

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES
PRÓ- REITORIA DE GRADUAÇÃO
CURSO DE LICENCIATURA EM HISTÓRIA

MARIA EDUARDA PASSOS DOS SANTOS

PRÁTICAS DE CURA E O PROTAGONISMO FEMININO NA MEDICINA EM GOIÁS
COLONIAL

GOIÂNIA

2026

MARIA EDUARDA PASSOS DOS SANTOS

**PRÁTICAS DE CURA E O PROTAGONISMO FEMININO NA MEDICINA EM GOIÁS
COLONIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para à banca examinadora
da Pontifícia Universidade Católica de
Goiás como requisito parcial para
obtenção do título de Licenciatura em
História.

Orientadora: Profa. Me. Simone Cristina
Schmaltz de Rezende e Silva

Goiânia

2026

MARIA EDUARDA PASSOS DOS SANTOS

**PRÁTICAS DE CURA E O PROTAGONISMO FEMININO NA MEDICINA EM GOIÁS
COLONIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito parcial para
obtenção de grau de Graduada em
História, pela Pontifícia Universidade
Católica de Goiás.

Data de aprovação:

Conceito:

Banca Examinadora:

Profa. Me. Simone Cristina Schmaltz de Rezende e Silva

Prof. Esp. Juliano Soares de Oliveira

Dedicatória

Dedico esse trabalho à memória das mulheres silenciadas pela história oficial e, de forma profundamente especial, à minha avó, Dulci mar Passos, que sempre me incentivou a buscar meus objetivos de terminar minha graduação. Sua sabedoria ancestral como benzedeira e sua presença protetora foram as grandes fontes de inspiração para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado força, sabedoria e discernimento para voltar à graduação, e para escrever este trabalho. Somente Ele e eu sabemos à luta que foi ter trabalhado e estudado. Aos meus pais, Juliane Passos e Marcelo Pereira dos Santos, pois sempre me incentivaram a estudar, e a nunca desistir daquilo que quero conquistar. E Agradecer também a PUC Goiás, por me dar à oportunidade de fazer, e voltar para concluir minha graduação.

Aos meus tios, estando longe ou perto sempre me apoiaram e me ajudaram nessa jornada. Aos meus colegas de trabalho que são professores e sempre me apoiaram no meu sonho de ser professora. Aos meus colegas de graduação especialmente Sandra Siqueira e Vinícius Batista que sempre tiveram do meu lado neste período da graduação.

Aos meus amigos fora da Universidade, que sempre estiveram me incentivaram e me apoiaram nesta jornada. Expresso minha profunda gratidão à minha orientadora, Simone Schmaltz, pela paciência e pelas excelentes orientações.

Resumo

Com base em uma pesquisa historiográfica, compreende-se que as condições de saúde da população feminina no período colonial em Goiás refletiam o severo isolamento geográfico da capitania, transformando a vivência corporal das mulheres em um espaço de abandono institucional. A ausência de profissionais acadêmicos descentralizou o ato de curar, transferindo-o para o campo do sincretismo religioso e dos saberes populares. Mary Del Priore (1988) destaca que, nesse contexto, a dor física era frequentemente ressignificada como um teste de fé. Além disso, amparando-se nas formulações de Joan Scott (1986), nota-se que as assimetrias de gênero vigentes na modernidade sujeitavam essas mulheres à exaustão laboral e reprodutiva. Investigar essa realidade exige enfrentar o apagamento documental apontado por Michelle Perrot (1995), já que as fontes oficiais historicamente silenciaram o cotidiano e os traumas desse grupo. Diante de tais lacunas, reforça-se o papel crucial das benzedeadas, parteiras e curandeiras na colônia. Em um território vulnerável a endemias e aos impactos da atividade mineradora, a divisão entre ciência, misticismo e religiosidade inexistia; essas mulheres atuavam como ponte vital entre a fragilidade humana e a intervenção divina transformando o sofrimento físico em um rito sagrado e de acolhimento.

Palavras – chave: História das mulheres, Goiás colonial, saúde popular, benzedeadas.

ABSTRACT

Based on historiographical research, it is understood that the health conditions of the female population in colonial Goiás reflected the severe geographical isolation of the captaincy, transforming the bodily experience of women into a space of institutional abandonment. The absence of academic professionals decentralized the act of healing, transferring it to the field of religious syncretism and popular knowledge. Mary Del Priore (1988) highlights that, in this context, physical pain was frequently reinterpreted as a test of faith. Furthermore, based on the formulations of Joan Scott (1986), it is noted that the gender asymmetries prevalent in modernity subjected these women to labor and reproductive exhaustion. Investigating this reality requires confronting the documentary erasure pointed out by Michelle Perrot (1995), since official sources have historically silenced the daily lives and traumas of this group. In the face of such gaps, the crucial role of healers, midwives, and traditional healers in the colony is reinforced. In a territory vulnerable to endemic diseases and the impacts of mining activity, the division between science, mysticism, and religiosity did not exist; these women acted as a vital bridge between human fragility and divine intervention, transforming physical suffering into a sacred and comforting rite.

Keywords: Women's history, colonial Goiás, popular health, healers.

Sumário

1.INTRODUÇÃO	9
2.A HISTÓRIA DAS MULHERES	13
3.A SAÚDE NO PERÍODO COLONIAL	25
3.1.A SAÚDE EM GOIÁS NO PERÍODO COLONIAL	35
3.2. BENZEDEIRAS, CURANDEIRAS E PARTEIRAS	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43

INTRODUÇÃO

Este trabalho é resultado de parte da pesquisa realizada na Graduação da PUC Goiás (Pontifícia Universidade Católica de Goiás) entre o período de 2025-2 e 2026-1. A presente monografia tem como objetivo central investigar as práticas de cura e o protagonismo feminino na medicina do Goiás colonial. Busca-se compreender o cotidiano e a saúde das mulheres nessa época, bem como os espaços que ocupavam diante da escassez de médicos diplomados. Dessa forma, a pesquisa evidencia o papel fundamental desempenhado por benzedeadas, curandeadas e parteiras no contexto da saúde colonial.

O estudo da saúde feminina no período colonial exige compreender o cotidiano de reclusão das mulheres, cenário agravado em Goiás pelas grandes distâncias geográficas e pela escassez de médicos formados. Diante disso, emerge o protagonismo feminino na medicina colonial, visto que as mulheres criavam dinâmicas próprias de cuidado no espaço doméstico. Este trabalho analisa as condições de vida desse público e demonstra como os saberes de parteiras e benzedeadas transformaram-se nos principais recursos de cura e sobrevivência locais. Essa abordagem é fundamental, pois a história tradicional priorizou a perspectiva masculina, gerando um apagamento histórico que silenciou a trajetória e a relevância das práticas de cura femininas.

A compreensão que temos hoje sobre o período colonial é incompleta, pois a história tradicional priorizou os relatos e o ponto de vista masculino. Esse apagamento histórico silenciou a trajetória das mulheres, dando a falsa impressão de que elas passavam o tempo todo passivas no lar. No entanto, ao analisar a realidade de Goiás colonial, percebe-se que as mulheres foram protagonistas fundamentais, especialmente na criação de redes de cuidado e cura domésticas, resistindo ao silêncio imposto pela época. Segundo a historiadora Mary Del Priore (1988), a dura realidade das mulheres no período colonial ficava distante dos ideais de pureza e passividade pregados pela igreja católica. Em vez de se manterem reclusas e submissas, as condições difíceis de sobrevivência exigiam que elas trabalhassem ativamente nas lavouras e no comércio de rua. Essa necessidade prática fazia com que as mulheres criassem seus próprios códigos de conduta. No contexto de Goiás, essa postura ativa e resiliente se refletia também na busca pela cura, onde elas assumiam o controle dos cuidados médicos familiares diante da falta de assistência oficial.

O cotidiano colonial dividia as mulheres entre o isolamento da elite e a luta pela vida nas camadas populares. Para as mulheres ricas, o casamento funcionava como um contrato de bens que exigia total submissão e repressão. Já as mulheres mais pobres, por necessitarem do trabalho, ficavam excluídas desse modelo e eram julgadas pela moralidade da época. No entanto, essa exclusão acabou gerando uma convivência feminina baseada no apoio mútuo e

na necessidade. Entender essa diferença é fundamental para mapear a saúde feminina em Goiás, pois eram justamente as mulheres trabalhadoras e marginalizadas que costumavam liderar os saberes de cura e os partos na região.

Investigar a realidade feminina no passado exige romper com séculos de esquecimento e invisibilidade. Conforme aponta a historiadora Michelle Perrot (1995) resgatar a trajetória das mulheres não se resume a listar acontecimentos, mas constitui um ato de justiça histórica que devolve a voz a quem foi colocada como mera coadjuvante na sociedade. Sob essa ótica, analisar as vivências e as práticas de cura das mulheres na Capitania de Goiás colonial funciona como uma forma de quebrar esse silêncio, transformando o apagamento histórico em conhecimento e valorização de suas reais experiências. Até o século XIX, os relatos históricos mantiveram o anonimato das mulheres que exerciam funções vitais na estrutura social diária, priorizando apenas narrativas de figuras fora do comum. Essa exclusão deliberada gerou uma visão distorcida sobre o verdadeiro papel feminino no passado. Investigar onde e como as mulheres se curavam no interior goiano colonial permite resgatar essa história plural e cotidiana, demonstrando que o cuidado com o corpo e com a vida comunitária dependia da agência de mulheres reais e trabalhadoras.

A inclusão do gênero como categoria de análise histórica, defendida por Scott (1995), permitiu explorar novos temas antes negligenciados, como as relações familiares e o papel das mulheres. A autora argumenta que a história feminina não deve ser tratada como um capítulo à parte ou isolado dos grandes acontecimentos. Dessa forma, investigar a saúde e as formas de cura das mulheres na capitania de Goiás enriquece a própria história geral da região, demonstrando que as estruturas políticas e econômicas da época estavam profundamente interligadas às divisões e hierarquias de gênero vigentes. O uso do termo “gênero” neutraliza barreiras acadêmicas ao incluir o público feminino como agente histórico sem necessariamente configurar uma ameaça ideológica imediata Scott (1995). Essa abordagem metodológica é crucial para o estudo da saúde na antiga colônia goiana, pois permite mapear de maneira neutra e científica como as divisões sociais afetavam o corpo feminino. A análise foca em compreender como as práticas terapêuticas domésticas ganharam força em uma sociedade onde o conhecimento oficial ignorava as necessidades das mulheres.

De acordo com as reflexões de Pedro (2011), o estudo sobre o universo feminino deve equilibrar a teoria de gênero com as vivências corporais concretas das mulheres, evitando análises puramente abstratas. Essa perspectiva é fundamental ao investigar a saúde na Capitania de Goiás colonial, pois o corpo feminino não apenas um fato biológico, mas o local onde se cruzavam a maternidade, os partos e as enfermidades sob um rígido controle social. Analisar a saúde da mulher sob essa ótica permite entender que suas dores e formas de

cura faziam parte de uma realidade física e histórica marcante, e não de um destino natural e inevitável.

No Brasil colonial, a busca pelo tratamento de enfermidades envolveu uma colcha de retalhos de diferentes saberes e práticas terapêuticas. Embora a Coroa Portuguesa tentasse centralizar a medicina oficial e fiscalizar cirurgiões e boticários para combater a atuação de pessoas sem formação acadêmica, a aplicação dessas leis esbarrava nas barreiras geográficas da colônia. Na província de Goiás, entre o final do século XVIII e o início do XIX, o isolamento e as distâncias forçavam as autoridades locais a flexibilizar as regras da metrópole. Nesse cenário de carência material e institucional, a tolerância e o improviso ganharam força, abrindo espaço para que o ambiente doméstico e os saberes tradicionais de cura frequentemente liderados por mulheres se tornassem os principais recursos de sobrevivência.

As benzedadeiras, curandeiras e as parteiras tradicionais representavam uma forma de resistência resiliente, atuando simultaneamente nas margens e no cerne das estruturas sociais existentes. Ao preservarem saberes ancestrais indígenas, africanos e populares, e ao manterem a autonomia sobre a saúde reprodutiva e espiritual, elas desafiavam o patriarcado e a posterior medicalização e criminalização de suas práticas. No entanto, sua atuação também preenchia lacunas críticas do estado em regiões isoladas, como a de Villa Boa, utilizando elementos do catolicismo popular e a coesão comunitária para legitimar seu poder e negociar com autoridades locais, o que demonstra que elas subvertiam as estruturas vigentes por dentro para garantir a liderança feminina e a sobrevivência de suas comunidades.

Sob a perspectiva da história e da saúde, este estudo justifica-se ao demonstrar que as práticas terapêuticas no Brasil colonial não se limitavam aos manuais de medicina da metrópole. Em Goiás, a saúde era construída no cotidiano por meio do improviso, de saberes e da oralidade. Compreender o manejo das doenças, dos partos e do cuidado com o corpo feminino na colônia ajuda a mapear as origens históricas da própria medicina popular que resiste até hoje no interior do estado. Trata-se de uma contribuição relevante para os campos da história e da saúde coletiva, ao evidenciar que o ambiente doméstico funcionou como o verdadeiro hospital da colônia.

O presente trabalho adota uma abordagem metodológica de natureza qualitativa, desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e análise historiográfica de cunho crítico. A metodologia consiste no cruzamento de duas matrizes teóricas essenciais para responder ao problema de pesquisa. A primeira fundamenta-se nos estudos de gênero e na história das mulheres, utilizando o referencial teórico de Scott (1995) e Pedro (2011) para compreender o gênero como uma categoria analítica e política, além das contribuições de Michelle Perrot (1995) e Mary Del Priore (1988) para romper com o silenciamento histórico

e mapear o cotidiano feminino colonial. A segunda e na historiografia regional da saúde, Age (2014) e Nascimento (2014) sobre o trabalho das benzedeiras, para contextualizar a realidade material, o isolamento geográfico e as práticas institucionais e informais de cura na Província de Goiás. Dessa forma, a literatura selecionada será analisada de forma integrada, permitindo interpretar como as relações de poder e os saberes tradicionais moldaram as experiências de saúde das mulheres goianas no período estudado.

Para alcançar os objetivos propostos, a presente monografia está dividida em dois capítulos. O primeiro aborda a história das mulheres e o lugar que o gênero feminino ocupou nas narrativas históricas ao longo do tempo, discutindo os processos de silenciamento e as teorias de gênero. Já o segundo capítulo dedica-se a analisar a realidade da saúde na Capitania de Goiás durante o período colonial, destacando o trabalho e o protagonismo essencial exercido por benzedeiras, parteiras e curandeiras no cuidado com o corpo e na manutenção da vida daquela sociedade.

CAPÍTULO 1: HISTÓRIA DAS MULHERES

O lugar das mulheres na história evoluiu de uma posição de reclusão doméstica e submissão legal para um protagonismo crescente em toda as esferas da sociedade. Historicamente, as mulheres foram excluídas de direitos políticos e sociais, vivendo sob a autoridade masculina e com acesso restrito à educação. Durante séculos, as sociedades estruturaram-se sob sistemas patriarcais que limitavam a atuação feminina às funções de reprodutora e cuidadora do lar. No período colonial, esse cenário de submissão era ainda mais rígido. A vida da mulher livre era quase inteiramente restrita ao ambiente doméstico e aos ensinamentos religiosos. O casamento não era uma escolha pessoal, mas um contrato de aliança entre famílias, onde a mulher passava da autoridade do pai diretamente para a do marido. Cabia a ela apenas a gestão da casa e a criação dos filhos, vivendo em um isolamento social que reforçava o sistema patriarcal da época.

A historiadora brasileira Mary Del Priore no seu livro ela relata que a mulher no período colonial tinha um aparecimento sob holofotes de preconceitos. Ser mulher na colônia significava viver sobre uma constante vigilância, elas não tinham voz própria e eram julgadas por uma sociedade que as via apenas como extensões da vontade dos homens, sendo cercadas por preconceitos que limitavam sua liberdade ao ambiente doméstico.

“É Preciso não esquecer que, por muitos anos séculos a história foi contada, e, portanto, interpretada, pelo imaginário masculino. Soma-se a isso o fato de as mulheres constituírem um segmento cujo passado histórico é bastante desconhecido.” (Priore M. D., 1988; p85)

Ao analisarmos esse pensamento da historiadora, fica claro que o que conhecemos como “História” é na verdade, uma narrativa incompleta, pois foi filtrada pelo olhar masculino exclusivamente, somente os homens tinha-se vez e voz naquela época, as mulheres eram totalmente silenciadas, e esse silenciamento faz com que o papel das mulheres pareça inexistente, quando, na verdade foi omitido. Esse vazio deixado pela narrativa tradicional não apenas apaga as trajetórias individuais, mas também limita nossa compreensão sobre como as mulheres foram fundamentais na construção da sociedade. Ao resgatarmos essas vozes, deixamos de vê-las apenas como figuras secundárias e passamos a compreendê-las como agentes ativas de sua própria história. É revisitando esse passado que tomamos conhecimento da história das mulheres, que foram apagadas da historiografia.

Além do sistema patriarcal, a igreja atuou como principal guardião da moralidade, exercendo um controle rigoroso sobre os corpos e comportamentos

femininos sob o pretexto de preservar a honra e a fé. Através da confissão, que era uma poderosa forma de controle, muitos sermões que os padres pregavam vinham dessas confissões, onde à igreja usava disso para controlar os corpos e as almas femininas (PRIORE, 1988, p.85). Neste sentido, a confissão deixa de ser apenas um ato de fé para se tornar um mecanismo de vigilância. Ao entrar no íntimo da vida feminina, conseguiam descobrir comportamentos desviantes e usar o medo da condenação eterna para moldar a conduta social.

De acordo com a historiadora Mary Del Priore, as mulheres coloniais seriam mais filhas de Eva do que de Maria, pois, “mergulhadas nas asperezas do trabalho doméstico, ou nos ofícios de rua e da lavoura, acabam por elaborar, mesmo quando rascunhos de modelos eruditos, regras e éticas próprias” (PRIORE, 1999, p.85). A autora argumenta que a vida difícil das mulheres na colônia as afastava do ideal religioso de perfeição. Como precisavam trabalhar, seja em casa, na roça ou no comércio de rua, elas acabavam criando suas próprias normas de conduta, adaptando os valores da época à sua dura realidade de sobrevivência. Portanto, o que (Priore M. D., *A Mulher Na História Do Brasil*, 1988) destaca é o abismo existente entre o papel social esperado a submissão e o silêncio, e o papel real que a economia colonial exigia dessas mulheres. Nas ruas e nas roças, elas não podiam ser apenas figuras contemplativas; precisavam ser agentes ativas, o que acabava por humanizá-las e afastá-las da idealização de santas. Esse cenário revela as raízes de uma identidade feminina pautada na resiliência. Longe de serem cópias imperfeitas de um modelo europeu, essas brasileiras moldaram um modo de vida original, onde a fé e o trabalho se misturavam em uma ética pragmática, necessária para enfrentar os desafios de um território em construção.

O sagrado matrimônio, era reservado às mulheres brancas de elite funcionava mais como um contrato de manutenção de heranças e linhagens do que um rito de amor. Isso criava uma divisão clara na sociedade: de um lado, a ‘esposa legítima’ protegida pelos costumes; de outro, as mulheres que precisavam trabalhar para sobreviver e cujas relações eram frequentemente vistas como pecaminosas ou ilegais. E isso mostra que a moralidade colonial era seletiva. Enquanto a elite vivia sob o rigor das aparências, o restante da população feminina construía uma ética baseada na necessidade, onde o afeto e a convivência valiam mais do que qualquer papel assinado pela igreja ou pelo estado. Nesse cenário de vigilância, a moralidade da época buscava domesticar o que se chamava de “excessos da carne”. No texto (Priore M. D., *A Mulher na História do Brasil*, 1988) o ideal de pureza de pureza funcionava como um verdadeiro cinto de castidade invisível, uma pressão psicológica e social imposta para garantir que a sexualidade feminina servisse apenas aos interesses da família e da religião. Essa repressão sistemática forçava as mulheres a viverem em uma dualidade, onde a verdadeira essência feminina era escondida sob uma camada de obediência necessária para a aceitação social.

A história das mulheres é marcada por submissão, silenciamento, o papel delas era apenas ser mãe, cuidar do lar e ser submissa aos homens seja eles pai ou marido. Com isso à historiadora francesa Michelle Perrot (Perrot, Escrever uma História das Mulheres : relato de uma experiência , 1995) ela diz que “Escrever uma história das mulheres é um empreendimento relativamente novo e revelador de uma profunda transformação.” Com isso, a autora nos mostra que olhar para o passado das mulheres não é apenas listar fatos, mas romper um silêncio imposto por séculos. Ao dizer que escrever essa história é uma ‘profunda transformação’, ela destaca que estamos finalmente dando voz a quem sempre foi relegada ao papel de coadjuvante no lar. Portanto, é um ato de justiça histórica. O pensamento de (PERROT, 1995) reforça que a identidade feminina foi construída sob a ótica da submissão ao homem (pai ou marido). Quando ela classifica a escrita da história das mulheres como um “empreendimento novo”, ela nos convida a entender que estamos em pleno processo de redescobrir nossa própria trajetória, transformando a dor do silenciamento em conhecimento e libertação.

Neste sentido, o diálogo com a historiadora francesa nos permite compreender que a saída do silêncio não é apenas um registro acadêmico, mas um ato político. Ao ocuparmos espaços de fala e de poder que antes nos eram vedados, estamos materializando a ‘profunda transformação’ que a autora descreve. Portanto, escrever a nossa história hoje é, acima de tudo, garantir que o silenciamento do passado não dite as fronteiras do nosso futuro. Dessa forma, o pensamento da autora nos convida a olhar para dentro e questionar quais vozes ainda guardamos caladas. Escrever sobre nós mulheres é validar os desejos e vivências, retirando a mulher do papel de objeto de estudo dos homens e colocá-la como a verdadeira protagonista e narradora da sua própria existência.

De acordo com (PERROT,1988, p.13) até o século XIX, fazia-se pouca questão das mulheres na historiografia, “As que aparecem nos relatos dos cronistas são quase sempre excepcionais por sua beleza, virtude, heroísmo....” (PERROT,1988, p.13) Ao analisar o pensamento da autora, percebemos que a história tradicional silenciou às mulheres. Durante séculos, elas só eram consideradas dignas de registro quando possuíam atributos extraordinários. Isso significa que a vida da mulher comum aquela que trabalhava, cuidava da família e construía a sociedade no dia a dia foi deixada de fora dos livros oficiais, como se sua existência normalmente não tivesse valor histórico. Ao destacar apenas as mulheres ‘excepcionais’, os relatos antigos ignoravam a estrutura social que mantinha o anonimato feminino. Hoje, o desafio é justamente oposto; resgatar a história das mulheres em sua pluralidade, indo além da beleza ou do heroísmo para entender seu papel fundamental em todas as esferas da vida humana.

“...à concepção de que as mulheres têm uma história e não são apenas destinadas apenas à reprodução, que elas são agentes históricos e possuem sua historicidade relativa às ações cotidianas, uma historicidade das relações entre os sexos. Escrever tal história significa levá-la a sério, querer superar o espinhoso problema das fontes “Não se sabe nada das mulheres” ... (Perrot, Escrever uma História das Mulheres : relato de uma experiência , 1995)

A autora toca em um ponto crucial, o silenciamento histórico. Muitas das vezes, diz-se que ‘não se sabe nada das mulheres’ porque os registros oficiais as ignoraram. Concordo com (PERROT,1995) quando ela diz que escrever história é um desafio espinhoso, pois exige que o historiador procure vestígios de existência onde antes só se via vazio, transformando o cotidiano em um objeto de estudo sério. E a autora nos faz questionar a visão limitada de que a mulher pertence apenas ao campo da natureza e da família. Ela argumenta que as mulheres possuem uma historicidade própria. Isso significa que suas vidas são atravessadas pelo tempo e pelas mudanças sociais tanto quanto as dos homens, e que ignorar essas participações é contar apenas metade da história.

Dessa forma, torna-se evidente que ao reconhecer a historicidade própria das mulheres, nós as retiramos do papel passivo de ‘mães’ ou ‘esposas’ para enxergá-las como sujeito que interferiam na política, na economia e na cultura. A historiadora francesa nos provoca a ver que as transformações sociais não aconteceram apenas em palácios, mas também nas cozinhas, nas fábricas e nas ruas, onde a resistência mesmo que discreta, foi um motor de mudança constante. Portanto, o grande desafio proposto pela autora é aprender a ouvir esses silêncios. Ao darmos importância aos espaços domésticos e ao trabalho cotidiano, percebemos que as mulheres nunca estiveram ‘fora’ da história, elas apenas foram narradas a partir de uma ótica que as diminuía. Mudar essa perspectiva significa admitir que a participação feminina foi, e continua sendo, um pilar fundamental para qualquer transformação política ou cultural.

Segundo a perspectiva de (PERROT,1995), a historiografia tradicional falhou ao enxergar a mulher apenas através de sua função biológica ou doméstica. Em seu relato de experiência, ela propõe que as mulheres sejam reconhecidas como sujeitos políticos e sociais, cujas trajetórias possuem uma importância central na construção das estruturas da sociedade, para além dos eventos militares ou diplomáticos. Dialogando com o texto, percebemos que escrever sobre mulheres é, necessariamente, falar sobre poder. (PERROT,1995) nos faz entender como a sociedade se organizou para manter as mulheres na esfera privada, enquanto os homens dominavam a esfera pública, e como essa divisão moldou tudo o que sabemos sobre o passado. Nesse sentido precisamos

entender que o ‘vazio’ de informações sobre as mulheres nos arquivos é, na verdade, uma evidência de como o poder operava para invisibilizá-las. Para continuar esse diálogo, é preciso que o historiador mude sua pergunta ao passado, em vez de buscar apenas por grandes nomes femininos que se destacaram em campos masculinos, deve-se buscar a experiência feminina em sua pluralidade. É nessa busca que descobrimos que a história das mulheres não é um capítulo à parte, mas uma lente necessária para enxergarmos a sociedade como um todo.

Como sugere o parágrafo anterior, enxergar a sociedade como um todo exige uma lente específica. Para (Scott, 1986) essa lente é o gênero. Ela argumenta que o gênero não é apenas sobre o sexo biológico, mas uma forma de dar sentido às relações de poder. Ao introduzirmos essa categoria, deixamos de apenas ‘adicionar’ mulheres à história e passamos a questionar como as hierarquias sociais foram construídas desde a raiz. Isso significa que analisar a história através da lente de gênero não é apenas contar a trajetória das mulheres, mas sim entender como as noções de “feminino” e “masculino” foram usadas para justificar desigualdades e organizar a vida em sociedade. Ao olhar para o passado dessa forma, percebemos que as divisões de trabalho, direitos e espaços de fala não são ‘naturais’, mas sim construções políticas que moldam profundamente a nossa identidade e as nossas oportunidades até hoje.

“Esses usos descritivos do termo “gênero” foram empregados pelos historiadores, na maioria dos casos, para delimitar um novo terreno. À medida que os historiadores sociais se voltavam para novos objetos de estudo, o gênero tornava relevante temas tais como mulheres, crianças, famílias e ideologias de gênero. Em outras palavras, esse uso de “gênero” refere-se apenas aquelas áreas, tanto estruturais quanto ideológicas, que envolvem as relações entre os sexos”. (SCOTT, 1995, p.76)

Segundo a autora, a adoção da categoria de gênero permitiu que historiadores explorassem novos “terrenos” antes pouco visitados. Isso significa que temas sociais, como o papel das mulheres e as relações familiares, deixaram de ser secundários e passaram a ser analisados através das estruturas que definem as interações entre os sexos. Em vez de olhar para homens e mulheres de forma isolada, a proposta é analisar como a sociedade constrói as diferenças entre eles. De acordo com o texto, (SCOTT, 1995) usar o “gênero” como categoria permite investigar como essas interações criam sistemas de poder que definem o que cada um pode ou não fazer em determinado contexto histórico. O que a autora destaca é uma expansão do campo da história. Ao adotar o gênero como uma análise, o historiador deixa de olhar apenas para grandes eventos institucionais e passa a explorar novos assuntos. Isso significa reconhecer que a dinâmica entre os sexos não é apenas biológica, mas sim uma construção social que influencia todas as outras áreas da vida humana.

Portanto, a grande contribuição dessa análise é que ela não isola as mulheres em um capítulo separado da história. Pelo contrário, ela mostra que é impossível entender os grandes eventos, como guerras, revoluções ou tratados econômicos, sem considerar como os sujeitos que participaram desses momentos. Além disso, essa perspectiva nos permite olhar para além dos documentos oficiais e enxergar a resistência no dia a dia. Ao entender que o gênero é uma construção social, percebemos que as pessoas do passado não apenas aceitavam as regras, mas também as negociavam e desafiavam. Assim, a história se torna muito mais rica quando incluímos as experiências subjetivas e as relações pessoais como parte fundamental da trajetória humana. Dessa forma, o desafio para o historiador hoje é integrar essa categoria de análise de maneira natural em suas pesquisas. Não se trata de criar uma ‘história das mulheres’ à parte, mas de reescrever a história geral reconhecendo que as relações de gênero estão presentes em todos os lugares, na organização do trabalho, nas leis e até mesmo na forma como o conhecimento científico foi produzido durante os séculos.

“...O termo ‘gênero’ não implica necessariamente uma tomada de posição sobre a desigualdade ou o poder, nem tampouco designa a parte lesada (até hoje invisível). Enquanto o termo “história das mulheres” proclama sua posição política ao afirmar que as mulheres são sujeitos históricos válidos, o termo “gênero” inclui as mulheres sem lhes nomear, e parece, assim, não constituir uma forte ameaça”. (SCOTT, 1995, p. 75).

A historiadora norte-americana, argumenta que existe uma diferença de peso entre os termos. Para ela, a ‘história das mulheres’ é uma afirmação política clara de que as mulheres são sujeitas da história. Já o conceito de “gênero” aparece como uma categoria analítica que, por não nomear diretamente as mulheres, acaba sendo mais aceita no meio acadêmico tradicional. Dessa forma, o gênero consegue investigar as relações sociais sem carregar o estigma de ‘ameaça’ que o movimento feminista muitas vezes desperta. Isso não significa que o feminismo tenha sido deixado de lado, mas sim que ele se transformou em uma ferramenta teórica mais sofisticada. (SCOTT, 1995, p.75) entende que, ao usar o “gênero”, o feminismo consegue entrar em espaços onde antes era barrado, questionando as estruturas de poder de uma maneira que a academia tradicional não pode simplesmente ignorar como se fosse apenas uma opinião política. O feminismo ganha força quando deixa de falar apenas de ser mulher e passa a denunciar como a sociedade cria essas definições. Ao dialogar com o conceito de gênero, o movimento mostra que a desigualdade não é algo natural ou biológico, mas uma construção histórica.

Nesse sentido, a proposta de (SCOTT,1995) é que a gente pare de olhar para a história como se ela fosse neutra. Ao colocar o gênero no centro da

análise, percebemos que grandes eventos sempre dependeram de ideias sobre o masculino e o feminino. Assim, o feminismo deixa de ser um assunto à parte e passa a ser essencial para entendermos como o mundo todo funciona. No fim das contas, o gênero é a ferramenta que o feminismo usa para tirar o disfarce de neutralidade e das injustiças sociais. Dessa maneira, a autora nos convida a ser investigadores mais atentos. Não basta mais aceitar os fatos como eles aparecem, é preciso perguntar como as noções de homem e mulher foram usadas para moldar aquela realidade. No fim, tratar o gênero como uma categoria de análise é admitir que a história nunca é neutra, e que o olhar feminista é o que nos permite enxergar o que estava escondido sob a aparência de normalidade.

Dialogando com essa mesma ideia de gênero, a contribuição da historiadora Joana Maria Pedro é fundamental por tratar o gênero como uma categoria transversal. Isso quer dizer que não basta apenas incluir as mulheres na história; é preciso entender como as identidades masculinas e femininas moldaram as relações sociais de forma profunda. Em seus estudos, ela mostra que entender o papel de homens e mulheres é fundamental para uma historiografia contemporânea mais completa. Assim, o gênero funciona como uma categoria que atravessa diferentes áreas do conhecimento, trazendo à tona sujeitos e vozes que antes eram ignorados pelos historiadores tradicionais. Portanto, o trabalho de (Pedro) nos convida a reescrever o passado sob uma nova ótica, onde as mulheres e outros grupos marginalizados deixam de ser apenas figurantes. Ao integrar o gênero como um eixo central, a historiografia contemporânea consegue captar as nuances das experiências humanas, mostrando que a vida cotidiana e as relações íntimas são tão importantes para entender o mundo quanto os grandes eventos políticos ou econômicos. Adotar essa categoria transversal exige que o pesquisador vá além da superfície e busque pistas dessas relações em documentos que eram vistos como sem importância. O resultado é uma narrativa histórica muito mais rica e honesta, que não apenas soma as mulheres à história, mas transforma completamente a maneira como compreendemos o desenvolvimento das sociedades ao longo do tempo.

...” A categoria de análise “gênero” passa, portanto, por intenso bombardeio, e não só por ser acusada de ser útil à dominação. É também considerada desmobilizante para o feminismo. O que se reivindica é a retomada da categoria “mulher”, mas não na perspectiva anterior, universal e determinada pela biologia”. (Pedro, 2011, p.275)

Ao analisarmos o pensamento de (PEDRO, 2011), percebemos que o desafio do feminismo é evitar dois extremos: o biológico, que limita a mulher ao seu corpo, e a abstração excessiva, que ao focar apenas em gênero, pode acabar apagando as vivências concretas das mulheres. A autora sugere que retomar a categoria “mulher” é um ato de resistência política. Não se trata de uma volta ao passado, mas de reafirmar que existe um sujeito político que sofre opressões específicas. Assim, o diálogo proposto nos convida a pensar a mulher não como um conceito fechado pela biologia, mas como uma identidade coletiva e plural, construída na história e nas relações de poder. Dessa forma, ao romper com o determinismo biológico, o texto nos provoca a questionar os papéis impostos socialmente. Se ser mulher não é um destino apenas biológico, mas uma posição política e social, as barreiras que limitam as mulheres podem ser desconstruídas. Essa perspectiva é fundamental para desnaturalizar preconceitos e mostrar que as desigualdades de poder não são normais ou naturais, mas sim resultados de um processo histórico que pode e deve ser transformado.

Portanto, ao entendermos que a desigualdade é um produto da história, ganhamos a ferramenta necessária para a mudança. Isso significa que as estruturas que hoje limitam a autonomia das mulheres não são permanentes; elas foram criadas por escolhas e relações de poder passadas e, por isso, podem ser ativamente transformadas por meio de novas políticas, educação e consciência coletiva. Por fim, a perspectiva de Pedro (2011) nos retira de uma posição de passividade. Se as barreiras são sociais e históricas, a solução também deve ser política. Reconhecer que o cenário é fruto de um processo humano nos dá a responsabilidade e o poder de intervir na realidade para construir um futuro em que a igualdade seja o novo fundamento das relações sociais.

Em suma, a proposta de (PEDRO, 2011) reforça que as relações de gênero não devem ser estudadas apenas como um anexo da história, mas como um elemento que define todas as relações humanas. Ao tratar o gênero como transversal, a autora nos convida a reescrever o passado, mostrando que a desigualdade não é um fato natural, mas uma construção que não pode ser questionada e, finalmente, superada. Ao perceber que as barreiras impostas às mulheres foram criadas historicamente, entendemos que temos o poder de intervir no presente. A conclusão da autora é um chamado à ação: se a desigualdade foi construída socialmente, ela também pode ser desfeita por meio de novas práticas e políticas de igualdade. Dessa forma, desconstruir essa herança histórica torna-se um passo essencial, afinal, se as estruturas de opressão foram erguidas por mãos humanas, cabe a nós projetar novas bases pautadas na justiça e na equidade. Assim, a mudança deixa de ser uma possibilidade distante para se tornar um compromisso urgente com as futuras gerações.

O trabalho das historiadoras como Priore (1988), Perrot (1995), Scott (1986) e Pedro (2011) é fundamental porque elas ajudaram a tirar as mulheres da sombra. Elas mostram que as diferenças entre homens e mulheres foram criadas pela sociedade para ditar quem manda e quem obedece, ao resgatarem essas histórias que ninguém contava antes, elas provam que as mulheres sempre lutaram e foram donas de sua própria vida, mesmo quando o mundo tentava dizer o contrário. Entender o passado através do olhar delas nos dá força para continuar estudando e lutando e assim mudar o olhar sobre as mulheres. Tudo isso nos mostra que a história das mulheres não é uma coisa parada no tempo, mas algo que continua sendo construído todo dia. Quando entendemos a sociedade passada fica mais fácil de perceber que também podemos ter novas formas de viver, só que com mais liberdade e respeito. Estudar essas autoras não é só sobre ler sobre como era no passado, é sobre estudar, e compreender que não precisamos deixar mais nenhuma mulher nas sombras, e sim contar a história de todas elas.

Ao olhar para a história das mulheres vamos notar que a resistência sempre existiu, mesmo sob o peso das estruturas rígidas. E ver que, durante séculos as contribuições femininas foram apagadas, como se a história fosse escrita de uma maneira única, somente com o olhar masculino. Reconhecer esse silenciamento não é apenas um exercício de memória, mas um ato de justiça, ao trazer à luz as vozes que foram abafadas, começamos a derrubar pilares daquela opressão que existia, permitindo que a equidade floresça não como um privilégio, mas como um alicerce da nossa sociedade. Com o tempo, as mulheres foram conquistando espaços que antes eram proibidos, como as faculdades e o mercado de trabalho. Isso mostra que, quando as mulheres têm as mesmas oportunidades, elas provam que são tão capazes quanto qualquer outra pessoa. Elas quebram esse rótulo que só porque são mulheres elas não conseguem, e isso mostra que é sobre ter o direito de escolher o próprio caminho e ser dona da própria história.

Ao olharmos para o Brasil, vemos que as mulheres ficaram realmente nas sombras, e por muito tempo, as mulheres daqui foram ensinadas que seu lugar era apenas dentro de casa, mas elas sempre fizeram muito mais do que isso. Desde as mulheres que trabalhavam no campo, até aquelas que cuidava de seus lares, lutaram para que pudessem entrar em uma sala de aula ou votar, todas elas foram mudando a sociedade aos poucos. E falar sobre a história das mulheres no Brasil é reconhecer que, mesmo com tantas dificuldades, elas nunca pararam de buscar seu espaço. Hoje, quando estudamos e conhecemos essas trajetórias, percebemos que a força feminina vem de longe. Entendemos, que não é somente entender o passado, é sobre entender que se nós mulheres temos muitos direitos atualmente, foi conquistado com muito esforço e com muita luta por mulheres que estavam cansadas de viver em uma sociedade totalmente patriarcal. E viver nessa sociedade patriarcal significava que, por muito tempo,

as regras foram feitas por homens e para homens, deixando de lado às mulheres. Entender como esse sistema funciona nos ajuda a perceber que o machismo não é normal, é algo que foi construído. Por isso, que estudar a história das mulheres é como ter uma lanterna para iluminar o que tentaram esconder. Quando entendemos que cada direito conquistado como o de trabalhar e de estudar, foi uma vitória contra esse sistema patriarcal. No fim das contas, nos mostra que, por mais que a sociedade tenha sido montada de um jeito desigual por muito tempo, ela não é permanente. O desejo de viver com liberdade e respeito foi muito mais forte do que qualquer estrutura velha que sempre tentou nos diminuir.

O historiador Brasileiro (Lunz, Mulher e História: da invisibilidade à sujeito de análise, 2018) diz, “A figura feminina foi construída como um modelo de submissão e impotência, sendo tratada como um objeto que deveria atuar no campus do privado.” Esse trecho, entendemos o porquê foi tão difícil para as mulheres começarem a ocupar seus espaços. A sociedade treinou todos para verem a mulher como alguém submissa e sem força, quebrar esse ciclo não foi uma tarefa fácil. O autor mostra que tratar a mulher apenas como alguém que cuida da casa era uma forma de tirar a importância e deixá-las escondidas da história, como se não fizesse parte do mundo. Portanto, a ocupação dos espaços públicos e a entrada no mercado de trabalho não foram apenas mudanças de rotina, mais sim atos políticos de resistência. Ao sair do campo privado, a mulher desafia a importância mencionada por (LUNZ,2018) essa mudança exige que a sociedade renegocie papéis, entendendo que a competência feminina não se limita ao lar, mas se estende a todas as esferas da tomada de decisão e da produção de conhecimento.

Em última análise, o que se pode observar é o fim de uma era de invisibilidade. Ao assumir o controle de sua própria narrativa, a mulher deixa de ser um objeto de estudo passivo para se tornar a protagonista das transformações da sociedade. E a transição da mulher da vida privada e reclusa para o público não é apenas uma mudança de endereço, mas uma quebra de paradigmas. Conclui-se, então que reconhecer a mulher como um sujeito ativo na história é fundamental para desconstruir a ideia sobre as mulheres que eram vistas apenas como coadjuvantes e que, por muito tempo tentaram limitar o potencial feminino a funções domésticas. Essa mudança demonstra que a competência feminina foi além dos limites do lar, ocupando definitivamente o espaço que sempre lhe coube por direito, o de protagonista da sua história.

Entender a história das mulheres, é entender também sobre o sistema patriarcal. Esse sistema que não nasceu do nada, ele foi construído para que o homem fosse o centro de tudo; do governo, do dinheiro e, do comando dentro de casa. Na prática, isso significava que a mulher não era dona de si. As mulheres desde cedo aprendia que seu valor estava ligado ao quanto ela era obediente ao pai e, depois, ao marido. O patriarcado criou uma barreira invisível

que dizia que as decisões e o trabalho pertenciam ao homem, enquanto de serem obedientes, e cuidar do lar era o único lugar para as mulheres. Nesse cenário, a igreja teve um papel importante como uma ferramenta de controle. Não era apenas uma questão de fé, mas uma pressão social e moral. Durante séculos, as instituições religiosas usaram discursos para reforçar que a mulher era submissa. Usavam a bíblia para dizer que a mulher era a culpada pelo pecado e que, por isso, deveria carregar o fardo do silêncio e da castidade. Essa aliança entre o patriarcado e a religião criou uma vigilância constante sobre o corpo feminino. Se a mulher tentasse estudar, trabalhar fora ou simplesmente não quisesse se casar, era vista como uma ameaça à ordem divina. Muitas vezes, o comportamento feminino era controlado pelo medo; o medo do inferno, o medo do isolamento da comunidade, a violência na época era vista como um corretivo àquelas que não seguiam essas regras. Era como se a mulher estivesse presa em uma gaiola de regras onde o padre ditava a moral, o médico ditava a saúde e o marido ditava a vida cotidiana, sem espaço para uma identidade própria.

Essa pressão não era apenas teórica, ela acontecia nos mínimos detalhes do dia a dia. A igreja e o sistema patriarcal ditavam desde a roupa que a mulher podia usar até com quem podia conversar. O acesso ao conhecimento era negado porque pensava-se que uma mulher que possuía conhecimento era difícil de controlar. Muitas mulheres usavam a própria religiosidade para criar redes de apoio, ou se tornavam freiras para poderem estudar e escapar e casamentos forçados, mostrando que a vontade de serem livres era maior.

Essa vontade de serem livres também passava pelo controle do próprio corpo, algo que a igreja vigiava por perto. Se por um lado a religião dizia que o corpo feminino era pecaminoso, por outro lado, o patriarcado o tratava apenas como uma ferramenta de ter filhos e cuidar da casa. Mas, mesmo sob essa vigilância pesada, existiam mulheres que guardavam os segredos das ervas, dos ciclos naturais e dos cuidados com a saúde. Era conhecimentos passados de mãe para filha que o sistema não conseguia apagar totalmente. Essas mulheres, muitas das vezes chamadas de bruxas. Essa perseguição às essas mulheres, com esses saberes foi uma das estratégias do sistema patriarcal para manter todas as outras mulheres sob controle, uma questão de poder e silenciamento. Qualquer mulher que demonstrasse independência, que tivesse conhecimentos profundos sobre cura natural ou que se recusasse a ser submissa, era vista como uma 'ameaça' à ordem da igreja e dos homens. Essa tática serviu para mostrar que, para o patriarcado e para a igreja, uma mulher dona de si era muito mais perigosa do que qualquer feitiçaria. O objetivo final não era salvar almas, mas sim garantir que nenhuma mulher saísse do controle masculino.

Por fim, percebemos que o medo foi a principal arma usada para nos manter caladas por tanto tempo, transformando a busca por liberdade em algo pecaminoso. Essa perseguição não serviu apenas para punir algumas mulheres,

mas para deixar um trauma em todas as outras, fazendo com que a obediência parecesse o único caminho seguro para sobreviver. Entender essa parte da história, nos mostra que a vontade de ser dona da própria vida nunca foi um erro ou um pecado, o que era considerado pela igreja na época, mas uma resistência contra um sistema que sempre impôs regras.

Dessa forma, fica nítido que a caminhada das mulheres foi bastante difícil, onde cada pequena conquista de liberdade era combatida pelo sistema dos homens e pelas regras religiosas. fica claro, que o controle sobre as mulheres foi uma imposição, onde a regra para as mulheres era para serem apenas submissas. Entender essas raízes é fundamental porque nos mostrar que o silêncio e a obediência que eram exigidos não eram algo natural, mas sim uma estratégia para mantê-las longe do poder e do conhecimento. Ao perceber como era essas ferramentas de controle, começamos a desconstruir os preconceitos que ainda tentam atingir atualmente. Por fim, a nossa história não é feita apenas de opressão, mas principalmente de uma resistência que nunca desistiu de buscar o seu próprio espaço. Superar esses obstáculos hoje significa entender que a liberdade que temos hoje, não é um favor, mas um direito que foi negado por muito tempo. Por isso, continuar desconstruindo essas ideias antigas é o caminho para que a gente possa, finalmente escrever um futuro sem as amarras de um sistema que sempre tentou nos silenciar.

Capítulo 2: A SAÚDE NO PERÍODO COLONIAL

A história das práticas de cura no Brasil não foi linear, ela se construiu em meio às colaborações entre diferentes tipos de conhecimento que buscavam um objetivo comum: tratar o corpo enfermo. É nesse cenário, que o presente estudo se insere, focando especificamente na Província de Goiás entre o final do século XVIII e o início do XIX. Mais do que apenas listar tratamentos, a análise busca compreender quem eram esses agentes de cura, e como se manifestavam diante das precariedades da época.

No Período colonial, as políticas de saúde impostas por Portugal buscavam centralizar o controle sobre as profissões médicas, como cirurgiões e boticários, visando elevar o padrão dos atendimentos e combater práticas ilegais por pessoas sem formação. Além do cuidado técnico, havia uma preocupação financeira em evitar gastos desnecessários para a coroa. No entanto, a aplicação dessas leis no Brasil enfrentava grandes desafios: as dificuldades geográficas e sociais da colônia impediam que as normas rígidas da metrópole fossem seguidas à risca. Isso forçava as autoridades a adotarem uma postura mais flexível, adaptando a legislação à realidade brasileira por meio da tolerância e do improviso.

Em Vila Boa de Goiás, durante o ano de 1746, ficou evidente como era complicado fazer valer as leis vindas de Portugal. Um exemplo disso foi quando dois médicos formados pediram ao ouvidor-geral que punisse cirurgiões e “curiosos” (pessoas sem diplomas) que estavam trabalhando ilegalmente. (AGE, 2014p. 34-260). Ao analisar as políticas de saúde portuguesas, percebe-se que a única regra que realmente funcionava no Brasil era a punição para quem trabalhava sem licença. Outras normas, como a proibição de médicos venderem remédios (tarefa exclusiva dos boticários) ou o controle rígido dos preços dos medicamentos, eram constantemente desrespeitadas. Na prática, existia um reconhecimento do valor dos cirurgiões e “curiosos”, esses curiosos na saúde eram indivíduos sem formação oficial (não eram médicos ou físicos) que exerciam práticas de cura baseadas na experiência prática, na observação e em tradições populares. E eram vistos como capazes de tratar qualquer doença, independentemente das leis. Esse cenário de descumprimento das ordens do Reino não acontecia apenas em Goiás, mas era uma realidade comum em todas as regiões do Brasil Colonial.

Ao analisar os *Regimentos dos Ofícios de Saúde do Reino*, (RIBEIRO, 1997) destaca que a prioridade de Portugal era a fiscalização rigorosa, e não a eliminação das práticas de cura. A estratégia estatal baseava-se em monitorar todos os profissionais da área através de mecanismos de punição, como investigações e sentenças judiciais. Contudo, a autora ressalta que essa

tentativa de impor a ordem por meio do medo e da repressão frequentemente falhava em atingir seus objetivos práticos.

O papel de D. Manuel I, percebe-se como o regimento do físico mor (1515) foi crucial para a profissionalização da saúde de Portugal, ponto da autora, (AGE, 2014 p. 36-260) fundamenta ao descrever a organização das atividades de médicos, cirurgiões e boticários(eram os antecessores dos atuais farmacêutico, eram profissionais responsáveis pela manipulação, preparo e venda de medicamentos e produtos medicinais naturais nas antigas boticas) É interessante notar, que a legislação estabelecia uma clara hierarquia de confiança; enquanto os formados em universidades nacionais gozavam de autonomia, aqueles com diplomas estrangeiros enfrentavam um rigoroso processo de revalidação. Essa exigência de exames perante o Físico-Mor, como pontua a autora (AGE, 2014) revela uma estratégia perspicaz de controle estatal, permitindo à Coroa monitorar a prática médica e a influência de estrangeiros no reino.

¹A organização da saúde no período manuelino foi sustentada por cartas régias que conferiam amplos poderes aos Físicos e cirurgiões-mores. Conforme indica a autora (MENDONÇA, 2004. p. 221-241) esses oficiais não apenas exerciam a medicina, mas atuavam como agentes do Estado com a atribuição de examinar e fiscalizar a formação de outros profissionais da área. Essa estrutura de vigilância foi consolidada para garantir que o exercício da arte médica em Portugal estivesse sob o controle direto da Coroa, assegurando a competência técnica por meio de um rigoroso sistema de licenciamento. No reinado de D. Manuel I, houve um esforço para organizar as leis sobre a medicina de Portugal. Como aponta a autora, a criação do Regimento do Físico-Mor em 1521 não foi apenas uma atualização, mas uma ampliação necessária. Esse documento trouxe uma sistematização que não existia anteriormente, servindo como a base jurídica para o funcionamento da saúde no reino.

A estrutura administrativa, conhecida como Fiscatura, era liberada pelo Físico-Mor e pelo Cirurgião Mor. De acordo com o texto, essas figuras tinham amplos poderes legais, eles não apenas criavam normas sanitárias, mas também fiscalizavam quem exercia a medicina. Ao expedir alvarás e cartas de lei, eles garantiam que a prática médica estivesse sob o olhar atento do estado, funcionando como agentes reguladores. O principal objetivo dessa vigilância era evitar abusos e garantir apenas pessoas licenciadas pudessem praticar a “arte de curar”. Percebe-se que o rigor na fiscalização e a aplicação de penas serviam

¹ MENDONÇA, Manuela. A reforma de saúde no reinado de D. Manuel. In: Actas das 1ª s Jornadas do Direito Hispânico. Lisboa, 12-13-14 de janeiro de 2004. p. 221-241
AGE, DA SILVA PEREIRA de Paula Mônica. O Hospital Real Militar: Saúde e enfermidade em Villa Boa de Goyaz (1746-1827). Goiânia: 2014p. 36-260)

para proteger a sociedade de profissionais despreparados. Assim, a medicina deixava de ser uma prática livre para se tornar uma profissão regulamentada pela Coroa.

No artigo (AGE, 2014 p. 36-260) a autora destaca um ponto fascinante sobre a realidade prática da época; a existência de exceções baseadas na necessidade local. Em regiões onde faltavam médicos formados, o regimento permitia que homens e mulheres que já exerciam a “arte de curar” continuassem suas atividades, desde que comprovassem sua experiência prática. Dialogando com essa ideia, percebe-se que a Coroa, embora rígida, era pragmática; ela reconhecia que a ausência total de assistência médica era um mal maior do que permitir a atuação de práticos experientes, desde que estes fossem validados pelo conselho e pelo Físico-Mor.

Essa validação oficial validada na entrega da carta de licença, o documento que efetivamente transformava o saber prático em liberdade legal para clinicar. Como bem observa o texto, essa era uma prerrogativa exclusiva do Físico-Mor, o que reforça a ideia de centralização do poder. Não se tratava apenas de saber curar, mas de estar sob a chancela da autoridade real, que definia exatamente em qual área da medicina aquele indivíduo poderia atuar, limitando o seu raio de ação à sua qualificação. Por fim, é interessante notar o caráter de exclusividade que a autora apresenta. Uma vez habilitado para uma função médica específica, o indivíduo era proibido de exercer qualquer outro ofício. Essa regra sugere uma tentativa de profissionalização e dedicação plena, garantindo que o médico ou cirurgião não dividisse sua atenção com outras atividades comerciais ou artesanais. Assim, a licença funcionava tanto como um direito de atuação quanto como um compromisso de exclusividade com a saúde pública do reino.

Além dessa distinção intelectual, a autora demonstra que havia uma demarcação institucional rígida entre as funções do Físico-Mor e as do Cirurgião-Mor, impedindo que um ultrapassasse as competências do outro sob pena de punição. Essa separação tornava-se ainda mais evidente no contexto dos hospitais militares, onde a ascensão ao cargo de físico exigia não apenas o saber teórico, mas a comprovação de uma experiência prática eficiente em serviços médicos-militares. Dessa forma, percebe-se que a estrutura da saúde no período não se baseava apenas em títulos, mas em regulamentos rigorosos que buscavam organizar a hierarquia e garantir que a atuação profissional estivesse estritamente ligada ao posto ocupado.

O padre francês Raphael Bluteau disse que “Aquele que sabe & processa a arte da Medicina; que aplica remédios” (AGE, 2014p. 39-260) ao citar a definição de BLUTEAU, a autora reforça que a identidade do médico no século XVIII era construída sobre o equilíbrio entre o conhecimento intelectual e a aplicação prática da cura. Ao dizer que o médico é aquele que “sabe e processa”, o texto sugere que a medicina não era apenas um acúmulo de leituras, mas uma arte de transformar esse saber em ação terapêutica. Esse ponto é fundamental para entender como a ciência médica se legitimava na época; o prestígio vinha da erudição, mas a sua utilidade social era demonstrada no manejo dos

remédios. E mesmo em um contexto de rígida hierarquia, a eficácia do tratamento era o que definia o papel do profissional de saúde naquele tempo.

. Complementando essa estrutura hierárquica utiliza-se as definições de Bluteau para evidenciar o papel dos boticários, comparando-os a “cozinheiros dos médicos.” Essa analogia é fundamental para entender que, na época, o trabalho do boticário era visto como algo puramente mecânico e manual; ele deveria apenas executar, com precisão, as receitas e misturas prescritas pela autoridade médica. Ao destacar regulamentos como o Estatuto da Universidade de Coimbra, o texto (AGE,2014p. 44-260) mostra que essa subordinação não era apenas uma questão de costume, mas algo legalmente instituído. Assim, fica claro que a legislação buscava manter sob constante vigilância, garantindo que o controle intelectual da cura permanecesse centralizado nas mãos dos médicos.

A regulamentação do ofício de boticário revela uma transição profunda entre o saber prático e a formalização acadêmica. Inicialmente, a profissão era regida por normas rígidas da Coroa Portuguesa, como o regimento de 1521, onde o aprendizado ocorria de forma empírica no cotidiano das boticas e a validação dependia da aprovação de autoridades médicas. No entanto, o texto destaca um ponto de virada crucial em 1772, a reforma da universidade de Coimbra. A partir desse momento, a formação deixou de ser meramente técnica e secundária para ocupar as instalações da Faculdade de Medicina, no Dispensatório Farmacêutico. Essa mudança marca o nascimento de uma estrutura de ensino mais teórica, elevando o status da profissão que, até então, existia sem a concessão de graus acadêmicos formais.

Além da mudança, na formação, o exercício da profissão era submetido a uma vigilância estreita, conforme estabelecido pelas leis de 1521. Não bastava ao boticário dominar a técnica; ele tinha o dever de manter o estoque abastecido e garantir a qualidade dos remédios, sob pena de fiscalização periódicas do Físico-Mor. Um ponto interessante no texto é a proibição de que o boticário prescrevesse medicamentos, uma medida clara para evitar conflitos de interesses e proteger a população. Essa regulamentação também combatia abusos financeiros; os preços deveriam seguir uma tabela oficial da Coroa, impedindo que os profissionais lucrassem de forma desordenada sobre a saúde alheia. Assim, o rigor administrativo complementava a evolução acadêmica, buscando transformar a botica em um ambiente de confiança pública e comercial.

Essa trajetória de regulação atinge um novo patamar com o Alvará de 1795, assinado por D. Maria I, que reforçou a necessidade de uma base técnica para o comércio farmacêutico. O texto deixa claro que o valor de um medicamento não era arbitrário, mas sim estabelecido conforme a natureza das substâncias, percebemos que essa medida buscava trazer mais racionalidade e transparência para o setor, o preço deveria refletir diretamente a complexidade e a raridade dos ingredientes utilizados. Dessa forma, a legislação do final do século XVIII não apenas combatia o lucro excessivo, mas também a ideia de que a qualidade da matéria-prima era o critério justo para a precificação, consolidando um sistema de saúde onde a ética comercial e a ciência farmacêutica deveriam caminhar juntas. Além do controle de preços e

substâncias, a autora (AGE, 2014) demonstra que a qualificação profissional passou a ser uma exigência ainda mais rígida, especialmente nos hospitais militares. Para assumir o cargo de boticário nessas instituições, não bastava apenas a prática, era necessário comprovar o estudo formal de Química e Botânica na Universidade de Coimbra pelo menos dois anos. O Estado passa a priorizar quem possui formação científica para cargos de confiança.

O boticário militar tinha deveres estratégicos, como o cultivo de plantas medicinais próximas aos hospitais e a guarda cuidadosa dos insumos, sempre sob a supervisão direta de médicos e cirurgiões. Fica claro que essa estrutura buscava criar uma rede de saúde profissionalizante e autossuficiente, onde o boticário atuava como um técnico especializado e fiel executor das prescrições médicas. Dessa forma, o exército português acabou se tornando mais uma instituição oficial dedicada a padronizar e fiscalizar a atuação dos profissionais da saúde. Ao impor normas rígidas que iam desde a proibição da compra de drogas sem autorização até a exigência de que os boticários apenas executassem o que era solicitado por físicos e cirurgiões, o estado reafirmava sua autoridade sobre o saber médico. Nota-se que esse esforço de normatização buscava não apenas a eficiência militar, mas também o controle econômico, evitando gastos desnecessários e garantindo que o ensino prático, voltado para os “praticantes de farmácia” estivesse alinhado aos interesses da coroa. Assim, a botica militar serviu como um laboratório de gestão que unia disciplina, ciência botânica e economia administrativa.

Além da esfera militar e acadêmica (AGE, 2014, p.49) revela que o controle sobre a prática médica no Brasil Colonial estendia-se até o campo religioso. É surpreendente notar como a Igreja Católica, por meio da fiscalização dos comissários do Santo Ofício, também monitorava as atividades de médicos e cirurgiões. Ao dialogar com o texto, percebemos que a saúde não era apenas uma questão de Estado, mas de moral e fé. ‘Constituições Primeiras do Arcebispo da Bahia’ de 1707, por exemplo, estabeleciam ordenamentos específicos para os eclesiásticos que se dedicavam à arte de curar. Isso demonstra que a rede de vigilância era totalizante, unindo a coroa, o exército e o altar para garantir que ninguém atuasse fora dos limites rigorosos impostos pelas autoridades da época.

O controle religioso sobre a saúde chegava a pontos extremos, onde o cuidado com a alma era colocado à frente da própria sobrevivência física. O texto revela que médicos e cirurgiões tinham o dever ético e religioso de exigir que seus pacientes se confessassem e comungassem, especialmente em casos de doenças graves. Percebe-se uma inversão de prioridades para os padrões atuais; a “medicina da alma” deveria preceder a “medicina do corpo”. O rigor era tamanho que o descumprimento dessa orientação era visto como um perigo espiritual, podendo levar à excomunhão. Isso reforça a ideia de que, naquele contexto, a cura não era um processo puramente biológico, mas um ato de fé que exigia a purificação moral do doente para que o tratamento físico fosse considerado legítimo perante a sociedade e a Igreja.

“...Como muitas vezes a enfermidade do corpo procede de estar a alma enferma com o pecado (...) mandamos a todos os Médicos, Cirurgiões, e ainda Barbeiros, que curam os enfermos nas Freguesias, onde não há Médicos, sob pena de cinco cruzados para as obras pias, e Meirinho geral, e das mais penas de direito, que indo visitar algum enfermo (não sendo a doença leve) antes que lhe apliquem medicinas para o corpo, tratem primeiro da medicina da alma, admoestando a todos a que logo se confessem, declarando -lhes, que se assim o não fizerem, os não podem visitar, e curar, por lhes estar proibido por direito, e por esta Constituição: de tal sorte que entendam, que está admoestação se lhes faz por bem da saúde da alma, e do corpo (...)/161. E outrossim mandamos aos ditos Médicos, e Cirurgiões, sob pena de excomunhão maior que não aconselhem ao enfermo por respeito da saúde do corpo, cousa que seja perigosa para a alma (...) (AGE, DA SILVA PEREIRA de Paula Mônica. O Hospital Real Militar: Saúde e enfermidade em Villa Boa de Goyaz (1746-1827). Goiânia: 2014p. 50-260)

Conforme observado no documento de 1744, a medicina colonial era indissociável. O controle sobre os corpos (através de médicos e cirurgiões) servia como uma extensão da vigilância sobre as almas, onde o tratamento só era legítimo se o paciente estivesse reconciliado com a igreja, sob pena de punição rigorosa aos profissionais envolvidos. Ao analisarmos o texto, percebemos que o rigor dessas leis, mencionadas pela autora, sugere a existência de resistências e transgressões no cotidiano colonial. A necessidade de ameaçar cirurgiões com a excomunhão maior indica que, na prática, o pragmatismo da cura muitas vezes atropelava as exigências burocráticas da alma, forçando a Coroa a reafirmar constantemente seu poder fiscalizador através desses regimentos.

A necessidade de vigilância no Brasil Colônia, mencionada pela autora, surge como uma proposta direta aos desvios e comportamentos que desafiavam a ordem estabelecida. Para conter essas transgressões, o Estado Português, sob o comando de D. João V, não se limitou apenas às leis da Igreja, mas implementou regulamentações civis rígidas, como o Regimento de 1744. Isso demonstra que a saúde pública era utilizada como uma ferramenta política para organizar a sociedade e garantir a autoridade da Coroa em território brasileiro. Embora não houvesse inicialmente um conjunto de regras exclusivo para a colônia, a prática médica na América Portuguesa não era desordenada. O reino já enviava profissionais graduados para ocupar cargos de confiança, garantindo que apenas médicos e boticários qualificados com ‘carta de exame’ pudessem atuar. Esse controle servia para fiscalizar as boticas e evitar abusos econômicos, protegendo os interesses financeiros da Coroa.

A chegada dos Comissários Delegados ao Brasil não foi pacífica. Eles enfrentaram forte rejeição da sociedade colonial, o que dificultava a aplicação das políticas de saúde vindas de Portugal. Esse conflito evidencia uma divisão; de um lado, a tentativa da Coroa de centralizar o controle e, de outro, uma colônia

que resistia a essas normas impostas, tornando a fiscalização uma tarefa complexa e impopular. A seguir Trecho do ofício do Governador e general de Goiás, João Manuel de Melo (1759-1770), ao secretário do Estado da Marinha e Ultramar, Francisco Xavier de Mendonça furtado, datado 22 de fevereiro de 1764:

(...) Aqui se acham quase ao mesmo tempo, visitando, ou melhor dizer roubando esta capitania dois Comissários, um do Físico mor, e ou outro do Cirurgião Mor praticando tais extorsões, e roubos, que eu e o Ouvidor pelo modo possível (?), ficaria inteiramente assolada. O Ouvidor (?) q da conta a V. Exa. e ao Cirurgião Mor, das desordens, insuções e violências que estes cometiam (?) executar (?) metelos na (?) por ladrões públicos, mas atendendo as instruções nas cartas dos seos Ministros confirmadas por S. Majestade usei dos meios mais suaves para se estorvar os roubos sem impedir as suas comissões (...). Goyaz 22 de fevereiro de 1769 71. (AGE, DA SILVA PEREIRA de Paula Mônica. O Hospital Real Militar: Saúde e enfermidade em Villa Boa de Goyaz (1746-1827). Goiânia: 2014p. 54-260)

Ao analisar o relato de 1769 em Goiás, percebemos uma clara tensão entre o poder local e os fiscais da saúde. Como aponta a autora, os Comissários Delegados muitas vezes priorizavam interesses particulares em vez do bem público, o que gerava revolta no Capitão-General. Dialogando com essa ideia, fica evidente que o discurso inflamado do governador pode ter sido um reflexo tanto de uma indignação real contra a corrupção quanto de uma disputa pessoal de autoridade, revelando as rachaduras na administração colonial. Essas tensões sugerem que a autoridade metropolitana, por mais que tentasse se impor, esbarrava constantemente em redes de interesses locais que ditavam a dinâmica real da capitania. Assim, o que vemos em Goiás não é apenas um caso isolado de má conduta, mas um exemplo de como a distância de Portugal e as ambições pessoais dos agentes públicos colocavam em jogo a estabilidade e a integridade do projeto colonial na região.

A rainha de Portugal D. Maria I (1777-1816) considerou que a estrutura de Fisicatura Mor ineficiente já que continuava os abusos na arte médica. Com isso, foi criada a “Junta do Protomedicato” em 17 de junho de 1782. Essa junta foi criada para substituir os ofícios do Cirurgião Mor e do Físico Mor. A Junta do Protomedicato era composta por Sete Deputados, Três médicos e um Cirurgião da Real Câmara e dois médicos e um cirurgião da mesma casa, nomeados por um período de três anos. O presidente da junta era o médico mais antigo e reconhecido pelos deputados. O juiz assessor era o corregedor do crime da corte, responsável por observar aqueles que infringissem à lei. O objeto da Junta do Protomedicato era de regular, fiscalizar e punir aqueles que infringissem as normas impostas para a prática da arte médica. A organização da saúde passou por ajustes importantes no final do século XVIII. Primeiro, em 1782, houve uma redução na quantidade de membros apenas cinco deputados fixos. Anos depois, em 1799, o órgão foi reformado e subiu de categoria, tornando-se a “Real Junta

do Protomedicato”. Nesse período, a presidência deixou de ser temporária e tornou-se um cargo perpétuo, exercido pelo Mordomo-Mor.

Com a chegada da corte ao Brasil não foi apenas um evento político, mas um marco que desestruturou o sistema de saúde vigente. Ela destaca que a extinção da Junta transferiu a autoridade para o Físico -Mor e o Cirurgião-Mor, uma tentativa de centralizar o controle que, na prática, enfrentou resistências coloniais. Essa fase de transição só se encerrou em 1828, quando a gestão da saúde pública finalmente passou para a competência das Câmaras. Além das mudanças administrativas no Brasil Colonial, a autora mostra as raízes desse sistema. Ela explica que, entre os séculos XVIII e XIX, o atendimento militar português era fruto de uma parceria religiosa e estatal. Um ponto central desse diálogo é a influência de São João de Deus; sua ordem religiosa trouxe de Granada um modelo especializado de assistência hospitalar que já operava em Portugal desde o início do século XVII, muito antes das reformas de 1808.

Antes de criar hospitais militares próprios, Portugal cuidava dos soldados feridos em igrejas, casas civis ou no Hospital Real de todos os Santos, fundado em 1492. Mais tarde, passaram a usar as Santas Casas de Misericórdia, criadas pela Rainha Dona Leonor em 1498. Foi só depois da Guerra da Restauração, com a separação da Espanha, que o Rei Dom João IV chamou os irmãos hospitaleiros de São João de Deus para organizar e cuidar desses pacientes. No texto (AGE, 2014p. 57-260) essa parceria com os irmãos Hospitais de São João de Deus foi o que permitiu a criação da primeira rede estruturada de assistência aos militares de Portugal. É interessante notar que esses hospitais não eram apenas locais de cuidado, mas projetos estratégicos desenhados por engenheiros militares. No entanto, esse modelo baseado em ordens religiosas terminou em 1834, quando o Estado Português decretou a extinção dessas instituições, forçando uma reestruturação completa do sistema de saúde militar. Como bem aponta o texto, a criação de hospitais militares em diversos pontos da colônia brasileira refletia uma preocupação estratégica de Portugal. Ao dialogar com os fatos anteriores, percebemos que o reino entendia que a defesa do território ‘além-mar’ dependia diretamente do vigor físico dos seus soldados. Por isso, a solução adotada pela Coroa no Brasil de forma similar ao que já ocorria em solo português, foi profissionalizar esse atendimento através de contratos, assegurando que o exército estivesse sempre pronto para proteger os bens da Coroa.

A criação de hospitais militares no Brasil do século XVIII não foi um simples ato de benevolência. A Coroa Portuguesa agiu para manter o fluxo de riquezas vindo das colônias, era indispensável ter soldados saudáveis e prontos para o combate. Assim, o cuidado médico tornou-se uma ferramenta de manutenção do poder imperial. Assim, como em Portugal o Brasil adotou uma solução para cuidar dos militares doentes realizou um contrato com as Santas Casas de Misericórdia. Quando não era possível firmar parcerias com as Santas

Casas, que já possuíam estrutura hospitalar, a Coroa tomava a iniciativa de fundar seus próprios hospitais militares. No início, havia um caráter de improviso: adaptavam-se casas comuns para funcionarem como enfermarias, sempre com o foco exclusivo em recuperar a saúde dos soldados. Isso reforça a ideia de que o cuidado médico era, acima de tudo, uma prioridade estratégica para manter o exército ativo. Outro ponto fundamental é a complexa rede de comando desses hospitais. Fica claro que as unidades de saúde não eram independentes, elas respondiam diretamente ao Governador e ao Capitão-General da Capitania. Essa subordinação administrativa, delegada a figuras como o Físico-Mor e o almoxarife (responsável pelos suprimentos) demonstra que havia um controle rigoroso sobre os recursos e a organização militar, assegurando que as leis do reino fossem seguidas à risca por meio de inspeções constantes.

Dados interessantes que mostram a aplicação prática desse sistema em capitanias como Rio de Janeiro, Pernambuco e Bahia. Na capitania do Rio de Janeiro, no ano de 1752, o Real Hospital Militar possuía 4 religiosos e 20 camas, em 1724, o hospital militar de Pernambuco possuía 2 religiosos e 30 camas. Na Bahia, o RHM da cachoeira foi entregue em 1755, e aos irmãos hospitaleiros de São João de Deus. Fica evidente que a igreja, por meio de figuras como os Irmãos Hospitaleiros de São João de Deus, era o braço direito da coroa na gestão hospitalar. Seja com os 20 leitos no Rio ou os 30 em Pernambuco, a presença religiosa garantia o funcionamento básico dessas unidades. Dialogando com essa ideia, percebe-se que essa parceria era a única forma de viabilizar o projeto português, que, na prática, acabava sendo muito mais modesto do que o que se via na metrópole. O que me chama atenção é a conclusão de que, embora esses hospitais tentassem seguir o 'modelo do reino' em seus projetos, a realidade no Brasil era bem mais simples. Essa distância entre o plano idealizado em Portugal e a execução concreta na colônia revela como a saúde militar precisou se adaptar às limitações e aos recursos locais da época.

Ao concluir a leitura, percebe-se que a vida útil desses hospitais estava ligada diretamente à presença das tropas. Muitos desses prédios oficiais tiveram uma existência curta, fechando as portas assim que cumpriam sua missão imediata ou quando os soldados retornavam a Portugal em 1822. Isso reforça a ideia de que eram estruturas funcionais; existiam enquanto havia guerra ou necessidade de defesa, sem necessariamente a intenção de se tornarem instituições permanentes da colônia. A dependência das Santas Casas de Misericórdia era uma solução prática, mais limitada. O caso do Rio de Janeiro somente em 1763, sob as ordens do vice-rei Conde da Cunha, é que vemos uma estrutura de fato dedicada aos militares. É interessante observar essa transição de uma simples enfermaria em um quartel para a ocupação do antigo Colégio dos Jesuítas. Essa mudança para um prédio de grande porte em 1769 simboliza

o nascimento oficial do Hospital Real Militar e Ultramar, marcando o momento em que a saúde militar ganha sua própria casa na capital (AGE, 2014, p.61).

No Brasil colonial, a saúde era dividida. Em São Paulo, o Hospital Real Militar era a principal referência. Já em Santos, no fim do século XVIII, a Santa Casa não tinha prédio próprio e enviava seus pacientes para o hospital militar. Na Bahia, a situação era inversa: após 1549, os militares passaram a ser cuidados no hospital da Santa Casa de Misericórdia. Além disso, em períodos de emergência, como durante epidemias de varíola ou riscos de invasão, a estrutura hospitalar era expandida rapidamente. Hospícios e colégios eram convertidos em hospitais militares, muitas vezes sob a gestão da Santa Casa, como ocorreu no Terreiro de Jesus. Essas instalações funcionavam enquanto durava a necessidade, sendo desativadas conforme a situação se estabilizava. A partir de 1780, houve uma reorganização nessas unidades; o hospital que funcionava no Colégio dos Jesuítas foi fechado, e o atendimento concentrou-se no Hospício da Palma. Quase duas décadas depois, em 1799, o antigo Colégio foi retomado e transformado no Hospital Real Militar da Bahia. O grande marco dessa mudança foi a gestão, que passou a ser feita diretamente por médicos, consolidando a assistência profissional na região. Dando continuidade a esse processo de organização administrativa, em 1806, a gestão do RHM da Bahia estava consolidada sob a liderança do médico sargento-mor Caetano de Abreu de Lima Alvarenga. Essa estrutura hierárquica não era isolada, Alvarenga contava com um corpo técnico diversificado, que incluía desde cirurgiões e médicos de regimentos até o suporte espiritual de um capelão, demonstrando uma divisão de tarefas bem definidas para a época.

2.1. A SAÚDE EM GOIÁS NO PERÍDO COLONIAL

A formação da Capitania de Goiás está ligada ao movimento de expansão liderado pelos paulistas durante a busca pelo ouro, funcionando também como um importante zona de fronteira. Esse processo não trouxe apenas exploradores, mas também a presença do estado para organizar e disciplinar a sociedade que surgia. Vale lembrar que, nesse período (entre 1621 e 1755), a administração da América Portuguesa era descentralizada, dividindo-se entre o estado do Maranhão e o estado do Brasil. Essa partição administrativa da colônia entre o estado do maranhão (com sede em São Luís) e o estado do Brasil (com sede em Salvador) visava organizar melhor a exploração do território. Criada no século XVII, essa estrutura serviu de moldura para o crescimento das capitanias. São Paulo, por exemplo, destacou-se nesse cenário como o eixo central de acesso às minas de ouro, conectando o litoral às novas fronteiras que estavam sendo abertas. Partindo desse cenário de expansão, a capitania de São Paulo consolidou-se como o grande centro irradiador de expedições em direção ao interior. Entre os pioneiros, destaca-se o paulista Manoel Correa, que em meados do século XVII (1647-1648) liderou uma das primeiras bandeiras a entrar em território goiano, focando na captura de indígenas e na busca por metais preciosos. Décadas depois, em 1682, Bartholomeu Bueno da Silva, o Anhanguera, utilizou os relatos de Correa para guiar sua própria jornada, resultando na descoberta definitiva de ouro e no aprisionamento de muitos indígenas da etnia Goya.

Como bem aponta (AGE, 2014p. 67-260) a descoberta das minas exigiu que a Coroa Portuguesa estabelecesse uma estrutura de poder mais presente. Isso se concretizou com a criação de uma vila e uma comarca vinculadas a São Paulo, sob a orientação de Luís de Tavora. O objetivo central era transformar a região em um espaço ordenado, onde a justiça, a arrecadação de impostos e a presença militar garantissem o controle sobre mineradores. Um marco desse esforço foi a fundação do Arraial de Sant' Anna em 1727, por Bartholomeu Bueno da Silva, o filho, que deu continuidade ao legado administrativo e ao apelido de seu pai, o anhanguera. Ao ganhar o status de vila, Villa Boa de Goiás não apenas organizou administrativamente, mas também consolidou um sistema de governança dominado pelas elites locais. Como aponta a autora, (AGE, 2014, p.67) instituições como as Câmaras Municipais e a Junta da Real Fazenda serviam como ferramentas para que esses grupos mantivessem o controle político e econômico, atendendo às exigências da Coroa. Curiosamente, esse poder das câmaras ia além da política partidária, alcançando a esfera da saúde pública. Cabia a elas a responsabilidade de implementar medidas de higiene e fiscalizar o trabalho de médicos e cirurgiões, integrando a vigilância sanitária à estrutura administrativa da colônia.

Para garantir que o crescimento das vilas seguisse os interesses da Coroa, o governo local era entregue aos chamados 'bons homens' a elite da região. Esses indivíduos ocupavam cargos como vereadores e juízes no Senado da Câmara, onde tomavam decisões cruciais para o dia a dia. O poder desse grupo era vasto; eles controlavam desde o abastecimento de alimentos e a segurança pública até detalhes da vida urbana, como a limpeza das ruas, a fiscalização de pesos e medidas no comércio e até a aplicação de multas. Entretanto, como a autora evidencia (AGE, 2014, p.69), havia uma distância enorme entre as atribuições legais das câmaras e a realidade vivida nas ruas. Embora os homens bons tivessem o dever de fiscalizar a higiene, o cenário nas grandes capitais coloniais era de abandono. Em Salvador, por exemplo, a autora destaca que o acúmulo de 'imundices' descartadas a qualquer hora era a principal causa de doenças. esse problema não era exclusivo da Bahia; ao citar o viajante Moritz Rugendas, o texto reforça que, mesmo no Rio de Janeiro do século XIX, a limpeza urbana era tão ineficiente que chocava os estrangeiros que por aqui passavam.² O problema central não era a falta de leis, mas a resistência da própria população em seguir normas que ignoravam os costumes locais. A fragilidade da saúde pública no Brasil não era vista apenas como um abandono por parte de Portugal. Na verdade, a colônia era um reflexo da metrópole; as dificuldades administrativas e as falhas nas políticas sanitárias que aconteciam aqui eram muito parecidas com o que se via no próprio reino português.

Portanto, observa-se que a fragilidade das políticas de saúde no Brasil ganhava contornos específicos em Goiás devido às condições geográficas e ao constante ir e vir de pessoas. Para combater enfermidades como malária e a febre, a sociedade recorria aos diversos "agentes das artes de cura" disponíveis. Essa necessidade de organização não ficou restrita à saúde; refletiu-se na própria política da capitania. Em 1739, iniciou-se a estruturação do poder municipal com a composição da primeira Câmara, que incluía juízes, vereadores e um escrivão corpo administrativo que ganharia uma sede própria apenas em 1761. Dialogando com os fatores ambientais e administrativos citados anteriormente, percebe-se que a crise de saúde em Goiás tinha um rosto muito cruel no cotidiano da população. Em meados da década de 1730, relatos históricos apontam que era raro encontrar uma casa em Vila Boa sem moradores doentes. A descrição Padre Manuel Caetano sobre pessoas 'quase expirando' com disenteria e malária reforça a tese de que a capitania era um ambiente hostil

² ARAÚJO, Emanuel. O teatro dos vícios: transgressão e transigência na sociedade urbana colonial. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997. p. 51. 117RUGENDAS, Johann Moritz. Viagem pitoresca através do Brasil. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/EDUSP, 1979. p. 110. 118Dom Francisco de Assis Mascarenhas governou a capitania de Goiás entre 1804 a 1809. 119AHU – CU-Livros de Goiás, cód. 1229, Rolo 78.

à vida humana, onde a precariedade sanitária superava qualquer esforço inicial de organização pública.

(...) A quase nenhuma casa que cheguei em Villa Boa onde não se achasse ou ouvisse dizer que estavam um, dois, três e mais enfermos, uns quase expirando outros com cursos já de sangue, uns com maleita, com sezoos outros (ilegível) uns com icterícia, outros com obstruções, uns opilados, enxado outros, e fincam-te a maior parte de todos estão amarelos e depauperados que mais parece cadáver que viventes (...)130 (AGE, 2014, p. 72)

O que se percebe, portanto, é que Goiás vivia um estado de crise sanitária generalizada, na qual ninguém estava imune às moléstias frequentes. A autora (AGE, 2014, p.72) explica que a própria dinâmica de ocupação da região contribuiu para esses casos; como havia um grande contingente de migrantes circulando o tempo todo, as doenças encontravam o caminho livre para se espalhar com facilidade entre a população. A precariedade da saúde na colônia refletia a incapacidade das autoridades em lidar com o volume de doenças que discutimos anteriormente. Em específico Goiás, esse cenário ainda mais grave devido ao isolamento e à falta de infraestrutura. Enquanto outras capitanias já possuíam centros de atendimento, o território goiano permaneceu desassistido até meados do século XVIII. A mudança só começou com a fundação do hospital militar em Vila Boa, uma medida estratégica que, embora focada nas tropas, serviu como o único ponto de apoio médico para a população local que sofria com as epidemias da época.

A ausência de hospitais para o público geral em Goiás refletia as escolhas políticas da metrópole. O reino preferiu financiar a estrutura médica militar devido à importância de Goiás como região de fronteira, deixando de lado a criação de misericórdias. Foi apenas em 1806 que esse modelo começou a ser questionado pela administração local. Dom Francisco de Assis Mascarenhas, ao assumir o governo, buscou promover a saúde dos moradores por meio da instalação de um hospital civil, marcando uma nova faz na organização da assistência médica sob a autoridade portuguesa. Ao dialogar com as necessidades da capitania, o governador argumentava que Goiás não deveria ficar atrás dos grandes portos de mar, onde os hospitais e fundos assistenciais eram abundantes. Ela acreditava que implementar a Misericórdia traria um novo fôlego social para a região. Como aponta o texto, essas instituições eram fundamentais para os privilegiados da época, pois o controle sobre as obras de caridade abria portas para o crescimento econômico e para a consolidação de influência política, transformando o ato de cuidar dos pobres em um mecanismo de ascensão social.

Apesar dos planos do governador para elevar o status de Goiás, a crise financeira causada pela exaustão das minas impediu a construção da

Misericórdia. Diante dessa ausência institucional, a sociedade desenvolveu seus próprios mecanismos de sobrevivência. Sem hospitais, o tratamento das doenças tornou-se parte da cultura local, baseando-se na procura por curadores populares. Essa diversidade de práticas, realizadas por pessoas sem formação acadêmica, supria a falta de assistência oficial e demonstrava como a medicina popular era a verdadeira rede de apoio dos habitantes da capitania. Na ausência de uma estrutura formal, o cenário de cura era dominado por uma rede diversificada de práticos, como parteiras, benzedadeiras, curandeiros, barbeiros-sangrentos. Esses agentes exerciam funções que iam desde pequenos procedimentos cirúrgicos, realizados com ferramentas simples como facas e canivetes até o suporte espiritual e místico. A autora (AGE, 2014, p. 77) ressalta que o arsenal terapêutico dessa época era vasto e misturava o conhecimento da flora e fauna locais com rezas, amuletos e as famosas 'mezinhas' (remédios caseiros), oferecendo alívio às aflições de uma população que raramente via um médico formado. A confiança nos curandeiros e práticos em Goiás ultrapassava as barreiras de classe e cor, unindo a sociedade em torno de crenças comuns sobre a saúde. O saber desses homens e mulheres era empírico e passado oralmente, formando a base do que hoje chamamos de medicina popular. Essa legitimidade dos saberes populares, era alimentada por uma visão de mundo que unia os fenômenos da natureza ao sobrenatural. Em toda a colônia, a busca por curas envolvia essa dependência do místico para resolver os males do corpo. No caso específico de Goiás, a historiografia reforça que o primeiro hospital da capitania tinha um público muito restrito; atendia apenas militares. Assim, o restante da sociedade permanecia sob os cuidados exclusivos dos agentes populares, consolidando uma rede de saúde baseada na experiência e na tradição, longe das paredes das instituições oficiais.

2.2- Benzedeiras, Curandeiras e Parteiras.

“...vem, Santa luzia, de noite e de dia trazer esta luz dos braços da cruz, Se é nuvem de sangue, é de água formada pelo cristo enxágue será derramada. Por Santa luzia, vais ter a alegria de ver que esta luz no céu se produz.” (SANT’ANA, ELMA. Benzedeiras, benzedores, benzeduras-Elma Sant’Ana – Porto Alegre: Evangraf, 2019. 120p.)

O benzimento é uma forma tradicional de cuidado que une crenças religiosas e conhecimentos de cura popular. Presente no Brasil desde a época da colônia, essa prática já foi alvo de preconceito por parte de instituições religiosas oficiais. Em goiás, o trabalho das benzedeiras é um exemplo claro de como a fé e a saúde se encontram, sendo uma manifestação cultural muito forte. As benzedeiras são figuras femininas centrais na cultura popular. Mais do que apenas realizar rituais, elas representam uma rede de apoio nas comunidades. Geralmente são mulheres de baixa renda e escolaridade, mas que ocupam um lugar de destaque por serem consideradas ‘defensoras contra o mal’. O próprio modo como as pessoas as buscam no bairro reforça que o ofício de benzer é, essencialmente, um trabalho de cuidado feminino.

Embora as orações tenham base no catolicismo, as benzeduras não são apenas uma ‘cópia’ da religião. Elas nasceram de uma mistura cultural rica, unindo o catolicismo popular com tradições indígenas e africanas. Essa prática surgiu da necessidade do povo de buscar cura quando não havia outros recursos como médicos ou dinheiro. É um exemplo de como diferenças crenças se uniram para criar algo e tipicamente brasileiro.

“...Não faltam histórias de senhores e senhoras de engenho que buscavam ajuda dos curandeiros africanos. Muito mais do que no terreiro de Umbanda, onde as pessoas vão buscar ajuda, essas relações entre o africano escravizado, a ancestralidade africana, o Catolicismo antigo e as referências identitárias dos afrodescendentes se fazem presentes na Festa do Reinado de Nossa Senhora do Rosário. (Santos, 2015, p. 145) Revista da ABPN • v. 10, Ed.Especial - Caderno Temático: Letramentos de Reexistência • janeiro de 2018, p.30-42

Esse trecho destaca que a busca por curandeiros africanos era algo muito comum, chegando até aos senhores e senhoras de engenho. Isso mostra que, acima das divisões sociais, existia uma confiança profunda no conhecimento

desses curadores. Essa relação criou um laço entre o catolicismo antigo e as raízes africanas, algo que se reflete até hoje em festas tradicionais, como o reinado de nossa senhora do rosário, onde a identidade afrodescendente e a fé cristã se misturam.

Em muitas regiões do Brasil, principalmente no interior, a figura da benzedeira ainda desempenha um papel fundamental na comunidade. O ato de benzer é visto como uma forma de aliviar males que nem sempre a medicina tradicional explica, tratando o bem-estar físico e emocional através da espiritualidade e do acolhimento. Mesmo com o passar dos anos e o avanço da tecnologia, práticas tradicionais como benzer continuam vivas. Isso demonstra como a memória cultural e a fé popular são pilares importantes para a sociedade, servindo como um ponto de apoio para quem busca cura para problemas do corpo ou da alma. Essa tradição, não surgiu por acaso; ela é o resultado de uma mistura de conhecimentos que começou ainda na colonização. Dos indígenas, aprendeu-se o poder das ervas medicinais. Dos africanos, herdamos a cultura de celebrar a fé com cantos e alegria. Já a influência europeia trouxe a base do catolicismo. As benzedeadas conseguem unir tudo isso, agindo como verdadeiras 'cientistas populares' que combinam o saber da natureza com o poder da oração.

Essa mistura de saberes que formou o Brasil encontrou na figura feminina sua maior guardiã. Mesmo em uma cultura que muitas vezes silencia as mulheres, foram elas que assumiram o papel central no cuidado com a saúde e o bem-estar da família. Dominando segredos de ervas, ritos e palavras, as benzedeadas transformaram o ambiente doméstico em um espaço de cura, mantendo vivas tradições que vão desde o cuidado com a horta até o auxílio em partos. A mudança de cenário, como aponta a Revista ABPN (Revista da ABPN • v. 10, Ed. Especial - Caderno Temático: Letramentos de Reexistência • janeiro de 2018, p.30-42), revela um processo de 'medicalização' do corpo feminino. Historicamente, o papel da mulher no cuidado com a saúde passou por transformações profundas. No campo da obstetrícia, a autonomia feminina foi gradualmente substituída por intervenções médicas, muitas vezes desnecessárias, o que acabou por marginalizar a figura da parteira. O que antes era um saber compartilhado entre mulheres e guiado pela tradição, passou a ser visto como um risco iminente, justificando a intervenção médica obrigatória. Assim, a figura da parteira não apenas desapareceu, mas foi substituída por uma estrutura que, muitas vezes, retira da mulher o protagonismo sobre o próprio parto. Esse processo de exclusão não é novo: desde a Idade Média, mulheres que dominavam saberes naturais e intuitivos eram perseguidas e estigmatizadas como bruxas, demonstrando como o conhecimento tradicional feminino foi sistematicamente combatido pela ordem social vigente.

Para compreender a dinâmica das práticas de cura no cotidiano popular, destaca-se a trajetória de Isabel Mafalda Spezia Merlin, conhecida em sua comunidade como Dona Mafalda. Natural de ILÓPOLIS e residente em

Arvorezinha, sua história evidencia a tripla jornada feminina que associava o trabalho agrícola de subsistência ao ofício sagrado de benzer (SANT'ANA, 2019, p. 15). Em seu relato, Mafalda rememora o cotidiano na roça ao lado do marido, cultivando alimentos e criando animais, revelando como o ambiente rural e os saberes tradicionais de cuidado caminhavam lado a lado na manutenção da vida comunitária. Benzeduras da dona Mafalda: fazer o sinal da cruz na direção do temporal e dizer: "Santa Bárbara bendita lá no céu tu estas escritas com tua Santa Cruz e água benta abrandar esta tormenta. Repetir várias vezes sempre fazendo o sinal da cruz". Após rezar o Creio em Deus Pai (3 vezes).

Outro importante registro de protagonismo nas práticas de cura tradicionais é o de Zeli da Rosa Netto, conhecida como a "benzedeira de Capivari do Sul". Nascida em 1930, a trajetória de Dona Zeli destaca-se pela forma como seu ofício e sua fé se consolidaram: distanciando-se de manuais rígidos, sua sabedoria espiritual e suas preces eram guiadas por revelações e pelo conforto que recebia de Nossa Senhora por meio de seus sonhos (SANT'ANA, 2019, p. 18). Essa experiência mística reforça como a medicina popular feminina frequentemente se estruturava a partir de uma profunda conexão subjetiva, na qual a fé, a oração e a intenção eram consideradas ferramentas autossuficientes para promover o bem-estar coletivo. Os saberes curativos das benzedadeiras frequentemente se estruturam sob regras e dogmas comunitários rígidos que regulavam a eficácia do ritual. Na biografia de Miguelina Ferreira de Souza, que faleceu 106 anos de idade, destaca-se o seu recado categórico sobre os limites temporais do ofício: "não se pode benzer após o pôr-do-sol e nem aos domingos" (SANT'ANA, 2019, p. 22). Esse registro, ilustra como as práticas de cura tradicionais não eram aleatórias, mas sim orientadas por códigos de conduta e tempos sagrados respeitados rigorosamente por suas detentoras.

A trajetória de Dosolina Tocolini Cima, a "Nona Cima", nascida em 1898, ilustra com precisão como o saber popular preenchia os vazios deixados pelo Estado na assistência à saúde. Conforme aponta o registro histórico, a atividade de benzer e partejar consolidou-se fundamentalmente "pois na ausência de médicos e hospitais as pessoas procuravam buscar a cura de alguma doença ou dor que costumeiramente assolava a população" (SANT'ANA, 2019, p. 36). Diante desse cenário de escassez institucional, o protagonismo de Nona manifestava-se na manipulação artesanal de remédios, chás, pomadas e simpatias baseadas em ervas medicinais, tornando-se a referência terapêutica de sua comunidade. Leontina de Azevedo Pacheco teve uma importante atuação comunitária como parteira e benzedeira entre os anos de 1944 e 1985, na região de rincão da porta, localidade que atualmente pertence ao município de Paraíso do Sul. Sua trajetória na obstetrícia comunitária iniciou-se de forma inesperada no ano de 1942, quando aos 28 anos e grávida de seu primeiro filho, precisou dar à luz sozinha. A partir dessa experiência marcante, Leontina passou a auxiliar voluntariamente outras mulheres da região no momento do parto, consolidando

um trabalho humanitário tão vasto que a própria parteira perdeu a contagem de quantos nascimentos assistiu ao longo de sua vida.

A atuação de benzedadeiras, parteiras e curandeiras não deve ser vista de forma isolada, pois ela une resistência e integração. Ao mesmo tempo em que essas mulheres desafiavam o controle dos médicos homens e da igreja ao manterem vivo um saber ancestral, elas também eram o pilar que sustentava a comunidade. Portanto, elas resistiam aos abusos do sistema patriarcal, mas operavam dentro dele para garantir a sobrevivência e o bem-estar do povo no dia a dia.

Em última análise, a história dessas curandeiras, benzedadeiras e parteiras expõe a dupla marginalização sofrida pelas mulheres na colônia: o controle social e a perseguição religiosa. Apesar de silenciadas pela documentação oficial, elas exerceram um poder comunitário vital através do cuidado e do parto. Seus corpos e saberes resistiram às tentativas de apagamento da igreja e da coroa. Assim, reconhecê-las hoje significa resgatar o protagonismo feminino na construção social do Centro-oeste brasileiro, transformando a subalternidade em legado de força.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, esta pesquisa demonstrou que a saúde feminina no Goiás colonial era fortemente marcada pela precariedade material e pelo isolamento geográfico. A escassez de médicos diplomados transformou o ambiente doméstico no principal espaço de cura e assistência. Nesse cenário, o protagonismo das benzedadeiras, parteiras e curandeiras consolidou saberes tradicionais nascidos do sincretismo entre práticas indígenas, africanas e a fé católica, tornando-se elementos vitais para a sobrevivência da população feminina na capitania.

Evidenciou-se, ainda, que o corpo da mulher colonial, especialmente o das escravizadas e indígenas, enfrentou não apenas as mazelas biológicas da época, como os riscos inerentes ao parto e às epidemias, mas também a violência de uma estrutura patriarcal. conclui-se, portanto, que resgatar a história da saúde das mulheres em Goiás é fundamental para compreender as raízes das desigualdades de gênero e de assistência médica que reverberam até os dias atuais, conferindo visibilidade a agentes históricas que, foram pilares na manutenção da vida na antiga capitania. Compreender esse passado convida a uma reflexão crítica sobre o presente, evidenciando que os desafios atuais na assistência à saúde da mulher não são recentes, mas sim frutos de um longo processo histórico que precisa ser continuamente desconstruído em busca de equidade e dignidade.

Dessa forma, este estudo não esgota o tema, mas abre caminhos para que novas investigações explorem arquivos paroquiais e relatos locais, aprofundando o entendimento sobre a medicina popular goiana. Espera-se que este trabalho estimule o debate acadêmico sobre a intersecção entre gênero, raça e saúde no interior do Brasil colonial. Trata-se, em suma, de um passo necessário para reescrever a história de Goiás sob a perspectiva daquelas que, no silêncio do cotidiano, garantiram a sobrevivência de suas comunidades.

A síntese dos dados obtidos revela que a experiência da saúde e da doença entre as mulheres coloniais em Goiás não era uniforme, sendo fortemente fraturada por critérios de raça e condição social. Enquanto as mulheres brancas da elite contavam com redes de solidariedade familiares mais resguardadas, as mulheres escravizadas e indígenas enfrentavam uma vulnerabilidade sanitária extrema, marcada por altas taxas de mortalidade no parto. Nesse contexto de opressão e dor, as práticas de cura das benzedadeiras fortemente baseadas no sincretismo entre saberes ancestrais africanos, indígenas e o catolicismo popular, funcionaram como uma ferramenta de resistência e sobrevivência comunitária, desafiando a lógica de exclusão imposta pelo sistema colonial.

Desse modo, a validação popular que essas mulheres recebiam sobrepuja-se às imposições oficiais, tornando-as verdadeiras salvaguardas da vida em comunidades isoladas. Os resultados obtidos indicam, portanto, que a medicina popular goiana se estruturou sob o protagonismo dessas agentes, cuja herança terapêutica reverbera na identidade cultural da região até os dias atuais. Olhar para essa realidade permite compreender que o cuidado com a saúde em Goiás sempre teve um rosto feminino e popular, embora muitas vezes silenciado pela história oficial. Valorizar o legado dessas benzedadeiras, curandeiras e parteiras é reconhecer que, mesmo sem o respaldo da medicina acadêmica, elas foram fundamentais para manter as comunidades vivas, deixando uma marca profunda que ainda molda a cultura de acolhimento e cura no interior goiano.

Com isso, fica evidente que as práticas tradicionais de cura não eram meras superstições, mas sim respostas estruturadas diante do abandono e da necessidade de sobrevivência. Conclui-se que estudar a trajetória da saúde feminina no período colonial vai além de apenas reconstruir o passado; trata-se de dar o devido mérito a mulheres que enfrentaram as maiores adversidades para proteger a vida e preservar saberes que resistem até o presente. Essas mulheres que praticavam a cura, elas representavam, acima de tudo, uma forte expressão de resistência feminina. Em uma época em que o conhecimento e o poder estavam concentrados nas mãos de homens, dominar a cura pelas ervas e o segredo dos partos era um ato político. Elas criaram um espaço de autonomia e autoridade própria, confrontando as estruturas sociais que tentavam silenciar e controlar os corpos das mulheres.

Conclui-se que as benzedadeiras, parteiras e curandeiras não se encaixam em uma categoria única: elas eram, simultaneamente, força de resistência social. A resistência dessas mulheres não se dava pela ruptura violenta, mas pela preservação de um saber feminino autônomo diante da opressão patriarcal. Ao mesmo tempo, essa soberania no cuidar era o que garantia a sobrevivência e a coesão das estruturas comunitárias da época. Portanto, o legado dessas curadoras reside justamente na capacidade de resistir enquanto acolhiam, transformando o ato de curar em um pilar político e social indispensável

Os resultados obtidos validam integralmente a hipótese norteadora desta pesquisa. Ficou demonstrado que a ausência de uma estrutura sanitária oficial na capitania de Goiás não gerou um vazio absoluto de cuidados, mas sim a emergência de um sistema médico popular e informal. Sob o protagonismo de benzedadeiras, parteiras e curandeiras, esses saberes sincréticos validaram-se como a principal tecnologia de sobrevivência e amparo à saúde da mulher colonial face ao abandono institucional. A validação desta premissa reitera que o corpo feminino colonial não foi apenas um receptor de violências e mazelas, mas também um espaço de agência e resiliência, onde os saberes ancestrais redefiniram as dinâmicas de sobrevivência no sertão goiano. Consequentemente, ao centralizar o cuidado e a cura em figuras femininas

subalternizadas, esse sistema popular subverteu as hierarquias de poder vigentes na colônia. A ressignificação do sofrimento dessas mulheres em liderança comunitária demonstra que, mesmo sob o jugo da opressão, o sertão goiano gestou formas autônomas de organização social pautadas na solidariedade e no acolhimento mútuo.

Por fim, compreende-se que pesquisar sobre as curadoras no Goiás colonial é um desafio devido à falta de registros históricos que valorizassem o papel feminino na saúde popular. Apesar disso, essa ausência nos documentos é respondida pela forte presença desses saberes na sociedade contemporânea. O costume de buscar o benzimento, o conhecimento de ervas medicinais do cerrado e o parto tradicional mostram que a ancestralidade dessas mulheres não foi apagada, mantendo-se como um pilar cultural e de cura que reside até os dias atuais. Compreender esse panorama permite não apenas resgatar a memória dessas mulheres, mas também preencher uma lacuna historiográfica sobre a saúde na colônia. Portanto, este estudo reafirma a necessidade de reconhecer esses saberes tradicionais como patrimônio cultural e científico fundamental para a formação da identidade goiana.

BIBLIOGRAFIA

AGE, DA SILVA PEREIRA de Paula Mônica. O Hospital Real Militar: Saúde e enfermidade em Villa Boa de Goyaz (1746-1827). Goiânia: 2014p. 50-260)

AGE, Mônica de Paula. As artes de curar: saberes e poderes. In: **SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA CULTURAL**, 6., 2012, Teresina. Anais eletrônicos [...]. Teresina: UFPI, 2012.

BLUTEAU, Raphael. Suplemento ao vocabulário português e latino que acabou de sair a. Parte II. Coimbra: no Colégio das Artes da Companhia de Jesus, 1712-1728.

CUNHA, Celina Gontijo; GONÇALVES, Clézio Roberto. A TRADIÇÃO ORAL DAS PRÁTICAS DE BENZEÇÃO. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores(as) Negros(as)** (ABPN), v. 10, Edição Especial, jan. 2018.

DEL PRIORE, Mary. A mulher na história do Brasil: raízes históricas do machismo brasileiro. São Paulo: Contexto, 1988. (**Coleção Repensando a História**).

DEL PRIORE, Mary. História das Mulheres: as vozes do silêncio. In: FREITAS, Marcos Cezar de (Org.). **Historiografia Brasileira em Perspectiva**. São Paulo: Contexto, 1998.

DEL PRIORI, Mary. Da colônia ao império. In: **Histórias Íntimas Sexualidade e erotismo na história do Brasil**, São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2011.

FERREIRA, Bruno Antônio de Paiva. MEDICINA POPULAR E ACADÊMICA: DA COLÔNIA AO IMPÉRIO BRASILEIRO. CONEHD – Convergências: **estudos em Humanidades Digitais**, Goiânia (GO), v. 1, n. 2, p. 359-380, mai./ago. 2023.

FARINHA, Allyne Chaveiro. A benzedeira “Renovada”: Uma análise das práticas de benzimento em Anápolis” 2012. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/113/o/01_-_A_benzedeira_renovada.pdf

LEMES, Cláudia Graziela Ferreira. O olhar sobre a mulher goiana na bagagem dos viajantes. In: **SEMINÁRIO DE PESQUISA DA PPG HISTÓRIA UFG/UCG**, 1., 2008, Goiânia. Anais eletrônicos [...]. Goiânia: UFG, 2008.

LUNZ, Leandro da Silva. Mulher e História: da invisibilidade à sujeito de análise. IF- Sophia: **Revista eletrônica de investigações filosófica, científica e tecnológica**, v. IV, n. XV, p. 11 – 31, 2018.

MACHADO, Maria Clara T. Culturas populares e desenvolvimento no interior das Gerais; caminhos cruzados de um mesmo tempo (1950-1985). **Tese (Doutorado)** – USP, São Paulo: - USP, 1997.

NASCIMENTO, R.F.A. A benzeção juazeirense: o sentido da doença num revelar mágico religioso de cura. **Reunião Brasileira de Antropologia**/ agosto de 2014. Disponível em http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1401722381_ARQUIVO_TRA_BALHOCOMP_LETO.RBA.pdf. Acesso em 04/2017.

OLIVEIRA, Elda Rizzo de. O que é benzeção. 2a ed. São Paulo, Brasiliense, 1985.

OLIVEIRA, Rosângela Paulino de. Benzedeadas e rezadeiras. A sobrevivência da identidade e das práticas religiosas nos espaços urbanos. **Anais dos Simpósios da ABHR**, n. 2, 2015.

PEDRO, J. M. “Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica”. In: História. Franca, v. 24, n. 1, 2005.

PERROT, Michelle. Minha história das mulheres. São Paulo: Contexto, 2012.

PERROT, Michelle. Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros. Rio de Janeiro: **Paz e Terra**, 1992.

PERROT, Michelle. Escrever uma história das mulheres: relato de uma experiência. **Cadernos Pagu**, n. 4, 1995.

SCOTT, Joan. “Gênero: uma categoria de análise histórica”. In: **Educação & Realidade**, Porto Alegre, vol. 20, n. 2, jul. dez. 1995.

SUESS, Guenther Paulo. Catolicismo popular no Brasil. São Paulo: Loyola, 1979.

VAINFAS, Ronaldo. **Dicionário do Brasil Colonial** (1500-1808). Rio de Janeiro: Objetiva, 2000.

WEHLING, Arno. Família: casamento e divórcio, concubinato e prostituição. In: **Formação do Brasil Colonial**, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

