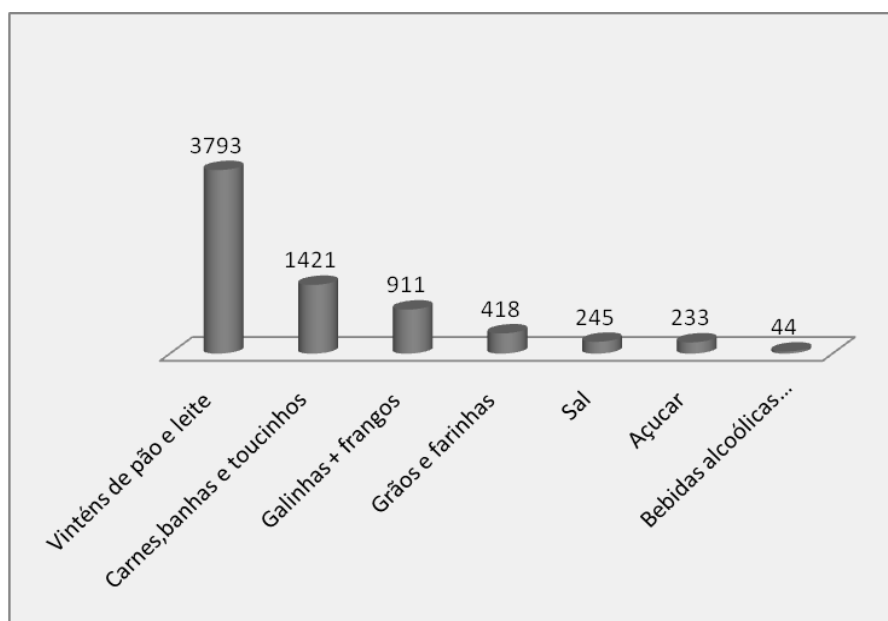
---

<sup>47</sup> TEUTEBERG, Hans Jurgem & FLANDRIN, Jean-Louis. Transformações do consumo alimentar. In: FLANDRIN, Jean-Louis & MONTANARI, Massimo (Dir.) História da alimentação, São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 708-727.

No começo, o preço do açúcar reduziu seu consumo como alimento. Durante a Alta Idade Média, entre os seguimentos médios e baixos da sociedade, foi consumido somente como condimento; o adoçante principal continuou a ser o mel, bem mais barato e acessível aos menos afortunados. Entretanto, em sintonia com o tempo, o açúcar ultrapassou as fronteiras das elites sociais e se transformou em um alimento ao alcance dos estratos sociais intermediários. Em Portugal, o rei D. Manuel distribuía anualmente o açúcar em várias instituições, entre elas conventos, casas de beatas, hospitais e Misericórdias, “tratava-se de uma substância preciosa na época, não só pelo seu valor comercial, mas também pelo seu uso como fortificante no tratamento de doentes e na confecção de medicamentos” (SÁ, 2013, p. 38).

O último gráfico a ser apresentado mostra o consumo de alimentos representativos na dieta dos pacientes do hospital no decorrer dos anos de 1793 a 1796.

Fig. nº 16 - representação gráfica para os anos de 1793 a 1796 dos itens representativos



Como vimos o “cardápio” da Santa Casa de Misericórdia era variado e diversificado, sugeria que a dieta dos enfermos estava ligada com as teorias médicas divulgadas nos manuais de medicina daquela época. Assim sendo, os médicos e cirurgiões autores dos manuais eram frutos de seu tempo e comungavam do talento e do saber com a terapêutica da antiguidade difundida por Hipócrates e Galeno. Prescrever a dieta dos enfermos pareceu não ter sido uma prerrogativa dos físicos ou cirurgiões, mas fazia parte do ideário médico que se

encarregava da América Portuguesa, como por exemplo, o cirurgião Antonio Mendes e Luis Gomes Ferreira. Observou-se ali a permanência de traços representativos de antigas tradições greco-romanas. Entre esses traços destacavam-se o consumo de vinho, de pão e de aguardente. A idéia comum entre os dois tempos era de que uma dieta variada e equilibrada era a regra para manter e restabelecer a saúde.

A instituição nesse período ainda não gozava de uma organização bem estruturada no seu funcionamento. Era basicamente um estabelecimento caritativo que atendia de forma bastante modesta um pequeno número de pacientes. Nesse contexto a dieta oferecida aos doentes era nutritiva e terapêutica, e possibilitava uma melhora progressiva do estado de saúde do convalescente, pois ali se comia mais e melhor do que na vida cotidiana. Com uma única ação solucionava dois problemas sociais: cuidava da doença e da pobreza simultaneamente e provavelmente repercutia em benefícios para a vida local.

A dieta dos doentes do hospital, em essência, diferenciava muito da sua alimentação de origem. Se faz necessário atentar, no entanto, que iniciativas no cultivo e na criação de animais de pequeno porte no próprio quintal, foram fatores importantes na suplementação do alimento que era adquirido no comércio. Gratificante imaginar que o conhecimento dos manuais sobre os efeitos benéficos dos alimentos para a preservação ou restabelecimento da saúde estava difuso no meio social, transmitido de boca em boca e alcançando a vida cotidiana das pessoas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou a importância histórica e a dimensão cultural de antigas práticas alimentares presente na dieta dos enfermos do hospital de Vila Rica no final do século XVIII. É relevante ressaltar que em alguns casos a ausência e a precária situação de preservação documental acerca da alimentação hospitalar em Minas Gerais, prejudica a pesquisa histórica. No período anterior ao século XVIII, pareceu ser mais grave a ausência documental sobre o tema, outro contratempo, complementar ao primeiro, foi a escassez de estudos sobre dieta hospitalar no País, não apenas no âmbito da história, mas também nas outras áreas das ciências humanas.

Este retorno aos manuscritos avulsos remanescentes dos livros de Contas do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica no final do século XVIII sugeriu alguma relação, ainda que tênue, com a teoria dos humores. Essa doutrina clássica, nascida entre os gregos, teve como um dos seus principais fundadores Hipócrates. Muitos séculos depois essa teoria chegava ao Império Português com várias transformações e mudanças e serviu de parâmetro para teorias médicas como as de Francisco da Fonseca Henriques e dos cirurgiões Luís Gomes Ferreira e Antonio Mendes dentre outros, e se fez, também presente nos domínios da América Portuguesa.

Mais do que o recurso à medicina e aos remédios a cura dos enfermos consistia num binômio que se repetia cotidianamente: cura da alma (doutrina religiosa) e cura do corpo por meio de uma alimentação fundamentalmente nutritiva e terapêutica.

Não se pôde confirmar que a dieta alimentar tenha conservado sua ligação com a teoria humoral. A racionalização do espaço hospitalar pareceu ter chegado paulatinamente no século XIX, assim, houve um deslocamento das antigas teorias médicas para idéias mais recentes. Conforme Carneiro (2010, p. 193), de uma teoria humoral, a medicina moderna tornou-se organicista, passou por explicações psicológicas e morais e também pelas biológicas hereditárias.

Os serviços que trabalhavam no hospital eram de origem humilde, constatou a presença de um enfermeiro e de escravos que auxiliavam os doentes. Os pacientes também eram predominantemente de origem pobre e, no que diz respeito à alimentação, estavam limitados em seu direito de se colocarem como sujeitos sociais, e de opinarem sobre a

maneira como eram tratados, uma vez que o modelo caritativo de saúde representava-os como indivíduos passivos e submissos ao tratamento.

Concluiu-se que a dieta hospitalar era preparada artesanalmente na cozinha, no fogão à lenha e em panelas de pedra. Quanto aos alimentos, poucos eram produzidos na própria instituição, em hortas e galinheiros, e eram complementados com a compra de cereais, carnes, aguardente, vinho, vinagre dentre outros. As despesas do hospital com os alimentos eram provavelmente, maiores do que com medicamentos de botica, alguns desempenhavam também a função de remédio. Nesta ocasião o hospital de Vila Rica proporcionou uma cura pela nutrição, a qual contribuía para melhorar significativamente a saúde do enfermo.



## Referências bibliográficas e documentais

### Fontes Impressas

MENDES, José Antonio Mendes (1770), Governo de Mineiros mui necessário para os que vivem distantes de professores seis, oito, dez e mais léguas, padecendo por esta causa os seus domésticos e escravos queixas, que pela dilatação dos remédios se fazem incuráveis, e as mais das vezes mortais. Organização, Carlos A. L. Filgueiras, Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Cultura de Minas Gerais, Arquivo Público Mineiro, 2012.

HENRIQUEZ, Francisco da Fonseca. Âncora Medicinal: para conservar a Vida com Saúde. Ateliê Editorial, 2004 (Original publicado em 1721).

FERREIRA, Luis Gomes. Erário Mineral, (1735). V.I e II organização Júnia Ferreira Furtado, Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 2002.

FUNDAÇÃO João Pinheiro. Códice Costa Matoso. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, CEHG, 1999.

Arquivo Histórico da Câmara Municipal de Mariana. Livros de Posturas da Câmara – artigo 12. 1829.

Arquivo Público Mineiro, Belo Horizonte (APM) - Fundo Casa dos Contos (Avulsos)

Ano 1793:

Cx. 03, Rolo: 501, Plan: 10068, Doc, 5; Cx. 03, Rolo: 501, Plan: 10069, Doc, 4.

Cx. 03, Rolo: 501, Plan: 10072, Doc, 3; Cx. 04, Rolo: 502, Plan: 10091, Doc, 5

Cx. 06, Rolo: 502, Plan: 10139, Doc, 2; Cx. 06, Rolo: 502, Plan: 10138, Doc, 1

Cx. 160, Rolo: 594, Plan: 10016, Doc, 2; Cx. 160, Rolo: 549, Plan: 10016, Doc, 3

Cx. 160, Rolo: 549, Plan: 10016, Doc, 4; Cx.160, Rolo: 549, plan: 10017, Doc, 2

Cx.160, Rolo: 549, Plan: 10017, Doc, 3.

Ano 1794:

Cx. 23, Rolo: 508, Plan: 10467, Doc, 2; Cx. 03, Rolo: 501, Plan: 10068, Doc, 2.

Cx. 03, Rolo: 501, Plan: 10069, Doc, 5; Cx. 17, Rolo, 506, Plan: 10348, Doc, 1.

Cx. 160, Rolo, 549, Plan: 10008, Doc, 4; Cx. 160, Rolo, 549, Plan: 10016, Doc, 5.

Cx. 160, Rolo, 549, Plan: 10017, Doc, 5; Cx. 160, Rolo, 549, Plan: 10018, Doc, 3.

Cx. 160, Rolo, 549, plan: 10018, Doc, 4; Cx. 160, Rolo, 549, Plan: 10019, Doc, 1.

Cx. 13, Rolo, 504, Plan: 10279, Doc, 3.

Ano 1795:

Cx. 03, Rolo, 501, Plan: 10072, Doc, 4; Cx. 4, Rolo, 502, Plan: 10091, Doc, 1.

Cx. 04, Rolo, 502, Plan: 10091, Doc, 2; Cx. 04, Rolo, 502, Plan: 10091, Doc, 3.

Cx. 04, Rolo, 502, Plan: 10091, Doc, 4; Cx. 06, Rolo, 502, Plan: 10139, Doc, 3.

Cx. 06, Rolo, 502, Plan: 10139, Doc, 4; Cx. 160, Rolo, 549, Plan: 10008, Doc, 1.

Cx. 160, Rolo, 549, Plan: 10008, Doc, 2.

Ano 1796

Cx. 17, Rolo, 506, Plan: 10342, Doc, 1; Cx. 22, Rolo, 507, Plan: 10442, Doc, 2.

Cx. 22, Rolo, 507, Plan: 10442, Doc, 3; Cx. 22, Rolo, 507, Plan: 10442, Doc, 4.

Cx.23, Rolo, 508, Plan: 10461, Doc, 3; Cx. 22, Rolo, 507, Plan: 10442, Doc, 5.

Seção colonial (Avulso)

PM, Av. C, caixa 10, doc. 10.

## Referencias bibliográficas

- ARON, Jean-Paul. A cozinha: um cardápio do século XIX. In: Le GOFF, Jacques; Nora, P. (dir). História: novos objetos. São Paulo: Martins Fontes 1990.
- ALENCASTRO, Luiz Felipe de. O trato dos viventes: Formação do Brasil no Atlântico Sul, séculos XVI e XVII, São Paulo: Companhia das Letras, 2000, p. 525.
- ALGRANTI, L, M (2005). Aguardente de cana e outras aguardentes: por uma história da produção e do consumo dos licores na América Portuguesa. In: Carneiro, H. e Venâncio, R. P. Álcool e drogas na história do Brasil, São Paulo, Alameda, 2005, pp. 71-92.
- ABREU, Jean Luiz Neves. O corpo, a doença e a saúde: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII, 2006 Dissertação de Mestrado.
- ABREU, L. O papel das Misericórdias dos 'lugares de além-mar' na formação do Império português. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, VIII(3): 591-611 2001.
- ACHEVERRY, Adriana Maria Alzate. Revista Del Departamento de História de La Facultad De Ciencias Sociales de La Universidad de los Andes Bogotá, Colombia. Historia crítica n° 46, ano de 2012.
- ALMEIDA, Carla Berenice Starling de. Medicina Mestiça: saberes e práticas curativas nas Minas setecentistas. São Paulo: Annablume, 2010.
- ALVES, Ivan & DI GIOVANNI, Roberto. Cozinha brasileira (com recheio de história). Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- ANTONIL, André João. Cultura e Opulência do Brasil por suas drogas e minas. São Paulo: Edusp. 2007.
- ARAÚJO, JOSÉ DE Souza. Perfil do leitor colonial. Salvador: UFBA/ILHÉUS: UESC, 1999.
- BOSCHI, Caio César. O assistencialismo na Capitania do ouro, Revista de História, n.116, 1984.
- BORGES, Augusto Moutinho. Reais Hospitais Militares em Portugal (1640-1834). Universidade de Coimbra, 2009.
- BARBOSA, Alexandre de Freitas. O mundo globalizado: Política, sociedade, e economia. São Paulo, Ed. contexto 2001 (coleção repensando a história).
- BARBOSA, Waldemar de Almeida. Dicionário da terra e da gente de Minas. Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1985, publicação do Arquivo Público Mineiro N°5.
- BAHLOU, J. Nourritures de l'altérité: Le Double language alimentaire dès juifs algériens en France, Annales, n. 2, p.1983.
- BOXER, Charles R.A idade de ouro do Brasil: dores de crescimento de uma sociedade colonial. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2000.

- BLUTEAU, D Raphael. Vocabulário Latino e português, Coimbra: Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1712, vols. 1, 2 e vol. 3.
- BUENO, Beatriz P. Siqueira. Particularidades do processo de colonização da América Espanhola e Portuguesa. In: Seminário História da Cidade e do Urbanismo, 4. Anais. Rio de Janeiro, nov. 1996, p.505-514.
- BOSERUP, Ester. Evolução Agrícola e pressão Demográfica. São Paulo: HUCITEC/POLIS, 1987.
- CAPONI, Sandra. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Editora Fiocruz, 2000, p.18.
- CARNEIRO, Henrique. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. História: questões & debates, Curitiba, n° 42, p. 71-80, 2005, Editora UFPR.
- CHAVES, Arruda, Mônica. Receita de Mineiridade. A Cozinha e a Construção da Imagem do Mineiro. Uberlândia: EDUFU, 1997.
- CHAVES, Cláudia Maria das Graças. Perfeitos Negociantes: Mercadores das Minas Gerais Setecentistas. São Paulo: Ananablume, 1999.
- COELHO, Edmundo Campos. As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930. Editora Record, Rio de Janeiro, São Paulo, 1999.
- CORREIA, Fernando da Silva. Origens e Formação das Misericórdias Portuguesas. Livros Horizonte e Misericórdia de Lisboa, 1999.
- COUTO, Cristina. Arte de Cozinha, Alimentação e dietética em Portugal e no Brasil (séculos XVII-XIX). Rio de Janeiro: SENAC, 2008.
- CROSBY, Alfred W. O imperialismo ecológico: a expansão biológica da Europa (900-1900). São Paulo, Cia das Letras, 1993.
- D'ASSUNÇÃO, Livia Romanelli. Considerações sobre a formação do espaço urbano setecentista nas Minas. Revista do Departamento de História – FAFICH/UFMG 1989, v. 9.
- DOURADO, Guilherme Mazza. Revista Nossa História, Ano 3, n° 29, Editora Vera-Cruz, 2006.
- FERNANDES-ARMESTO Felipe. Comida. Uma história. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais, Rio de Janeiro, Vício de leitura, 2002.
- FLANDRIN, Jean-Louis & MONTANRI, Massimo (dir.) História da Alimentação. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
- FRANÇA, Ariovaldo. De caçador a Gourmet: uma história da gastronomia, São Paulo, Editora SENAC, 2006.

- FRANCO, Renato. Desassistidas Minas- a exposição de crianças em Vila Rica, século XVIII. 2006, dissertação de mestrado.
- FREEDMAN, Paul. A história do sabor. São Paulo: Editora SENAC, 2009.
- FREYRE, Gilberto. Nordeste. Col. Documentos brasileiros, Livraria José Olympio Editora, 2 edição, 1951, Rio de Janeiro, p. 172.
- FRIEIRO, Eduardo. Feijão, Angu e Couve. Belo Horizonte, Editora Itatiaia, 1982.
- FURTADO, Júnia Ferreira. Barbeiros, cirurgiões e médicos nas Minas colonial- a invenção de uma medicina prática nos sertões mineiros, Revista do Arquivo Público Mineiro, Belo Horizonte, junho-dezembro 2005. Ano XLI.
- GEREMEK, Bronislaw. A piedade e a força – história da miséria e da caridade na Europa. Lisboa: Terramar, 1986.
- GODOY, Andresa Michele, e LOPES, Doraci Alves. Transformações socioculturais da alimentação hospitalar. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, 2007.
- GALENO, Cláudio. A natureza e virtude dos alimentos, Curitiba, editora da UFPR, 1992.
- GEREMEK, Bronislaw. A piedade e a força – história da miséria e da caridade na Europa. Lisboa: Terramar, 1986.
- GRAÇA FILHO, Afonso de Alencastro. A Princesa do Oeste e o Mito da Decadência de Minas Gerais: São João Del Rei (1831-1888). São Paulo: Annablume 2000.
- GROSSI, Ramon Fernandes. Dos físicos aos barbeiros: aspectos da profissão médica nas Minas Setecentistas. História & Perspectivas, Uberlândia, (29 e 30): 255-282, Jul./Dez. 2003/Jan./Jun. 2004.
- GRUZINSKI, Serge. LesQuatre Parties Du Mond –Historied’unemondialisation Paris: Éditions de La Martinière, 2004. Chapitre II.
- GUIMARÃES, Carlos Magno & REIS, Liana M. Agricultura e Escravidão em Minas Gerais (1700/1750). In; Revista do Departamento de História, nº 2. Belo Horizonte: FAFICH/UFMG, 1986. HISSA, Cássio Eduardo Viana. A Mobilidade das Fronteiras: Interseções da Geografia na crise da modernidade, Editora UFMG, 2002.
- HUE, Sheila Moura. Delicias do Descobrimento. A gastronomia brasileira no século XVI. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.
- LEITÃO, José Andresen. História da Medicina em Portugal desde a Idade Média ao Princípio do século XX, História e desenvolvimento da Ciência em Portugal. Academia das Ciências de Lisboa, v. I, Lisboa, 1986, p. 467
- LEBRUN, F. Les Hommes ET la Morte em Anjouaux XVII ET XVIII Siècle: essai de démographie ET de psychologie historiques. Paris: Mouton, 1971.

- FREYRE, Gilberto. Nordeste, Col. Documentos brasileiros, LIVRARIA JOSÉ OLYMPIO EDITORA, 2 edição, 1951, Rio de Janeiro, p. 172.
- LENHARO, Alcir. As Tropas da Moderação: O abastecimento da Corte na formação política do Brasil – 1808 – 1842. São Paulo, símbolo, 1979.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. A origem dos modos à mesa. São Paulo: Cosac Naïf, 2006.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. O cru e o cozido. São Paulo: Cosac Naïf, 2004.
- LOPES, Maria Antónia. As comunicações nas Misericórdias, as comunicações na idade moderna. 2005. (separata)
- LUIS, Octávio da Silva. Os Quintais e a Moradia Brasileira. In: cadernos de arquitetura e urbanismo. Belo Horizonte, v.11 n. 12 p. 61-78, dez 2004.
- MACIEL, Maria Eunice. Uma Cozinha à brasileira. Revista Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 1, nº 33, 2004.
- MAGALHÃES, Beatriz Ricardina, Notas para um estudo. In Varia História número 21, Editora UFMG 1999.
- MAGALHAES, Sônia Maria de. A mesa de Mariana. Produção e consumo de alimentos em Minas Gerais (1750-1850). São Paulo: FAPESP/ Annablume, 2004.
- MARQUES, Rita de Cássia. Imagem social do médico de senhoras no século XX. Belo Horizonte. Editora Coopmed, 2005.
- MAWE, John. Viagem ao Interior do Brasil. Belo Horizonte. Itatiaia, 1978.
- MENESES, José Newton Coelho de. O Continente Rústico: abastecimento alimentar na Minas Gerais. Diamantina, MG. Editora Maria Fumaça, 2000.
- MENEZES, Joaquim Furtado de. Igrejas e Irmandades de Ouro Preto. Belo Horizonte: publicação do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais, 1975.
- MONTANARI, Massimo. (org.). O mundo na cozinha: história, identidade, trocas. São Paulo: Editora Senac/ Estação Liberdade, 2009.
- OLIVEIRA (NETO), Luiz Camilo de. Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.nº 3, 1939.
- ORNELLAS, Lieselotte Hoeschl. Alimentação através dos tempos. Florianópolis: Editora da UFSC, 2000.
- PAIVA, Eduardo França. Escravos e Libertos nas Minas Gerais do Século XVIII: estratégias de resistência através dos testamentos. São Paulo, Editora Annablume 3ª edição, 2009.
- PINTO e Silva, Paula. Farinha, feijão e carne-seca. Um tripé culinário no Brasil colonial. São Paulo: Editora SENAC, 2005.

- PORTER, Roy. Hospitais e cirurgia. Cambridge: História Ilustrada da Medicina. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- POLLAN, Michael. Cozinhar: uma história natural da transformação, editora Intrínseca, 2014.
- LAMERY, Nicolas. Dictionnaire universel des drogues simples, contenant leurs noms, origine, choix, principes, vertus, étimologies: et ce qu'il y a de particulier dans les animaux, dans les végétaux et dans les minéraux (Paris: Chez L.-Ch. D'Houry, 1759).p. 787, Apud, Carneiro, 2010.
- RAMON, Fernandes Grossi. Dos Físicos aos Barbeiros: aspectos da profissão médica nas Minas Setecentistas. In: História & perspectiva. Uberlândia 2004.
- REIS, Liana & BOTELHO, Ângela Vianna. Dicionário Histórico Brasileiro. Colônia e Império. 5ª Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- WRANGHAM, Richard. Pegando fogo: Por que Cozinhar nos tornou humano. Rio de Janeiro, Editora Zahar 2010.
- ZEMELLA, Mafalda P. O abastecimento da capitania das Minas Gerais no século XVIII. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC/Edusp, 1990.
- KHOURY, Yara (coord.) Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: PUC-SP/CEDIC: FAPESP, 2004.
- REIS, Liana M. Agricultura e Caminhos de (1700/1750). In: Revista do departamento de História, nº 4. Belo Horizonte: FAFICH/UFMG, 1987.
- REVEL, Jean-François. Um banquete de palavras. Uma história da sensibilidade gastronômica. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. A ciência dos trópicos: A Arte Médica no Brasil do Século XVIII. Editora HUCITEC, São Paulo, 1997.
- ROCHA, José Joaquim da. Geografia histórica da Capitania de Minas Gerais. Descrição Geográfica, topográfica, histórica e política da Capitania de Minas Gerais memória histórica da Capitania de Minas Gerais- 1778. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1995.
- RODRIGUES, Lisbeth de Oliveira. Os consumos alimentares de um hospital quinhentista: o caso do Hospital das Caldas em vida de Rainha D. Leonor. In: Comer, vestir, e habitar, na Península Ibérica (ss. XVI-XIX). Isabel dos Guimarães Sá, Máximo Garcia Fernandes (diretores). Valladolid. Universidade de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010, p.54.
- RODRIGUES, Jaime. Um sepulcro grande, amplo e fundo: saúde alimentar no Atlântico, séculos XVI e XVIII. Revista de História São Paulo, Nº 168, 2013.
- ROMEIRO, Adriana. Os sertões da fome: a história trágica das Minas de ouro em fins do século XVII. Saeculum, v. 19, 2008.

- ROSEN, George. Da polícia médica à Medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- RUSSEL-WOOD, A. J. R. Fidalgos e Filantropos: A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1775. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.
- SÁ, Isabel dos Guimarães. Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no Império Português 1500-1800, Lisboa, CNCDP, 1997.
- SASSIER, Philippe. Du bonusage despauvres. Paris: Fayard, 1990.
- SAINT – HILAIRE, Auguste. Viagens pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais. São Paulo/ Belo Horizonte: Edusp/ Itatiaia, 1978.
- SALINAS, Rolando D. Alimentos e nutrição: introdução à bromatologia, Porto Alegre, Editora Artmed, 2002, p. 66-72.
- SANTIAGO, Carla Ferretti. In: Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil: (fundadas entre 1500 e 1900). Yara Aun Houry. (coord.). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: PUC-SP/CEDIC: FAPESP, 2004, v.1, p. 47.
- SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo: HUCITEC, Ed. Universidade de São Paulo, 1991, v. I e II.
- SAYD, Dutra Jane. Mediar, Mediar, Remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental, Rio de Janeiro: Eduerj, 1998, p. 19.
- SCLIAR, Moacyr. Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. L&PM Editores, 1987.
- SILVA, Luís Octavio da. Os quintais e a moradia brasileira In: Cadernos de Arquitetura e Urbanismo v. 11, nº 12, editora PUCMINAS, 2012.
- SILVA, Flávio Marcus da. Subsistência e poder – a política do abastecimento alimentar nas Minas setecentistas. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.
- SOUZA, Laura de Mello e (Org.). História da vida privada no Brasil: cotidiano e vida privada na América portuguesa. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- SOUZA, Laura de Mello. O Diabo e a Terra de Santa Cruz. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.
- SOUZA, Marco Antonio de. A economia da caridade: estratégias assistenciais e filantrópicas em Belo Horizonte, Editora Newton Paiva 2004.
- SOUZA, Rafael de Freitas e. Medicina e fauna silvestre em Minas Gerais no século XVIII. In: Revista Varia História, vol. 24, nº 39, 2008.
- SPIX, Johann Baptist Von & MARTIUS, Carl F. Philipp Von. Viagem pelo Brasil, 1817 – 1820. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1981, 3 vols.
- STANDAGE, Tom. História do mundo em 6 copos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.



- STANDAGE, Tom. Uma história comestível da humanidade. Rio de Janeiro: Editora Zahar 2010.
- STRONG, Roy. Banquete. Uma história ilustrada da culinária, dos costumes e da fartura à mesa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.
- SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves; MARQUES, Rita de VALADARES, Virgínia Maria Trindade. Elites mineiras setecentistas: conjugação de dois mundos. Lisboa: Colibri, 2004.
- VALERI, RENE. Fome. In: Enciclopédia Einaudi. Homo, Domesticação cultura material. Lisboa: Imprensa Nacional/ Casa da Moeda, v. 16, 1987.
- VASCONCELLOS, Diogo de. História Antiga das Minas Gerais. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1904.
- VAUCHEZ, André. A espiritualidade na Idade Média Ocidental, século VIII a XIII. Tradução: Lucy Magalhães, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1995.
- WALKER, Timotht. The Hole and practices of the curandeiro e saludador in early modern portuguese Society. Revista História, Ciências, saúde/Manguinhos, Fundação Oswaldo Janeiro, editora FGV, 2013.
- SÁ, Isabel dos Guimarães. As Misericórdias Portuguesas de D. Manoel a Pombal. Lisboa: Livros Horizonte, 2001.
- \_\_\_\_\_. Breve descrição geográfica, física e política da capitania de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1994.
- \_\_\_\_\_. Algranti Leila Mezan. Saberes Culinários e a Botica Doméstica: Beberagens, Elixires e Mezinhas no Império. Português (Séculos XVI-XVIII) Æculum–Revista de História [27]; João Pessoa, jul./dez. 2012.
- \_\_\_\_\_. Higiene e Conservação da saúde no pensamento médico luso-Brasileiro do século XVIII. In: Asclépio. Revista de História de La Medicina y de La Ciência, vol. LXII nº 1, 2010.
- \_\_\_\_\_. Nos Domínios do Corpo: O saber médico luso-brasileiro no século XVIII. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2011.
- \_\_\_\_\_. Os leigos e o poder – irmandades leigas e política colonizadora em Minas Gerais. São Paulo: Ática, 1986.
- \_\_\_\_\_. Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna. São Paulo, Editora Senac, 2010.
- \_\_\_\_\_. Pequena enciclopédia da História das Drogas e Bebidas. Rio de Janeiro: Elsevier/Editora Campus, 2005.
- \_\_\_\_\_. Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América Portuguesa. São Paulo 2011, tese de doutorado.

\_\_\_\_\_.Do impacto das viagens e descobrimentos na matéria médica. In: STARLING, Heloisa, GERMANO, Ligia, MARQUES, Rita (orgs). Medicina: história em exame, Belo Horizonte, UFMG, 2011.

\_\_\_\_\_. Dos Médicos, Cirurgião e Barbeiros no Império Português.In: STARLING, Heloisa, GERMANO, Ligia, MARQUES, Rita (orgs). Medicina: história em exame, Belo Horizonte, UFMG, 2011.

\_\_\_\_\_. Comida como cultura, Editora Senac. São Paulo, 2008. Revista de História número 116, Ed. Universidade de São Paulo, 1984.

\_\_\_\_\_. As Misericórdias Portuguesas: séculos XVI a XVIII. Rio de Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 11, 2004.

\_\_\_\_\_. Cássia (organizadoras). História da Saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri, SP: Minha Editora, 2011.

1793	Conta da fazenda que se comprou para as mortalhas mas do que se faleceram		2
1793	Para hum preto fmo sobre falecido no dia 11 de Maio por morte		
	3000 rs de saize	as	427
	1 vintem de sinhas		1
			428
Maio	Para hum preto que chamo maladesia por nome Benhurado as chegar do valle por exclusão da qual se tenda ou se do contrato do Divinis de São. de Santa Cruz ou Manoel Bispo dos Santos		
	3000 rs de saize	as	427
	1 vintem de sinhas		1
			428
	V. P. 20 de Maio de 1793		428
	Procurador das. Casa Manoel Bispo dos Santos		
Junho	Para hum preto fmo Maria Barba na fidej. que chamo no caso preto em a da fidej. da Circunsc. adstida pedas.		
Cobre	Casa e he de sepultura o R. 1793		
	3000 rs de saize	as	421
	1 vintem de sinhas		1
			422
	Tudo soma		1722
	Procurador das. Casa Manoel Bispo dos Santos		

Anexo 2 – Frontispício da lista de gêneros

N.º	Conta da despesa feita em Hospitais de Santa Casa da Misericórdia em nome do Marcho que teve principio em 13 de dito mes e consta do que se segue	4
1793	13.º Lei 1 Alqueire de milho - - - - - 11 per - -	1
	Lei 1/2 covoa de Banha - - - - - 11 a 30 - -	7/11
	Lei 10 Libras de adular - - - - - 11 a 30 - -	7/11
	Lei 2 pratos de sal - - - - - 11 a 4 - -	7/11
do	14.º Lei 3 Alqueires de farinha - - - - - 11 a 7/11 - -	7/11
	Lei 1 3/4 Alqueire de feijão - - - - - 11 a 7/11 - -	7/25
	Lei 1 Duzia de vestidos de lã - - - - - per - -	115
	Lei Bananas que se compraram - - - - - - - -	112
do	15.º Lei 4 Alqueires de farinha de milho a 7/11 - -	17/11
	Lei 1 Alqueire de farinha de mandioca - - - - - - -	7/11
do	16.º Lei 12 galinhas - - - - - - a 5 - -	12/11
do	18.º Lei 4 Libras de canela 1.ª confirmada a 4 - -	7/2
	Lei 2 pratos de sal - - - - - - a 4 - -	7/4
do	19.º Lei 1/2 de sa de índia - - - - - - per - -	7/11
do	20.º Lei Ovas que se compraram - - - - - - - -	1
	Lei 1 prato de legão 1.ª de lã - - - - - - -	17
do	21.º Lei 1 a 3/4 de lã de lã - - - - - - a 3/4 - -	7/11
do	22.º Lei 3 Alqueires de farinha - - - - - - a 7/11 - -	11/4
	Lei 1 Barril de leite - - - - - - per - -	17/2
do	25.º Lei 1/2 covoa de lã de lã 1.ª de lã - - - - - a 1 - -	7/2
	Lei 2 pratos de sal - - - - - - a 4 - -	7/11
	Lei 1 Caneta 1.ª de lã - - - - - - per - -	11
	Lei 1 Medida de vinagre de lã 1.ª de lã - - - - - per - -	7/11
do	26.º Lei 3 Alqueires de feijão 1.ª de lã - - - - - a 7/11 - -	7/11
do	27.º Lei 4 Alqueires de farinha - - - - - - a 7/11 - -	17/2
	Lei transp. sorte - - - - - - - -	16/11

Fonte: APM/Cx. 03, Rolo: 501, Plan: 10069, Doc. 4.

Anexo 3 – Verso da lista anterior

1793	Off. 90	Deba que vem de trans porte	16 1/2
		En 3 Libras de açúcar	4 3/4
		En Bananas	2
		En Cevada que se compra	7
Despesa de jam e leite de dia todo mes em diante			
		En 34 paus de v. te	1 2
		En 46 vinténs de leite	1 2/6
			2 7/2
Matarame de 12 ga Libras			
Despesa de carnes que se mandou dar a assistência dos doentes			
		En 1/2 arroba de carne	5
		Para uma Mulher a quem se mandou dar a assistência dos doentes	4 1/2
			5 1/4
		V. B. 2 de abril de 1793	2 4 3/4
Procurador Mat. de L. de L. de L.			

Anexo 4—Frontispício da lista de gêneros

5

Conta da despesa que fez em nome do Hospital de Santa Lúcia da M. Teri para o Hospital de Santa Lúcia da M. Teri Cordia que se despendeu com os doentes enfermeiros e com a Cristam e os Grauos da mesma Santa Lúcia cujos Generos de Lome 27 273. presente quei ao Hospital de Santa Lúcia da M. Teri

Dados

1724				
Agosto	1	6 <sup>11</sup> 12 galinhos	na 4	1/12
		6 <sup>11</sup> 1/2 alqueire de milho	na 7	1/4 2
		6 <sup>11</sup> 1 arroba de banha de porco	na 1	1/4 "
		6 <sup>11</sup> 1/2 8 Libras de toucinho	na 1	1/4 "
9	3	6 <sup>11</sup> 2 piratos de sal	na	1/4
		6 <sup>11</sup> 1 quartillo de vinho 1 <sup>a</sup> bu de ante	por	" 3
9	4	6 <sup>11</sup> 1/2 alqueire de arroz	na 10	1/4
9	6	6 <sup>11</sup> 1 Barrio de leite de Mamona	por	1/4 "
		6 <sup>11</sup> 2 1/2 alqueires de feijão	na 1/2 2	3/4 1
		6 <sup>11</sup> 3 alqueires de farinha	na 4	3/4
		6 <sup>11</sup> 1/2 alqueire de fuba	por	1/4 3
9	8	6 <sup>11</sup> 1 pasco de goma ard. de labeta	por	1/4 2
		6 <sup>11</sup> 1 alqueire de porri novo de manduca	por	1/4 4
		6 <sup>11</sup> 12 galinhos que compramos ao Hospital de Santa Lúcia	na 5	1/4 4
9	10	6 <sup>11</sup> 2 piratos de sal	na 4	1/4
9	13	6 <sup>11</sup> 3 alqueires de farinha de milho	na 1	3/4 3
9	17	6 <sup>11</sup> 2 piratos de sal	na 4	1/4
		6 <sup>11</sup> 1 quarta de arroz	na 10	" 4
9	19	6 <sup>11</sup> 1 arroba de banha	na 1	1/4 "
		6 <sup>11</sup> 1/2 2 Libras de toucinho	na	1/2 2
		6 <sup>11</sup> 1 pasco de goma ard. de labeta	por	1/4 2
		6 <sup>11</sup> 3 galinhos que compramos	na 4	1/4 4
		6 <sup>11</sup> 1 trans porco	na	1/4 6

	Ceas que vem de trans York	n	44 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> 6
1724	En 1º gabaritos	22 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	47 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 5
20	En 3 <sup>o</sup> Ceb. quires de farinha	27 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	37 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>
	En 4 <sup>o</sup> 1/2 Ceb. quire de fuba	100	142
24	En 4 <sup>o</sup> 1/2 Ceb. bras de mela	22	14
	En 4 <sup>o</sup> De rito de b. rito de mela	100	11 A
25	En 4 <sup>o</sup> Ceb. quire de farinha de mela	100	144
26	En 4 <sup>o</sup> Ceb. grande y 1/2 de rito	100	11 A
	En ovos que comprer	100	11 2
27	En 3 <sup>o</sup> Ceb. quires de farinha de mela	27 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	37 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>
	En 4 <sup>o</sup> 1/2 Ceb. quire de fuba	100	142
28	En 3 <sup>o</sup> Ceb. de rito	25	147
31	En 4 <sup>o</sup> Ceb. de rito de mela	100	142
	Ceas que deu em lotes Infermeiro de lenda		
	probo de Barrazas e rito em todo o mes		146
	Ceas que mais deu em lotes d.º Infermeiro		
	no dia mandado de rito de rito e rito que		
	deu pendu com os de rito em todo o mes		
	56 Ceb. de rito	11	37 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>
	59 rito de rito	11	37 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> 3
	Tomar		3723
			2547
	Ceas que En portu a lenda que se trou		
	ceas pendu com os de rito Infermeiro		
	com rito em todo de rito que se trou		
	com rito		7725
	Tomar		32744
	En 3 <sup>o</sup> de rito de rito		
	En 4 <sup>o</sup> de rito de rito		
	En 5 <sup>o</sup> de rito de rito		