

próprias, confirmam hábitos, crenças e afetos. Isso sem esquecer do seu papel como território de resistência.

A historiografia internacional sobre escravidão nas Américas tem ressaltado a importância do estudo das experiências do corpo escravo, enfocando, substancialmente, as experiências femininas de escravização, influenciadas pela vivência da maternidade. Esses estudos críticos têm imposto uma reflexão a respeito das complexas questões relacionadas à instituição da escravidão; sistema baseado na apropriação legal do corpo e da força de trabalho e perpassado, igualmente, pela condição de gênero. A mulher escravizada e seu corpo foram duplamente apropriados: como ferramenta de trabalho geradora de riquezas e como espaço de reprodução da escravidão. O estudo da maternidade escrava, atravessada como foi pelas questões de gênero, raça, região e geração, requer o enfrentamento de problemas complexos, como o da violência sexual, da miscigenação e da impossibilidade de tais mulheres de fato atuarem como mães de seus filhos. Consideradas como reprodutoras de seus próprios filhos, a escravidão lhes negava o direito à maternidade; isto é, não considerava a mulher escrava como portadora dos direitos de amamentar, cuidar e zelar de seus próprios filhos e filhas. Ao mesmo tempo que alijava os homens escravos da vivência da paternidade.

Lilia Schwarcz **Maria Helena Machado**

Recuperar uma história dos corpos envolvidos em tão duras condições de subalternidade e, ao mesmo tempo, rever as narrativas propostas por uma história da medicina monopolizada pelo saber médico masculino, eurocentrado e aparentemente vitorioso, é um limite que começamos a alcançar por meio de novos estudos e abordagens, presentes neste livro. Os textos também nos ajudam a entender práticas dos próprios escravizados que cuidavam de seu corpo a partir de ensinamentos trazidos de seu continente e experiências pregressas. Voltamos, portanto, nossos olhos, mais uma vez, para corpos escravizados, mas neles descobrimos horizontes de experiências das durezas da escravidão e das alegrias das vivências sociais, comunitárias, familiares e amorosas.

Lilia Schwarcz

Professora de Antropologia da USP
e Global Professor em Princeton, EUA.

Maria Helena P. T. Machado

Professora de História da USP



ESCRavidão, Doenças e Práticas de Cura no Brasil
Orgs.: TÂNIA SALGADO PIMENTA & FLÁVIO GOMES

outrasletras

ORGANIZAÇÃO:
TÂNIA SALGADO PIMENTA & FLÁVIO GOMES

ESCRavidão, DOENÇAS E PRÁTICAS DE CURA NO BRASIL



outrasletras

Escravidão, Doenças e Práticas de Cura é livro que vem cumprir papel fundamental. Organizado por dois pesquisadores experientes da área da escravidão e saúde, essa antologia de textos representa um excelente exemplo de como os estudos da escravidão vêm desbravando fronteiras novas a partir da combinação do uso de riquíssimas fontes documentais, abordagens renovadas, problemáticas complexas. Nesse caso, explora-se um novo campo de interesses, que articula a história da saúde e da doença durante a vigência desse sistema no Brasil. Esses estudos sinalizam a possibilidade de recuperação e análise de uma história do corpo – entendido simultaneamente como biológico e social/cultural – capaz de, mesmo sem negar a dureza do regime de trabalho, superar as narrativas do corpo torturado dos africanos no tráfico atlântico. As histórias de apropriação sistêmica do aparelho biológico do escravizado para o trabalho, por parte dos senhores, são agora revistas a partir da agência da justiça, do olhar médico e dos próprios africanos.

Trata-se, pois, de uma perspectiva original, que ambiciona romper a barreira do silêncio para dar espaço aos corpos de pessoas que, mesmo sendo escravizadas, ativamente apropriaram-se daquilo que ninguém jamais será capaz de possuir completamente. Se, juridicamente falando, o corpo do escravo era tido como propriedade alheia, desprovido de vontade própria ou autonomia, na prática sabemos que corpos são também fronteiras para a expressão da cultura, carregam linguagens

ORGANIZAÇÃO:
TÂNIA SALGADO PIMENTA & FLÁVIO GOMES

ESCRavidÃO, DOENÇAS E PRÁTICAS DE CURA NO BRASIL

 **CNPq**
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

outrasletras

Docum. do Museu

**ESCRAVIDÃO,
DOENÇAS E
PRÁTICAS DE
CURA NO BRASIL**

ESCRAVIDÃO, DOENÇAS E PRÁTICAS DE CURA NO BRASIL

Organização:
Tânia Salgado Pimenta
Flávio Gomes

outrasletras

Copyright @ 2016 by Andre Luís Lima Nogueira , Bárbara Canedo Ruiz Martins, Benedito Carlos Costa Barbosa, Carlos Leonardo Bahiense da Silva, Daniele Corrêa Ribeiro, Débora Michels Mattos, Flávio Gomes, Iamara da Silva Viana, Júlio César Medeiros da S. Pereira, Keith de Oliveira Barbosa, Lorena Féres da Silva Telles, Rodrigo Aragão Dantas e Tânia Salgado Pimenta.

Coordenação editorial: Lucia Koury, Outras Letras
Revisão: Carolina Medeiros, Outras Letras
Capa e projeto gráfico: Gabriela Souza, Bee Design
Diagramação: Leandro Collares, Selênia

Conselho Editorial

Ana Maria Jacó-Vilela (UERJ)
Andréa Fetzner (UnRio)
Celso Vasconcellos (USP)
Cleci Maraschin (UFRGS)
Lia Maria Teixeira de Oliveira (UFRRJ)
Maria Alice Rezende Gonçalves (UERJ)
Maria Celi Chaves de Vasconcellos (UCP/UFRRJ)

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

E74

Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil / Tânia Salgado Pimenta e Flávio Gomes (organização). – Rio de Janeiro : Outras Letras, 2016.
312 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-8488-035-5

1. Escravos – Saúde e higiene - Brasil. 2. Negros – Saúde e higiene - Brasil. 3. Medicina popular – Brasil. 4. Medicina folclórica – Brasil. 5. Negros – Brasil – Condições sociais. 6. Saúde – Aspectos religiosos – Cultos afro-brasileiros. 7. Política de saúde - Brasil. I. Pimenta, Tânia Salgado, 1971-. II. Gomes, Flávio, 1964-.

CDD 362.8496981

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Lioara Mandoju CRB-7 5331

Todos os direitos desta edição reservados à

Outras Letras Editora

Tel.: (21) 2267.6627

E-mail: contato@outrasletras.com.br

www.outrasletras.com.br

Agradecimentos

AGRADECEMOS À CASA DE OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ, AO PROGRAMA de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (Fiocruz) e ao Programa de Pós-Graduação em História Comparada (UFRJ) pelo apoio.

Um agradecimento à Fiocruz e ao CNPq que financiaram o projeto *Etnicidade, africanos e doenças no atlântico: padrões sócio-demográficos e assistência no Rio de Janeiro (1810-1888)* e esta publicação. Agradecemos, igualmente, aos autores dos capítulos aqui publicados. Um agradecimento especial aos pesquisadores Keith Barbosa e Rodrigo Dantas, da equipe do projeto.

Por fim, gostaríamos de registrar a satisfação por mais um projeto acadêmico realizado, consolidando uma interlocução acadêmica e intelectual – desde 2009 – no campo de estudos sobre doenças e escravidão com investigações em andamento, publicações e orientações acadêmicas compartilhadas.

Os organizadores

Apresentação

NO BRASIL, OS ESTUDOS SOBRE DOENÇAS E SAÚDE DA POPULAÇÃO ESCRAVIZADA começaram a despontar a partir dos anos 2000. Alguns dialogaram diretamente com a historiografia da escravidão¹, outros se inseriram no debate acerca da história da saúde². Embora não seja possível identificar uma agenda em comum, várias investigações mais recentes têm indicado a importância de mais pesquisas sobre doenças e saúde das populações coloniais e pós-coloniais, especialmente nas sociedades escravistas, sendo fundamental verificar elementos que compuseram o quadro nosológico dos escravos, indicando doenças, curas, condições de vida e morte.

São possíveis análises que considerem as conexões entre as historiografias da saúde e aquelas da escravidão, contribuindo para a consolidação de um novo campo de estudo. Uma questão a ser aprofundada diz respeito às condições de vida dos africanos e crioulos através da investigação das doenças que os atingiam. Algumas dificuldades relacionadas à nomenclatura e ao significado de certas enfermidades ainda tornam o estabelecimento de uma classificação bastante complexo. Uma doença que hoje tem uma causa específica conhecida era

1 AMANTINO, Márcia. "As condições físicas e de saúde dos escravos fugitivos anunciados no Jornal do Commercio (RJ) em 1850". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 14, n. 4, p.1377-1399, dez 2007. EUGÊNIO, Alisson. "Ilustração, escravidão e as condições de saúde dos escravos no Novo Mundo". *Varia. História*. v. 25, n. 41, p. 227-244, jan. /jun. 2009.

2 CARVALHO, Diana Maul de. "Doenças dos escravizados, doenças africanas?". In Pôrto, Ângela (org.). *Doenças e escravidão: sistema de saúde e práticas terapêuticas*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2007. CD-ROM. FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. "As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde". *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006, p. 252-274. GUIMARÃES, Maria R. Cotrim. "Os manuais de medicina popular do Império e as doenças dos escravos: o exemplo do 'Chernoviz'". *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*. v. 11, n. 4, p. 827-840, dez. 2008 (Suplemento).

identificada por nomes diferentes no passado ou, ao contrário, diversas moléstias causadas por diferentes agentes eram identificadas como uma mesma enfermidade, devido às similaridades dos sintomas. Apesar disso, estudos têm avançado no sentido de relacionar questões mais gerais sobre o cotidiano enfrentado pelos escravizados e alforriados, como má alimentação, falta de assistência e trabalhos excessivos, considerando contextos específicos referentes à área urbana ou rural, às flutuações do tráfico, aos costumes e crenças, à organização das famílias e comunidades, às relações sociais e à legislação³.

De qualquer modo, identificando ou não especificidades no padrão de enfermidades de escravos – africanos e crioulos – será necessário estabelecer os padrões de doenças entre os setores livres e os considerados “brancos” da população. É importante, igualmente, atentarmos para a relação entre esses padrões e o perfil sócio demográfico, a identidade étnica, a ocupação e o gênero. Tais dados podem ser levantados em fontes seriais, sobretudo inventários *post-mortem* e registros de óbitos. Além disso, tais resultados podem ser comparados com padrões de enfermidades encontrados em outras áreas escravistas e espaços da diáspora nos séculos XVII, XVIII e XIX.

Outro aspecto privilegiado para as pesquisas em andamento refere-se à assistência à saúde dos escravos e da população pobre livre. No Rio de Janeiro, além de hospitais/enfermarias mantidos em instituições religiosas, como a Santa Casa de Misericórdia e a Ordem de São Bento, existiram várias fazendas que dispunham de enfermarias. Novamente, importa compreender o que representava determinado tipo de assistência no contexto estudado. É preciso considerar a assistência à saúde oferecida no Rio de Janeiro dos Oitocentos, quando a maior parte dos indivíduos procurava auxílio terapêutico fora do hospital. Por exemplo, através do *Almanak Laemmert* é possível mapear a oferta de assistência à população em geral e destacar a assistência voltada aos grupos subalternos da

3 ASSIS, Marcelo F. de. “Por entre escravos doentes: o caminho da morte no cativeiro”. *Cadernos de História*, v. 8, n. 9, p.107-125, 2006. ENGEMANN, Carlos. “Vida cativa: condições materiais de vida nos grandes plantéis do sudeste brasileiro do século XIX”. In FRAGOSO, João et al. (orgs.). *Nas rotas do Império*. Vitória: Edufes; Lisboa: IICT, p. 423-445, 2006.

sociedade. Nessa perspectiva, pode ser interessante investigar as concepções e práticas sobre saúde e doença de médicos, boticários e sangradores. Mais do que isso, pode ser considerado – ainda uma hipótese – que a assistência a escravos e forros serviria à pesquisa e formação médica.

Nesse caso, seria possível identificar redes de solidariedade constituídas por escravizados e forros que proporcionavam certa proteção e auxílio em situações de doença, assim como propiciavam uma melhora da vida e até a compra da liberdade no caso dos cativos. Tais redes podiam ser constituídas a partir de diversos critérios. Os sangradores, por exemplo, eram escravizados ou forros em sua maioria, e seus saberes e experiências eram passados para outros indivíduos da mesma condição. Esses homens exerciam uma atividade fundamental no universo das *artes de curar* no Brasil, evidenciando como o próprio entendimento da história da saúde pública e da medicina no Brasil pode ser enriquecido com as questões colocadas por estudos sobre a história da saúde escrava.

Pesquisas sobre a origem dos africanos escravizados permitem um melhor entendimento sobre o compartilhamento de visões cosmológicas. Entre elas, em muitos casos, estava a ideia de que a enfermidade era causada por ação de espíritos malévolos ou por pessoas, em geral, através de feitiçaria ou bruxaria. Assim, a investigação acerca das concepções de saúde, das doenças e das práticas terapêuticas relacionadas a estas, ajuda a explicar a preferência de considerável parte da população por curadores populares ao longo do século XIX em detrimento da medicina oficial. Ainda são raras tentativas mais sistemáticas de verificar padrões de morbidade e mortalidade escrava entre regiões diferentes, considerando climas, regimes demográficos, geografia, impacto do tráfico em até três gerações, criouliização, procedência africana, faixa etária, índices de mortalidade infantil, frequência de natalidade, grandes e pequenos plantéis, além de políticas senhoriais. Marquese⁴ – por exemplo – analisou a circulação de ideias e práticas sobre o controle da escravaria nas Américas. Assim, comparou manuais agrícolas e memórias econômicas

4 MARQUESE, Rafael B. *Feitores do corpo, missionários da mente*. Senhores, letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.

que trataram – a partir das tradições cristãs e ilustradas – do governo dos escravos.

Conexões, vínculos e diálogos cruzados podem ser transformados em eixos fundamentais, em abordagens que avaliem como foram percebidos e interpretados a administração e o controle sobre os cativos em diversos sistemas escravistas. Eis aqui um debate (com expectativas e percepções diversas) transnacional e intercultural ainda não recuperado pelas reflexões – estritamente demográficas – dos estudos de escravidão no Brasil, considerando inclusive as possibilidades de contribuição da arqueologia histórica.

Esta coletânea apresenta resultados do projeto *Etnicidade, africanos e doenças no atlântico: padrões sócio-demográficos e assistência no Rio de Janeiro (1810-1888)* financiado pelo CNPq/Fiocruz via o Edital Papes VI. Nosso objetivo foi reunir vários estudos e ensaios de diversos pesquisadores, com destaque para investigações transformadas em dissertações e teses nos últimos anos, destacando a importâncias dos estudos sobre saúde e escravidão. A coletânea abre com o capítulo de Andre Nogueira analisando Minas Gerais setecentista, identificando práticas de curas e trajetórias de africanos e curandeiros. Conhecemos Antônio Congo, terapêuticas e calundus, reunindo africanos centrais. Vamos depois para a Amazônia Colonial para entrar na floresta dos contágios. Benedito Barbosa nos conduz a outras margens atlânticas, nas quais o comércio negreiro e os temores de bexigas dialogaram. Faremos uma mudança radical de local e de lentes. Atravessamos tempos e espaços para invadir Santa Catarina. Debora Mattos nos ajuda a entrar em um hospital e verificar os registros de internações. Conhecemos o Hospital de Caridade de Desterro, no período de 1850 a 1859, ali encontrando africanos, crioulos, escravos e libertos, além da população pobre livre. A assistência médica articulava saberes médicos e enfermidades que ganhavam nomenclaturas e diagnósticos. Mas escravos não recebiam só assistência médica nas cidades e/ou em hospitais. Com Keith Barbosa, vamos conhecer as enfermarias para escravos que foram estabelecidas em algumas grandes fazendas do Vale do Paraíba. Médicos mais do que curavam, aprendiam

sobre as doenças, suas causas e terapias. A circulação de saberes – incluindo teses médicas da Faculdade de Medicina, assim como manuais – dava o tom. É isto que argumenta Júlio Pereira em seu capítulo, onde conhecemos manuais médicos, donos de tabernas e governo dos escravos. Ainda sobre o Rio de Janeiro Oitocentista, Iamara Viana nos apresenta as doenças dos escravos em Vassouras. A partir das causas *mortis* é possível abordar uma face da história do trabalho.

Doenças eram também cercadas de imaginários – para além das nomenclaturas e classificações. Suicídios de cativos ou diagnósticos de doenças mentais podiam esconder as dimensões físico-psicológicas de algumas enfermidades e suas explicações, tanto para médicos e suas instituições, como para os próprios pacientes. Assim aborda Daniele Ribeiro, ao refletir sobre a presença de pacientes escravos e libertos no Hospício de Pedro II, na segunda metade do século XIX.

Das instituições de assistência à saúde, voltamos para as ruas e para as casas cariocas. Por trás das narrativas dos saberes médicos – especialmente as suas teses – encontramos a formação de um mercado de trabalho feminino com base na ocupação das amas de leite. Quem eram estas mulheres? Como eram recrutadas? Como se organizavam e eram vistas pelos médicos e a sociedade envolvente? Para o Rio de Janeiro e São Paulo essas são algumas das questões abordadas por Bárbara Martins e Lorena Telles.

Atravessamos o século XIX e vamos à guerra. As armas são as lanças e bisturis, enquanto os soldados são os cirurgiões militares. Carlos Leonardo Silva analisa as práticas operatórias – em negros e pardos – ocorridas nas enfermarias militares durante a Guerra do Paraguai.

Abordagens sobre doenças, enfermidades, epidemias e mesmo as práticas terapêuticas investiram pouco na atuação de especiais personagens: boticários, curandeiros e, mais ainda, os sangradores. É isso que propõe Tânia Salgado Pimenta ao analisar as práticas de sangrar, sarjar e aplicar sanguessugas no Rio de Janeiro da primeira metade dos Oitocentos. Na mesma perspectiva, Rodrigo Dantas vai além. Ele oferece uma verdadeira cartografia dos barbeiros-sangradores cariocas, que

transformam e são transformados pela cidade em movimento. Saber como eles atuavam e onde estavam concentrados revela o alcance das suas práticas no mundo urbano.

A coletânea se encerra com um ensaio historiográfico de Keith Barbosa e Flávio Gomes. Eles retomam reflexões a respeito de um amplo painel a respeito dos estudos sobre doenças e escravidão.

Tânia Salgado Pimenta e Flávio Gomes
Organizadores

Sumário

- 15 **Dos tambores, cânticos, ervas... Calundus como prática terapêutica nas Minas setecentistas**
André Luís Lima Nogueira
- 36 **O comércio de africanos e o flagelo das bexigas na Amazônia colonial (1707-1750)**
Benedito Carlos Costa Barbosa
- 63 **Do que eles padeciam... Doenças e escravidão na Ilha de Santa Catarina (1850-1859)**
Débora Michels Mattos
- 90 **Escravos, senhores e médicos nas fazendas de Cantagalo, século XIX**
Keith Barbosa
- 114 **"A América devora os pretos": teses médicas, manuais de fazendeiros e grandes escravarias**
Júlio César Medeiros da S. Pereira
- 130 **Doenças de escravizados em Vassouras, 1840-1880: principais causas *mortis* e suas implicações.**
Iamara da Silva Viana
- 150 **Entre a escravidão e a loucura: escravos e libertos no Hospício de Pedro II (1852-1888)**
Daniele Corrêa Ribeiro
- 164 **O aleitamento mercenário: os saberes médicos e o mercado de trabalho das amas de leite (Rio de Janeiro, 1850-1884)**
Bárbara Canedo Ruiz Martins

- 178 **"Inspeccionada e afiançada por médicos": amas de leite entre discursos e práticas da medicina (São Paulo, 1880-1920)**
Lorena Féres da Silva Telles
- 209 **Lancetas e bisturis em movimento: cirurgia na Guerra do Paraguai (1864-1870)**
Carlos Leonardo Bahiense da Silva
- 229 **Sangrar, sarjar e aplicar sanguessugas: sangradores no Rio de Janeiro da primeira metade do Oitocentos**
Tânia Salgado Pimenta
- 248 **Barbeiros-sangradores: as transformações no ofício de sangrar no Rio de Janeiro (1844-1889)**
Rodrigo Aragão Dantas
- 273 **Doenças, morte e escravidão africana: perspectivas historiográficas**
Keith de Oliveira Barbosa e Flávio Gomes
- 307 **Sobre os autores**

Dos tambores, cânticos, ervas... Calundus como prática terapêutica nas Minas setecentistas

Andre Luís Lima Nogueira

EM ITATIAIA, QUANDO CORRIA O ANO DE 1789, UM ESCRAVO DE NOME Antônio Congo foi denunciado ao Santo Ofício pelo capelão Manoel Neto. O pároco narrou à Inquisição que Antônio fazia adivinhações e “calundus com dois bonecos e muitas outras cerimônias gentílicas e diabólicas”, acrescentando ainda “que o negro é tão péssimo e mau que põem mulheres nuas cortando suas carnes, por onde lhe parece” dizendo-lhes que as “põem fechadas, livres de feitiços e com fortunas e outras coisas inauditas”¹.

A meu ver, o caso de Antônio Congo serve de interessante ponto de partida para atestar a polivalência de cerimônias coletivas, em geral nomeadas calundus e reprimidas sob a rubrica de “feitiçaria”. Aliás, nas Minas setecentistas, outros africanos e mestiços replicaram seus tambores, dançaram e cantaram para entrarem em estados de transe, a propósito de tratar dos mais diversos achaques, com destaque para as temidas “doenças de feitiço”.

O capítulo aqui proposto analisará as práticas terapêuticas existentes nas diversas cerimônias de calundus, protagonizadas, sobretudo, por africanos centro-ocidentais – “congos” e “angolas”, como aparece predominantemente na documentação pesquisada. Darei ênfase para o multifacetado universo material manipulado nesses ritos coletivos e seus diálogos com as ações individuais de curas não oficiais, algumas delas, aliás, igualmente próximas das curas engendradas pelos representantes da medicina douta,

1 ANTT. Inquisição de Lisboa. Processo n. 14723. Para facilitar a fluidez da leitura, atualizei a grafia, procurando não alterar a construção narrativa das denúncias.

a exemplo dos cirurgiões. Ainda que tais práticas pudessem ser atravessadas por significados culturais diferentes para esses representantes da medicina oficial e para os praticantes de calundus. Facetas pouco exploradas ou, mesmo, eclipsadas na literatura acerca do tema.

A maioria dos casos de calundus aqui trabalhados só chegou até nós por conta de terem sido denunciados à Igreja. Por isso, privilegiei a ação repressora do bispado, através das devassas eclesiásticas² e, de modo acessório, as denúncias reportadas ao Santo Ofício, pela mão de seus agentes – principalmente comissários e familiares –, que atuavam nas Gerais³.

Uma das principais características (e desafios) da documentação é a produção de relatos de “segunda mão”, marcados por padronizações e estereótipos, visões parciais, narrativas lacônicas – “filtros”, como prefere o historiador Carlo Ginzburg. Essas variações se tornam mais evidentes nas devassas eclesiásticas, quando, não raro, esses casos, como numa espécie de quebra-cabeça, são paulatinamente apresentados denunciante a denunciante, necessitando de um olhar que procure captar detalhes e, por vezes, silêncios para tentar perceber melhor as práticas estudadas e preencher – ainda que com algumas inferências e suposições – determinados “espaços em branco” da documentação⁴.

Os calundus têm marcado presença como objeto de estudos há cerca de trinta anos na cena historiográfica do Brasil. Um traço dessa literatura tem sido a opção por estudos de caso (REIS, 1988). Estudo pioneiro na

2 As devassas eclesiásticas seguiam uma longa tradição da Igreja Católica, de controle e normatização ao nível dos bispados. Com periodicidade anual, o bispo, ou algum clérigo por ele nomeado, percorreria arraiais, freguesias e vilas para conhecer e punir os pecados daquela comunidade mediante um conjunto de delitos preestabelecidos em quarenta quesitos, que eram perguntados a pessoas convocadas para contar o que sabiam na mesa da devassa. Os quesitos que abarcam as feitiçarias (o que incluía os calundus) e as práticas de curas não licenciadas são respectivamente os de número 4 e 5. Sob a guarda do Arquivo Eclesiástico da Arquidiocese de Mariana (AEAM), encontram-se 49 códices manuscritos de devassas eclesiásticas realizadas nas Minas Gerais (inclusive da época em que não havia bispado independente em Mariana, sendo a região subsidiária do bispado do Rio de Janeiro) – em estados de conservação variados – para o século XVIII, além de um códice sob a guarda do Arquivo Eclesiástico da Arquidiocese de Belo Horizonte.

3 Devo parte das denúncias aqui trabalhadas à generosidade de Luiz Mort que me franqueou a transcrição de diversos casos por ele pesquisados e, desde já, afirmo minha gratidão.

4 Aqui não há espaço para uma discussão mais pormenorizada do escopo teórico-metodológico por mim usado.

proposta de sistematizar mais o olhar sobre os calundus foi escrito por Laura de Mello e Souza. Em seu *O diabo e a terra de Santa Cruz* (SOUZA, 1986), a autora se ocupava de uma amostragem que abarca nove casos, dos quais sete são oriundos das Minas Gerais. Assim, para Mello e Souza “foi nas Minas que o calundu parece ter se generalizado mais cedo...”. Além da descrição dessas cerimônias de calundu, percebendo “certa unidade em todas essas práticas”, embora relativize, posteriormente, que “há heterogeneidade, as variações acabando por desembocar no calundu”, a autora propõe, ainda, a existência entre os calundus coloniais de traços “bastante semelhantes ao que conhecemos hoje como candomblé”, usando como base de comparação as descrições das cerimônias presididas por Luzia Pinta (SOUZA, 1995: 263-267).

Em trabalho mais recente, Mello e Souza faz uma releitura dos calundus, valendo-se, em grande medida, dos casos por ela já trabalhados em *O diabo e a terra de Santa Cruz*. A autora reconhece e rebate algumas críticas endereçadas a Mott e Reis, remissíveis ao perigo da tentação de análises que acabam por homogeneizar e aproximar “práticas possivelmente distintas” (referindo-se, sobretudo, à filiação quase causal entre os calundus e os candomblés por ela anteriormente proposta) e sugere, “ainda que de forma embrionária, um procedimento analítico que tome o calundu antes como constelação de práticas variadas do que como um rito acabado ou bem definido” (SOUZA, 2002:295-296). Postura de análise com a qual concordo diretamente, como será discutido no curso deste capítulo.

Os calundus também são objeto de olhar mais sistematizado de James Sweet. O autor se vale desses ritos para reafirmar dois dos principais pontos defendidos em sua pesquisa: que existiria uma circulação e filiação “Atlântica” entre as práticas mágicas (talvez importando menos terem sido engendradas na Bahia, nas Minas Gerais ou em Luanda) e que estas seriam gestadas através da “transposição” (termo do autor) praticamente incólume de matrizes culturais africanas – especialmente, centro-africanas que, ainda de acordo com Sweet, o(s) calundu(s) no Brasil do século XVIII, “continuava a ser do domínio exclusivo dos centro-africanos”

(SWEET, 2007:181) – que se mantiveram praticamente impermeáveis às influências do catolicismo até fins do século XVIII. Obviamente, com esse tipo de posição, o autor irá refutar estudos como os acima referidos de Luiz Mott e Laura de Mello e Souza, que promovem uma análise dos ritos de calundu a partir de sua composição “sincrética”. Sweet, igualmente opondo-se à escrita de Mello e Souza, sublinha a baixa expressividade numérica dos casos de calundu na região colonial das Minas, argumentando que, dos doze casos por ele arrolados, apenas dois eram oriundos das Gerais (tendo os demais ocorridos na Bahia) (SWEET, 2007: 298)⁵.

* * *

No ano de 1753, a freguesia de Santo Antônio de Itatiaia foi alvo de uma devassa eclesiástica. Uma das denunciadas à justiça do bispado chamava-se Maria Conga. De acordo com Rosana da Silva, a negra escrava “costumava adivinhar para o que inventava uma dança de batuque, no meio da qual entrava a sair-lhe uma coisa a que chamam vento”⁶ daí conseguia saber o que queria. Em outra denúncia, as tais “danças de batuque” ganham cores mais específicas:

... e Maria Conga é calunduzeira (...) pois é público que, fazendo suas danças de calundu, salta pelos ares e, caindo no chão, feito amortecida [sic.] adivinhando várias coisas que se querem saber como foi em certa ocasião que tendo presença de um negro de André da Costa era feiticeiro, ela lhe foi tirar uma bolsa onde tinha os ditos feitiços⁷.

5 Em minha tese sobre as práticas de cura (individuais e coletivas) engendradas por africanos e descendentes nas Minas do século XVIII, trabalhei com um universo de cinquenta indivíduos, denunciados oitenta vezes à justiça episcopal e/ou à Inquisição, quantidade de casos que, a meu ver, já poderia servir como contraponto para a assertiva de Sweet acerca da inexpressividade numérica dos calundus “mineiros”, entre outros debates sobre parte dos argumentos de sua obra.

6 AEAM. Devassas eclesiásticas, 1753, v. 102

7 AEAM. Devassas eclesiásticas, 1753, v. 99

Aproximados vinte anos antes das ações de Maria Conga, em Nossa Senhora do Pilar do Ouro Preto, Dario de Madureira narra na mesa das devassas que, passando pela porta de Paulo Rodrigues de Aguiar, “ouve que, em sua casa, se estava dançando e fazendo grandes matiradas”. Curioso, perguntou ao dono da casa o que estava acontecendo e recebeu a seguinte resposta:

...ele lhe respondeu que eram danças de calundus, e que se não fossem aquelas danças já estava morto, por quanto aquelas negras que dançavam e cantavam invocavam [...] seus defuntos pagãos os quais se lhe meteu no corpo, e adivinhavam aonde estavam os feitiços que hum seu negro lhe tinha feito [...], o que tudo sabe pelo ouvir dizer a ele mesmo e presenciá⁸.

Ainda na freguesia de Santo Antônio de Itatiaia, o lusitano André da Costa denunciou laconicamente numa devassa eclesiástica que “um preto forro por nome Manoel faz umas festas com outros pretos ao que chamam calandus [sic] e que o dito é casado e que a mulher usa dos mesmos”⁹.

Tomando, preliminarmente, os casos acima pinçados e somando-os às descrições verossímeis, embora mais que provavelmente não vividas, relatadas pelo *Peregrino da América*, de Nuno Marques Pereira (1652-1729), em obra publicada nas primeiras décadas do século XVIII, aliás, bastante lembradas por estudiosos que se debruçaram sobre os ritos religiosos de africanos e seus descendentes, de que os calundus eram “uns folguedos, ou adivinhações que esses pretos costumam fazer nas suas terras, e quando se acham juntos”, tangendo atabaques em prol de curas, adivinhações de objetos perdidos ou para conseguir fortuna em seus empreendimentos cotidianos como caçadas (PEREIRA, 1928:123-124), creio ser possível pensar em alguns elementos que moldavam de modo recorrente a percepção do que seriam calundus, a nortear a fala de seus

8 AEAM. Devassas eclesiásticas, 1733, f. 51. É de se notar ainda nessa denúncia a crença e recorrência com que homens brancos de posses lançavam mão das terapias individuais e coletivas dos “curadores negros”. Aspecto não abordado neste capítulo, mas que suscita férteis discussões.

9 AEAM. Devassas eclesiásticas, 1731 f. 40

denunciante e a escrita daqueles que coíbiam tais ritos, como os padres responsáveis pelas devassas eclesiásticas e os agentes do Santo Ofício.

Sob a rubrica de calundu, apareciam cerimônias coletivas diversas e possuidoras de um conjunto amplo de variações e mesclas culturais, embora fossem marcadas mais diretamente por três elementos rituais, como pude atestar na repetição da fala de denunciante e/ou no registro dos agentes de coerção da Igreja, que, creio poder pensar como uma espécie de “núcleo duro” ou vetores mais tipicamente lembrados/rotulados nos registros que os perseguiam. Assim, os calundus eram concebidos como ritos coletivos, cadenciados pelo toque de instrumentos (fundamentalmente de percussão) e cânticos rituais. Estes se diferenciavam dos “batuques” festivos por objetivar proporcionar o contato entre seus participantes, ou parte deles, com divindades e/ou espíritos antepassados/tutelares, como bem sabia o proprietário Paulo Rodrigues, ao afirmar, peremptoriamente, que seus cativos “dançavam, cantavam e invocavam seus defuntos pagãos” para livrá-lo dos feitiços (REIS, 1988:61e 63)¹⁰. Enfim, outro elemento quase sempre mencionado ou sugerido nas denúncias era o estado de transe que permitia o contato com o “outro mundo”, registrado de diferentes formas, como “vento de adivinhar” a “entrar” ou “sair” da cabeça, como ocorre com a angolana Luzia Pinta, estudada pioneiramente por Luiz Mott e Laura de Mello e Souza, e com a congoleza Maria, ficar “amortecida”, “fora do juízo”, alterações nas vozes dos participantes, além dos repetidos topicamente “estrondos”, “urros” e “zurros” de bestas que ajudavam a compor a “confusão do inferno” da qual fala o “Peregrino” e a recorrente demonização dessas cerimônias.

Diversos autores sublinham a importância do transe para o culto de divindades e/ou espíritos tutelares nas religiões tradicionais dessas pessoas aqui nomeadas “congo”, “ângola”, “benguela” (SWEET, 2007:87; SLENES, 2006; THOMPSON, 1984:88; THORTON, 2004). Aliás, esses estados

10 Entretanto, na documentação pesquisada, igualmente encontrei para as Minas do século XVIII, como observam autores como Nicolau Parés, João Reis e Daniela Calainho, expressões generalizantes como “batuques”, “festas”, tornando, para alguns desses casos, imprecisas e movediças as fronteiras entre cerimônias religiosas e batuques festivos protagonizados pelos indivíduos aqui estudados.

de transe e possessão nas Minas setecentistas não eram exclusivos de cerimônias coletivas, aparecendo também com significativa relevância nas ações de curadores individuais africanos e mestiços, do mesmo modo que há evidências documentais que diversos curadores “minas”, “couras”, ou seja, africanos ocidentais, também entravam em contato com o “outro mundo” através de estados de possessão e transe para descobrirem enfermidades e tratarem de seus doentes (PARÉS, 2007:108; NOGUEIRA, 2013:cap. III).

Além disso, os casos inicialmente apresentados permitem perceber que essas cerimônias coletivas e o contato mediúnicos com divindades e/ou espíritos familiares, possuíam função propiciatória e de manutenção do equilíbrio da “comunidade do calundu” e de seus clientes, servindo o contato com o transcendental para adivinhar autores de furtos, “dar fortuna”, como aparece referido em várias denúncias e, sobretudo, para descobrir e curar doenças, especialmente as “doenças de feitiço”, desvelando, ainda, em alguns desses casos, quem eram os agentes dos acreditados malefícios.

Certa noite de 1776 no arraial de Antônio Pereira, o pardo forro João Pedro de Albuquerque, acompanhado de mais dois “companheiros”, passaram “pela porta” da casa da negra Mariana Teixeira e ouviram “um estrondo, e vozes fora do natural de gente humana”. Curiosos, “querendo ver o que era, buscaram modo de entrar dentro [sic] da tal casa, onde acharam um negro chamado O Barra, o qual estava fazendo umas superstições diabólicas, com uma gamela cheia de água”, com raízes, e vários negros, “como mortos, dando urros e soando [sic.] e a dita negra Mariana Teixeira deitando-lhe água por cima e o negro O Barra animando-os dizendo-lhe que não era nada”.

A vontade de saber do pardo João Pedro não parou na invasão da casa onde a própria dona era participante ativa das cerimônias que presenciara. Perguntando ao próprio O Barra “para que faziam aquilo”, ouviu do negro que era para “curar de feitiços e que aquela gamela tinha tal virtude que se ele, denunciante, pegasse nela, iria com ela pelos ares”. Depois de tudo que viu e ouviu, João Pedro “como católico” tratou de remeter às autoridades inquisitoriais sua denúncia, não deixando de

sublinhar – ou o comissário do Santo Ofício por ele – que teria presenciado “umas superstições diabólicas”¹¹.

Ainda que nesta denúncia não apareça explicitamente o termo *calundu* para nomear o ritual protagonizado pelo negro O Barra, é possível encontrar alguns de seus componentes mais característicos, como seu caráter coletivo, a sugestão dos batuques (nos “estrondos”) e, de modo ainda mais evidente no documento, o transe, registrado em tópicos como “vozes fora do natural de gente humana”, “urros e surros” e nos vários “negros como mortos”. Há, entretanto, mais dois detalhes nessa denúncia que até o momento não tinham se mostrado nos casos analisados. Refiro-me ao uso ritual de “raízes” e “folhas”, outro elemento encontrado de modo muito recorrente nos *calundus* “mineiros”, indicando funções terapêuticas e/ou possibilidades de, através das plantas, dinamizarem o contato com o “outro mundo” (em algumas dessas denúncias fica evidente que as “raízes” e “folhas” seriam usadas como oferendas) e a tal “gamela voadora” portada pelo negro, componente que atesta, uma vez mais, a variação desses ritos e que, a meu ver, poderia possuir analogias com os “objetos possuídos” também manipulados pelos sacerdotes centro-africanos (*gnanga*), que, com frequência, faziam às vezes de curadores individuais ou curavam através de cerimônias coletivas, como os estudos acima referidos de Thompson, Sweet e Thornton e as descrições de clérigos como o padre Cavazzi permitem pensar¹².

A denúncia contra o *calunduzeiro* O Barra também reforça o argumento mencionado de que numa análise mais sistematizada das denúncias de *calundu*, acompanhando-as caso a caso, é possível verificar variações rituais que demonstram que as classificações e padronizações, encontradas em parte da literatura acerca do tema, não dão conta de todas as possibilidades de realização daqueles rituais, embora sejam úteis e essenciais para compreender o emaranhado de questões que se cruzam em torno do *calundu*.

11 ANTT. Inquirição de Lisboa. Cadernos do Promotor n. 129 f. 322.

12 Para uma discussão mais pormenorizada acerca desta faceta dos *calundus* “mineiros”, conferir minha supracitada tese.

O Barra não estava sozinho no uso de “ervas e folhas” em sua gamela para protagonizar batuques que tinham por objetivo “curar de feitiços”. A presença desses recursos nos calundus “mineiros” repete-se em diversas denúncias reportadas ao Santo Ofício e/ou à justiça do bispado.

O escravo Francisco Benguela, no arraial de São Sebastião, Mariana, “tendo notícia que vários negros e negras estavam fazendo batuques em uma paragem fora do arraial e, por sua curiosidade, foi ver as tais danças”, como contou em sua autodenúncia ao comissário do Santo Ofício. Chegando lá, viu o negro cabo-verde Felix “fazer calundus por arte diabólica”, tirando os sentidos à Maria Angola, que “caiu como morta” e o tal Felix “falava que as almas da Costa da Guiné eram as que falavam dentro daquela criatura”. O calundzeiro perguntou se Francisco “tinha alguma moléstia”, respondendo que sentia “umas picadas”, Felix “lhe disse que aquelas picadas lhas faziam as almas da Costa”. Voltando na mesma paragem no dia seguinte, e “achando as mesmas danças de calundus”, Felix foi buscar umas ervas e com elas fez “esfregações” no corpo de Francisco que perdera os sentidos por cerca de meia hora, “e que se não lembra o que fez neste tempo com a tal diabrura porém nunca mais se quis achar o tal ato e se retirou abominando aquelas coisas”¹³.

Aqui, novamente, os calundus são lembrados como rituais que deveriam resolver “doenças espirituais” como “picadas de almas da Costa”, que pareciam ser diferentes, no entendimento do calundzeiro cabo-verde, das “almas da Guiné”, que lhe serviam como guia para descobrir os achaques que eram perguntados por indivíduos supostamente possuídos. É de se notar, igualmente, nas ações de Felix o papel ritual e terapêutico das “ervas”, estas, como explicitada na autodenúncia, manipuladas diretamente no curso do ritual por meio de “esfregações”.

Calundzeiros que atuaram nas Minas setecentistas manuseavam, ainda, “folhas” e “ervas” para a produção de “beberagens”. Assim, um escravo de nome Gonçalo Mina fora alvo de cinco denúncias numa devassa eclesiástica. Inicialmente, teria sido apontado como feiticeiro, a produzir com “folhas e escumalhos [sic] de ferreiro” beberagens para vitimar

13 ANTT. Inquirição de Lisboa. Cadernos do Promotor n. 129 f. 143.

outros cativos. Contudo, ao ser chamado em referimento, o minerador luso Salomão Muniel teria dados novos. Contou que, em certa ocasião, requisitou o negro mina para curar uma de suas escravas, para esse propósito Gonçalo teria passado a noite em sua casa e “para o dito efeito ouviu de noite...

umas tiradas de saltos, vozes e danças o indagando no outro dia o que era soube que o dito negro anda na de noite com uma pomba [?] na cabeça fazendo varias danças e dando voltas¹⁴.

Outro aspecto a ser sublinhado é que nas denúncias até agora analisadas não há nenhuma especificidade acerca de quais seriam as tais “raízes”, “ervas”, “folhas” e “pozes” manipulados pelas pessoas aqui pesquisadas, dando mostras, uma vez mais, das particularidades e agruras no trato de uma documentação marcada tão fortemente por padronizações e lacunas. As fontes ainda dizem pouco acerca dos usos que os personagens aqui estudados faziam dessas “raízes” e “pozes”. Contudo, seria equivocado associar o conhecimento e a manipulação dessas “ervas” exclusivamente aos curadores não licenciados e/ou aos calunzeiros africanos e seus descendentes. Em suas pesquisas, Vera Marques argumenta que a natureza e, especialmente, as plantas existentes no Brasil há muito aguçavam a curiosidade e a vontade de conhecimento e uso de diversos agentes da colonização, seguindo uma tradição médica oficial já bastante posta – de influência hipocrático-galênica –, que associava a cura das doenças ao uso desses recursos naturais (MARQUES, 1999:38).

As denúncias contra Gonçalo Mina deixam ainda pistas sobre outro vetor a ser sublinhado nas ações dos indivíduos aqui estudados e que remete diretamente ao conhecimento e uso do reino vegetal para remediar doenças e feitiços, somando-o a outras práticas de cura: refiro-me

14 AEAM. Devassas eclesiásticas, 1726-1743 f. 73 v. 74. Nota-se nesse conjunto de denúncias a ambiguidade que recaía sobre aqueles que curavam sem licença, principalmente, africanos ou mestiços, que seriam vistos, simultaneamente, como curadores e feiticeiros, tendo ainda, não raro, seus recursos terapêuticos assimilados aos conceitos europeus de feitiçaria e demonizados por denunciantes e algozes. Realidade, aliás, não exclusiva do mundo colonial.

à ambivalência dos papéis que desempenhavam como terapeutas ilegais. Diversos desses agentes atuavam, quando solicitados, ora como lideranças religiosas de cerimônias coletivas, ora como curadores individuais. Faceta, aliás, pouco lembrada na literatura acerca do tema.

Assim, a angolana Luzia Pinta, de modo versátil, se movia dos calundus – em que usava trajes especiais e, em transe, “esfregava” com ervas seus clientes para livrá-los de feitiços – às curas individuais. Em seu interrogatório, teria dito aos inquisidores lisboetas, presumivelmente para se eximir de culpas mais graves associadas à execução de “cerimônias gentílicas” e pactos demoníacos, que “somente” administrava papas de farinha misturadas com butua (ou abutua) e pau-santo, na forma de vomitórios, para que seus clientes expelisser os feitiços, tendo aprendido tais mezinhas ainda em sua “terra natal”, através dos ensinamentos de um escravo de nome Miguel¹⁵.

O calundzeiro Antônio Congo, apresentado no início desse capítulo, igualmente atuava, por vezes, como curador individual. Certa ocasião, ao ser chamado para tratar uma escrava que se encontrava doente há quatro anos, “sem que o cirurgião lhe desse com a doença”, se valeu de “ajudas de butua” (mesma planta usada por Luzia Pinta), fazendo com que a cativa “expelisse ossos”, tomados como indicativo dos supostos malefícios lançados contra sua cliente¹⁶. O cativo contava com o conhecimento e a anuência de seu senhor para realizar suas curas não licenciadas, que fixou o valor de três ou quatro oitavas de ouro para que pudesse perambular por Itatiaia e suas cercanias. Realidade, aliás, recorrente entre os “negros curadores” das Gerais¹⁷.

Nas ações do negro forro Domingos da Silva é paradigmático o entroncamento entre o mundo dos calundzeiros e/ou curadores individuais não licenciados e dos representantes da medicina douta. Enredado numa devassa eclesiástica e achando-se preso na cadeia de Ouro Preto,

15 ANTT. Inquirição de Lisboa. Processo n. 252. As transcrições por mim usadas do processo de Luzia Pinta também me foram cedidas por Luiz Mott.

16 ANTT. Inquirição de Lisboa. Processo n. 14723 f. 3.

17 Uso expressões como “curador negro” e “calundzeiro” por conta da recorrência que marca presença nas fontes pesquisadas.

Domingos resolveu apelar para o juízo eclesiástico do bispado para novo julgamento de suas ações (PIRES, 2008). De modo ambivalente, Domingos começava a tratar seus clientes por meio de “danças e calundus”, para saber se eles haviam alvo de feitiços. Em seguida, administrava “purgas, ajudas e banhos” à base de “ervas” e “outros remédios naturais”. Ainda de acordo com a sentença de livramento do negro proferida pelos clérigos do Juízo,

...este, por ter sido cativo de um cirurgião, curava várias enfermidades (...) como afirmam muitas de suas testemunhas (...) que o réu a alguns dos enfermos que curava dizerem serem feitiços o que poderia ser licito, pois alguns Cirurgiões e Médicos algumas vezes costumam dizer quando as moléstias se mostram rebeldes aos remédios naturais da medicina¹⁸.

É de se notar que as práticas curativas de Domingos da Silva acabaram comparadas diretamente aos domínios da medicina douta. Assim, “por ter sido cativo de um cirurgião”, teria (também) sido treinado por seu antigo dono na administração de “banhos” e “purgas” à “base de ervas” e nas possibilidades de associar determinadas enfermidades a feitiços, como, aliás, figura em diversos tratados médicos produzidos no curso do século XVIII (FERREIRA, 2002:422). Desse modo, no entendimento dos clérigos que julgaram o caso de Domingos, suas explicações e terapias seriam passíveis de livramento por estarem, em certa medida, em sintonia com os saberes de “médicos e cirurgiões”. Resumindo, a trajetória de Domingos fornece mais uma evidência contundente sobre a circulação e laços existentes entre os representantes da medicina oficial e os terapeutas ilegais nas Minas do século XVIII e das ações ambivalentes dos indivíduos que curavam sem licença nos “arraiais do ouro”.

Nessa perspectiva, de acordo com as pesquisas de Júnia Furtado, Márcia Ribeiro, Carla Starling de Almeida e Maria Odila da Silva Dias, cirurgiões lusos como Gomes Ferreira e Antônio Mendes, durante anos atuando nas Minas, pautaram suas ações terapêuticas no conhecimento

18 AEAM. Juízo Eclesiástico 1748-1765 f. 78, v. 79.

e uso das “raízes” e “ervas” locais. Tais autoras sublinham a importância dada à experiência e à capacidade de mesclar saberes oriundos de grupos como ameríndios e “paulistas” nas práticas desses representantes da medicina oficial. Nas páginas desses tratados há uma série de tratamentos baseados na flora e fauna mineira, a forjar uma verdadeira “medicina mestiça” (ALMEIDA, 2010; FURTADO, 1997, 2001).

Assim, parte das “raízes” e “ervas” das quais negros calunduzeiros como a angolana Luzia Pinta e Antônio Congo lançavam mão em suas curas individuais e cerimônias coletivas (aliás, nesses casos, especificadas em pormenores, numa preocupação de registro pouco frequente, como dito, na pena de inquisidores e padres responsáveis por devassas eclesiásticas) eram conhecidas e usadas também pelos curadores chancelados, como o cirurgião luso Gomes Ferreira. Os “pós” e “raízes” da butua (ou abutua, também nomeada parreira brava) e do pau-santo, por exemplo, são mencionados em diversas páginas do *Erário Mineral...* como matéria-prima para um sem-número de receitas¹⁹. Do mesmo modo, no “Regimento com foros de ley que devem observar os comissários delegados do físico-mor deste Reino e Estado do Brazil”, datado de 1744, além de uma série de reprimendas contra os abusos de boticários e droguistas e da vontade de normatização, pela via da inspeção das licenças, estado dos fármacos e pesos e medidas das boticas, encontra-se uma longa lista de produtos e seus preços que deveriam ser manipulados e vendidos legalmente nas boticas coloniais²⁰. Para os interesses específicos deste capítulo, notei, ao desfolhar as centenas de produtos oriundos dos três reinos da natureza que habitam o Regimento, a presença de algumas das “ervas” e “folhas” que encontrei nas denúncias contra os calunduzeiros e/ou curadores individuais não licenciados, africanos e seus descendentes. Os boticários igualmente manipulavam para a confecção de seus fármacos, butua (suas raízes, no caso), pau-santo (que aparece na lista como “pau”, como “casca”). É possível provar, uma vez mais, como os representantes

19 Entre as várias receitas em que Gomes Ferreira utiliza a raiz de butua e o pau-santo, conferir *Erário Mineral*, 2002:243; 251- 253; 257; 263; 265; 305; 320; 558; 676-678.

20 Arquivo Público Mineiro. SC. Cód. 2 f. 205-224.

da medicina oficial – nesse caso associada aos remédios que poderiam ser fabricados e vendidos nas boticas – e os curadores ilegais, por vezes, poderiam se valer de ingredientes e produtos (como banhos, vomitórios, emplastos...) análogos nas mezinhas que preparavam para remediar seus clientes.

Entretanto, não se pode perder de vista que a convergência de parte dessas práticas não poderia ser confundida com convergência em seus significados. Ou, dito de outro modo, por vezes, um curador oficial luso e um calundzeiro africano poderiam valer-se de um mesmo ingrediente para a produção de banhos ou beberagens e/ou de ações terapêuticas análogas – como farei menção a seguir, ao uso de sangrias em ritos de calundu, por exemplo – atribuindo-lhes significados bastante diferentes. Resumindo, a meu ver, parte dessas “raízes” e “ervas” ao invés de equilibrar ou purgar humores – como queriam cirurgiões, físicos e boticários europeus sob o impacto da tradição hipocrático-galênica –, seriam usadas por “curadores negros” para cumprir funções religiosas e rituais, em consonância com cosmovisões e crenças africanas. Neste contexto, chamo atenção para a ocorrência frequente e multifacetada de ressignificações e crioulizações (FERREIRA, 2006; HEYWOOD, 2009; MINTZ 2003; PRICE, 2003; PARÉS, 2006)²¹.

No ano de 1799, em Queluz, um preto chamado Antônio Barbosa vivia a “dar fortuna” e “adivinhar feitiçarias”. Para tanto, fazia “suas danças a que chamavam calundus”, portando, ainda, um saco cheio “de raízes, peles, ossos de defunto, e um bicho que não se encontra cá nessas minas”, sendo ainda acusado de “por arte diabólica”, ao que parece também no curso de seus calundus, “fazer dançar por si” um “bastão num penacho e vários rodolos de couro”.

A manipulação de ervas e a suposta animação de objetos, nesse caso, um bastão aparentemente ornado por um penacho, parecia não afastar as ações de Antônio Barbosa das de outros “pretos calundzeiros”, como

21 Para uma discussão acerca desse processo de crioulização e/ou manutenção de traços e crenças africanas – especialmente centro-ocidentais – nas curas individuais e coletivas desses “curadores negros”, bem como, a utilização de multifacetados recursos terapêuticos como banhos, beberagens, sangrias, por esses agentes, conferir minha supracitada tese, capítulos III e IV.

O Barra, que, como mencionado, em seus rituais operava uma “gamela” que seria capaz de “voar pelos ares”, evidenciando a suposta possessão desses artefatos, tipo de crença recorrente em várias partes da África. Entretanto, em seus calundus, o preto igualmente lançava mão ainda de elementos devocionais católicos, ao passar nas pernas dos que iam “tomar fortuna” um crucifixo e uma imagem de Santo Antônio²².

Denunciado duas vezes ao Santo Ofício, num intervalo de cinco anos, o também angolano Roque, cativo da parda Brígida Maria (que possuía lugar de destaque nessas cerimônias) capitaneava calundus em que usava um tacho com ervas e uma imagem de Nosso Senhor Jesus Cristo, vestindo-se com suas melhores roupas e “entravam a fazerem a calundus e danças” que, segundo diziam era o “melhor modo de dar graças a Deus”. Na denúncia proferida por Manoel Pacheco Correia há novos elementos descortinados dos calundus de Roque e Brígida, que agora, inclusive, não seriam lembrados mais como senhora e escravo, mas como “amásios”. O tal “tacho com erva” era “cozinhado” com a imagem de Cristo em latão dentro dele, que Roque, ao que parece fora de seus calundus, a trazia “pendurada no pescoço”. Depois de lavarem-se com a água do tacho

... principiavam umas danças ou calundus mandando a mesma sua mãe tocar uma viola seu filho João e o tal negro tocava um adufe [espécie de pandeiro] e dançavam com muitos trejeitos e mudanças e davam a cheirar a todos os circunstantes certo ingrediente que tinham em uma folha de flandres e que depois de cheirar e diziam que ficavam absortos e fora de si e ensinava Brígida que as almas dos mortos se introduziam nos vivos que cá ficavam e que a alma de sua filha morta se introduzira no corpo de Roque pôr este motivo que amava a Roque e lhe dava de mamar aos seus peitos e o deitava consigo na mesma cama em que dormia com seu marido ficando ela no meio..²³.

22 ANTT. Inquirição de Lisboa. Cadernos do Promotor n. 134 f. 47.

23 ANTT. Inquirição de Lisboa. Cadernos do Promotor n.130 f. 374. Laura de Mello e Souza (2002: 309-310) e Luiz Mott (1986:142) igualmente discutem esse caso.

Nesse caso, aliás, um dos poucos presentes em minha amostragem, há menção de que o estado de transe experimentado nos calundus de Roque seria provocado por substâncias estupefantes, guardadas na tal folha de flandres que era cheirada para motivar que “as almas dos mortos” entrassem nos corpos dos vivos. Roque e Brígida ainda “levavam o Cristo [seria a mencionada cruz de latão ou uma imagem de Cristo?] e o Santo Antônio ao mato para fazer penitência” e a parda em mais uma de suas leituras *sui generis* da fé de Cristo ainda se dizia “anjo angélico e que tinha poder do Sumo Pontífice para casar e descasar”.

Nas cercanias de Antônio Pereira, atuava um negro angola sugestivamente conhecido como João Barbeiro que, segundo seu denunciante, o negro forro João Moreira, de nação Moçambique, chamado em referimento, “vive de fazer curas, que fazia dano aos enfermos”. Certa ocasião, requisitado para curar uma preta forra de nome Catarina Moreira, João a teria curado com sucesso “uzando ervas e sangrias”, coisa que seu delator “sabia pelo ver”²⁴. Não há razões para crer que João Barbeiro fosse um sangrador habilitado, caso contrário, obviamente, não estaria sendo alvo de uma denúncia como curador ilegal. Dado notável é que João para curar seus clientes também lançava mão de cerimônias de calundu, ao que parece, como mais um “curador negro” que oscilava entre as ações individuais e coletivas ao sabor das necessidades daqueles que o procuravam.

Como é possível perceber nos casos escolhidos para fechar esse capítulo, no amplo rol de práticas e crenças que compunham as ações terapêuticas realizadas nos calundus havia, ainda, espaço considerável para o uso de orações e objetos devocionais do culto católico, com destaque para crucifixos e imagens de Santo Antônio, fruto das complexas mesclas, ressignificações e conversões realizadas nesta e na outra margem do Atlântico, artefatos, aliás, especialmente usados pelos curadores oriundos da África centro-ocidental²⁵. Além disso, é possível notar em parte dos

24 AEAM. Devassas eclesiásticas, 1762-1769 f. 116 v.

25 Tais elementos devocionais católicos foram por mim encontrados de modo recorrente tanto nas ações de terapeutas individuais como nas cerimônias coletivas realizadas nas Minas setecentistas. Para uma interpretação bastante convincente da forja de um “cato-

casos pesquisados a associação entre os calundus e práticas terapêuticas como a sangria, tradicionalmente usada pela medicina doutra de tradição humoral e por curadores africanos (nas duas margens do Atlântico), faceta também sugerida, ainda que de modo lacônico, na denúncia contra o calunduzeiro Antônio Congo que, além de utilizar “dois bonecos” nas cerimônias que presidia, punha “as mulheres nuas cortando suas carnes”, para fechar-lhes o corpo e livrá-las dos feitiços, explicação, aliás, bem diferente da encontrada nas páginas dos manuais médicos oficiais (PIMENTA, 1998, 2007; BARRADAS, 1999; SANTOS, 2005; SOARES, 2002).

Enfim, uma vez mais, sublinho o mosaico de crenças, artefatos e recursos terapêuticos que se imbricavam entre o replicar dos tambores, cânticos, danças e estados de transe dos calundus mineiros capitaneados, principalmente, por “curadores negros” de origem africana. Mas isso pode vir a ser matéria para outras histórias...

Referências bibliográficas

ABREU, Brás Luís de. *Portugal médico...* Coimbra: Oficina de Joam Antônio, 1726.

ALMEIDA, Carla B. Starling. *Medicina mestiça*. Saberes e práticas curativas nas Minas setecentistas. São Paulo: Annablume, 2010.

BOSCHI, Caio César. “As visitas diocesanas e a inquisição na colônia.” In *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 7, n. 14, 1987.

CALAINHO, Daniela. “Metrópole das mandingas. Religiosidade negra e inquisição portuguesa no antigo regime.” Tese de Doutorado. Niterói: UFF, 2000.

DAVIS, Natalie Z. *O retorno de Martin Guerre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

DIAS, Maria Odila L. da S. “Nos sertões do Rio das Velhas e das Gerais: vida social numa frente de povoamento”. In FURTADO, Júnia Ferreira (org.). *Erário mineral*, de

licismo africano” e da predileção devocional por Santo Antônio por parte dos africanos centro-ocidentais, são de fundamental importância os estudos de J. Thornton. Na mesma perspectiva e em convergência com as análises de Thornton acerca da presença de referenciais religiosos tradicionais centro-africanos em meio à práticas devocionais católicas, conferir Marina Mello e Souza.

Luiz Gomes Ferreira, v. 1 e v. 2, Rio de Janeiro: Fiocruz, Fundação João Pinheiro, 2002 (editado pela primeira vez em 1735).

FEITLER, Bruno; LIMA, Lana Lage da Gama e VAINFAS, Ronaldo (orgs.). *A Inquisição em xeque: temas, controvérsias, estudos de caso*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2006.

FERREIRA, Roquinaldo. "Ilhas crioulas": o significado plural da mestiçagem cultural na África atlântica. In *Revista de História*. São Paulo: USP, n. 155, 2006.

FIGUEIREDO, Luciano. "Peccatumundi: a 'pequena inquisição' mineira e as devassas episcopais". In RESENDE, Maria E. Lage de e VILLALTA, Luiz Carlos. *História de Minas Gerais*. As Minas setecentistas. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007.

FURTADO, Junia. "Arte e segredo: o licenciado Luís Gomes Ferreira e seu caleidoscópio de imagens" In FURTADO, Júnia Ferreira (Org.) *Erário mineral* de Luís Gomes Ferreira. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2001.

GINZBURG, Carlo. "O inquisidor como antropólogo". In: *Revista Brasileira de História*. São Paulo: ANPUH v. 1 n. 21. set. 1990/fev. 1991

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes*. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

GINZBURG, Carlo. *História noturna: decifrando o sabá*. São Paulo: Cia. das Letras, 2007.

HENRIQUE, Francisco da Fonseca. *Medicina lusitana e socorro delfico aos clamores da natureza humana para a total profligação de seus males*. Amsterdã: Oficina de Miguel Diaz, 1731.

HEYWOOD, Linda (org.). *Diáspora negra no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2009.

KANANOJA, Kalle. Healers. "Idolaters and good christians: a case study of creolization and popular-religion in mid-eighteenth century, Angola". In: *International Journal of African Historical Studies*. v. 43, n. 3, 2010.

MARCUSSI, Alexandre Almeida. "Estratégias de mediação simbólica em um calundu colonial". In *Revista de História*. São Paulo: USP n. 155, 2006.

MARQUES, Vera. *Natureza em boiões*. Medicinas e boticários no Brasil setecentista. São Paulo: Ed. Unicamp, 1999.

MINTZ, Sidney e PRICE, Richard (org.). *O nascimento da cultura afro-americana*. Uma perspectiva antropológica. Rio de Janeiro: Pallas, 2003.

MOTT, Luiz. "Acotundá: raízes setecentistas do sincretismo religioso afro-brasileiro". In *Anais do Museu Paulista*, v. XXXI, 1986.

MOTT, Luiz. "O calundu angola de Luzia Pinta (Sabará – 1739)". In *Revista do IAC*, v. 2 n. 1, 1992.

NOGUEIRA, André. "Entre cirurgiões, tambores e ervas: calunduzeiros e curadores ilegais em ação nas Minas Gerais (século XVIII)". Tese de doutorado. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, cap. IV, 2013.

NOGUEIRA, André. "Relações sociais e práticas mágicas na capitania do ouro: o caso do negro angola Pai Caetano (Vila Rica, 1791)". In *Estudos afro-asiáticos*. Rio de Janeiro: Ucam, v. 27, 2005.

PAIVA, Pedro. "Inquisição e visitas pastorais: dois mecanismos complementares de controle social?" In: *Revista de História das Ideias* Lisboa: v. 11, 1989.

PAIVA, Pedro. "Bruxaria e superstição num país sem caça às bruxas". Lisboa: *Notícias*, 2002.

PARÉS, Luis Nicolau. "O processo de crioulização no Recôncavo baiano". In *Afro-Ásia*. Salvador: UFBA/CEAO. n. 33, 2005.

PARÉS, Luis Nicolau. *A formação do candomblé: história e ritual da nação Jeje na Bahia*. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

PEREIRA, Nuno Marques. *Compêndio narrativo do peregrino da América...* [1728] Rio de Janeiro: ABL, 1928.

PIRES, Maria do Carmo. *Juízes e infratores: o tribunal eclesiástico do bispado de Mariana (1748-1800)*. São Paulo: Annablume, 2008.

PRICE, Richard. "O milagre da crioulização: retrospectiva". In *Estudos Afro-Asiáticos*. Rio de Janeiro: Ucam. n. 25, 2003.

REIS, João J. "Magia Jeje na Bahia: a invasão do calundu de Pasto de Cachoeira, 1785". In *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 8, n. 16 mar./ago., 1988.

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

SANTOS, Vanicléia Silva. "As bolsas de mandinga no espaço Atlântico: século XVIII". Tese de Doutorado. São Paulo: FFLCH-USP, 2008.

SLENES, Robert. "A árvore de Nsanda transplantada: cultos kongo de aflição e identidade escrava no sudeste brasileiro (século XIX)". In LIBBY, Douglas e FURTADO, Junia. *Trabalho livre trabalho escravo*. Brasil e Europa, séculos XVIII e XIX. São Paulo: Annablume, 2006.

SOUZA, Laura de M. *O diabo e a terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial*. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

SOUZA, Laura de Mello e. "Revisitando o calundu". In GORENSTEIN, Lina e CARNEIRO, Maria L. Tucci. *Ensaio sobre a intolerância*. Inquisição, marranismo e antisemitismo (homenagem a Anita Novinsky). São Paulo: Humanitas, 2002.

SOUZA, Marina de Mello e. "Crucifixos centro-africanos: um estudo sobre traduções simbólicas". In ALGRANTI, Leila (et. all.). *O império por escrito: formas de transmissão da cultura letrada no mundo ibérico – séculos XVI-XIX*. São Paulo: Alameda, 2009.

SOUZA, Marina de Mello e. "Santo Antônio de nó-de-pinho e o catolicismo afro-brasileiro". In *Tempo*. Rio de Janeiro, n. 11, 2001.

SWEET, James. *Recrutar África*. Cultura, parentesco e religião no mundo afro-português (1441-1770). Lisboa: Ed. 70, 2007.

THOMPSON, Robert F. *Flash of the spirit: african & afro-american, art & philosophy*. New York: Vintage Books, 1984.

THORNTON, J. *The kongolese Saint Anthony: Dona Beatriz Kimpa Vita and the Antonian Movement 1684-1706*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

THORNTON, J. "The development of African Catholic church in the kingdom of Kongo". In *Journal of African History*, 2014, n. 25:147-167;

THORNTON, J. *A África e os africanos na formação do mundo Atlântico (1400-1800)*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

VANHEE, Hein. "Central African popular christianity and the making of haitian voodoo religion. In HEYWOOD, Linda M. *Central africans and cultural transformations in the american diaspora*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

WALKER, Timothy. "The role and practices of the curandeiro e saluadore in early modern portuguese society". In *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. v. 11, 2004.

O comércio de africanos e o flagelo das bexigas na Amazônia colonial (1707-1750)¹

Benedito Carlos Costa Barbosa

É comum na historiografia a associação entre tráfico negreiro, doenças e mortes de escravos (ASSIS, 2002). Entre as doenças que mais mortandade causaram no continente americano, no meio de tantas enfermidades oriundas do processo de colonização, destaca-se a bexiga, atualmente conhecida como varíola (ALDEN & MILLER, 1987). Do mesmo modo que se verificou em outras regiões do Brasil, na Amazônia, desde o século XVII, no decorrer do povoamento, houve vários surtos epidêmicos de bexiga e relacionados diretamente com o desenvolvimento do comércio de escravos africanos (CHAMBOULEYRON, 2006:79-114).

Na primeira metade do século XVIII, período em foco nesse estudo, a documentação assinala duas epidemias de bexigas, ocorridas nas décadas de 1720 e 1740, que propagaram-se para diversos cantos da região e atingiram, sobretudo, os povos indígenas, considerados, até então, a principal mão de obra na Amazônia. Esses surtos epidêmicos causaram uma escassez generalizada de trabalhadores, em decorrência das mortes e das fugas de índios que, apavorados com a peste, embrenhavam-se nos matos. Com o esforço de solucionar ou amenizar os problemas socioeconômicos desencadeados pela doença, os moradores, religiosos e autoridades coloniais empregaram algumas práticas curativas. Além do que, em diversos momentos, suplicaram, ao soberano, descimentos² indígenas e, principalmente, escravos africanos. Apesar de o comércio negreiro ser

1 Esse texto constitui parte da minha dissertação de mestrado. Ver Referências bibliográficas, p. 60

2 Os descimentos constituíam “deslocamentos de povos inteiros para novas aldeias próximas aos estabelecimentos portugueses”, e sempre eram realizados na presença de um missionário e sob a responsabilidade da Coroa portuguesa. No período estudado, sobressaiu o descimento privado, deslocamento de índios feito por particulares e não sob a responsabilidade da Coroa portuguesa.

encarado como disseminador das bexigas e de outras moléstias do além-mar, o escravo africano constantemente foi relacionado ao crescimento econômico da região.

Os escravos, às vezes, saíam doentes dos portos de embarques, outras vezes adoeciam em razão das péssimas condições das embarcações e do precário regime alimentar (PEREIRA, 1951:153-185; REIS, 1961: 347-353; SÁ, 2008), circunstâncias que contribuíam para o surgimento de doenças e para alastramento das infecções nas viagens atlânticas. Na Amazônia, região de desembarque, as populações locais, sobretudo indígenas, constituíram as maiores vítimas das infecções. Essa relação entre tráfico negreiro, bexigas e mortandade fica visível em todos os tempos, em destaque nos anos em que o comércio de escravos africanos tornou-se uma atividade regular na região amazônica, precisamente na segunda parte do século XVIII, com a instalação da Companhia Geral de Comércio do Grão-Pará e Maranhão, em 1755.

É neste viés que o capítulo busca analisar o tráfico negreiro e a sua correlação com as bexigas, no período de 1707-1750 (contexto do reinado de D. João V), na Amazônia, área que compreendia, até meados do século XVIII, o estado do Maranhão e Grão-Pará, com sede administrativa em São Luis (SAMPAIO, 2011:42)³. O capítulo discute, no primeiro momento, algumas características do tráfico negreiro: organização, rota, procedência e números. Em seguida, são analisadas as epidemias de bexigas, com foco nos seguintes temas: mortandade dos povos indígenas, decadência da região amazônica por falta de mão de obra, experiência de alguns métodos de tratamento (inoculação, sangria e curandeirismo), pedidos de escravos indígenas e, sobretudo, africanos para remediar os colonos da carência de mão de obra. O estudo baseia-se em documentos manuscritos coloniais⁴ do Arquivo Histórico Ultramarino (AHU), Arquivo Público do Estado do Pará (APEP), Anais da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro (ABNRJ), Anais da Biblioteca e Arquivo Público do

3 O estado do Maranhão e Grão-Pará constituiu uma unidade autônoma em relação ao estado do Brasil, mas subordinava-se diretamente a Lisboa.

4 Para facilitar a leitura do capítulo, a escrita dos trechos documentais foi atualizada.

Pará (ABAPP) e Banco de Dados do Comércio Transatlântico de Escravos (BDCTE).

O tráfico negroiro para as terras amazônicas

Até meados do século XVIII, o tráfico negroiro à Amazônia compreendia uma extensão do comércio lusitano no além-mar, baseado na venda de manufaturados e na compra de gêneros da terra, e envolvia os moradores da região, os comerciantes de Lisboa e a Coroa portuguesa. As embarcações saíam de Portugal em direção às costas africanas, permutavam os produtos por escravos, rumavam à região amazônica e, posteriormente, regressavam para Lisboa, levando as drogas do sertão (Figura 1). Em 1746, por exemplo, o mestre piloto Antônio Nunes de Sousa solicitou ao rei bilhete para continuar viagem ao Maranhão com escala em Cacheu, onde buscaria escravos⁵.

Geralmente, ao retornarem, as embarcações levavam os gêneros da terra que, grosso modo, formavam elementos importantes para dinamizar o comércio marítimo⁶. Parte dos gêneros, certamente, servia para aquisição de mais escravos. Assim, em 1721, D. João ordenou ao governador Bernardo Pereira de Berredo enviar sementes de cacau ao governador de Pernambuco para serem entregues ao provedor da Fazenda da Ilha do Príncipe, pelos navios que comercializavam e resgatavam escravos na Costa da Mina⁷. No ano seguinte, tratando da carta do governador João da Maia da Gama, “sobre vários pontos que inculcais para aumentarem os moradores desse Estado em cabedais”, o rei mencionava que “um deles [era] a grande falta que lhe faz não terem escravos da Costa de Guiné e o poderem-se remediar mandando ao resgate com os gêneros que têm a terra, como são os tabacos, e algodões”⁸.

Consequentemente, o tráfico à Amazônia obedeceu a uma rota triangular, tendo como pontos de referência: Lisboa, África e estado do

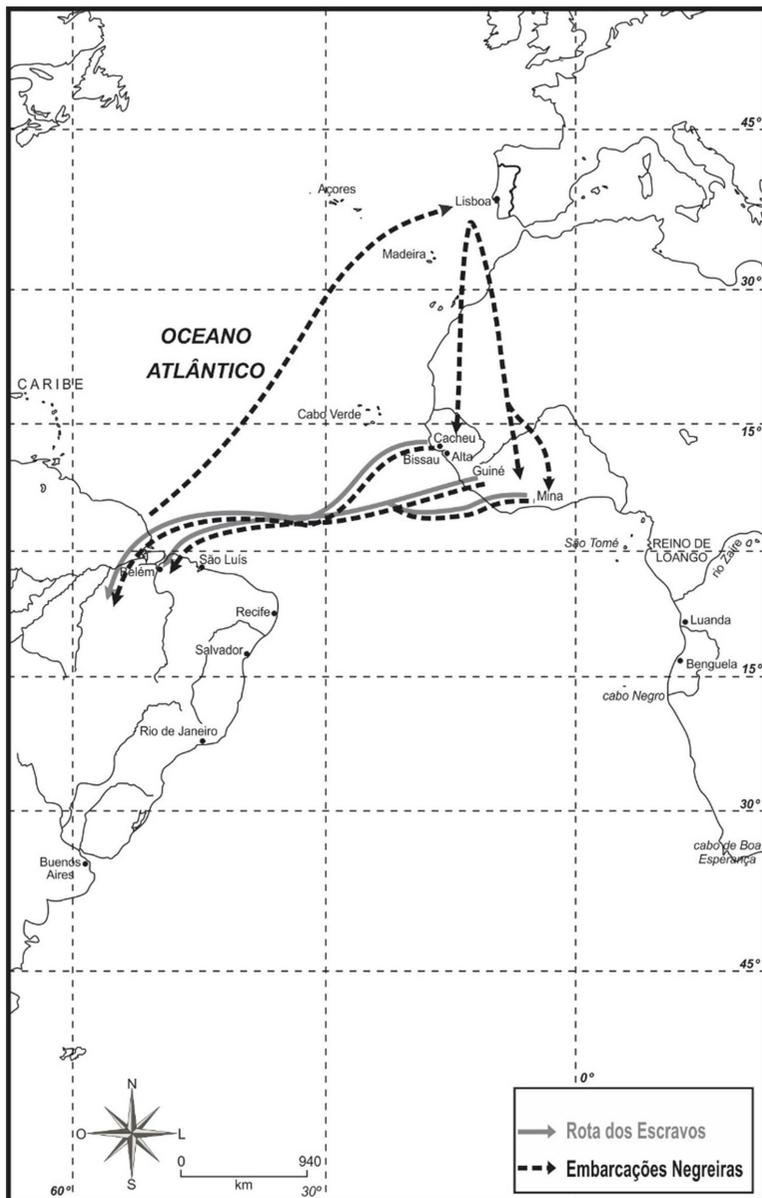
5 AHU, 9/12/1746, Avulsos (Maranhão), cx. 29, doc. 2993.

6 AHU, 15/5/1750, Avulsos (Maranhão), cx. 31, doc. 3212.

7 AHU, 20/9/1721, cx. 8, doc. 41.

8 ABNJR, 25/3/1722, v. 67 (1948), p. 189.

Figura 1: Itinerário do tráfico de escravos da Costa Africana para a Amazônia Colonial (1707-1750)



Maranhão e Grão-Pará (Figura 1). Diferenciou-se, portanto, do tráfico negreiro direcionado para outras áreas do Brasil que, então, baseava-se numa rota bilateral estabelecida entre a África e os portos brasileiros. Para Jean-Baptiste Nardi (2002:28-29), o tráfico bilateral sobreviveu devido a problemas internos e ao enfraquecimento do poder político português, que deu margem para os traficantes buscarem mão de obra na África, como no Rio de Janeiro. De acordo com Manolo Florentino (1997:11-13), a Coroa portuguesa, embora se baseasse no “lucro sobre a alienação” conforme sugere Marx, não foi capaz de movimentar a economia carioca, diferenciando-se de outros países que se encarregavam de toda a estrutura do capital comercial. Se, no Rio de Janeiro, a Coroa não teve uma participação ativa no comércio, fato que permitiu a atuação dos traficantes, na Amazônia ela manteve a estrutura econômica em todos os setores, inclusive na organização do tráfico de escravos. A interferência da Coroa no comércio de escravos ocorreu por meio de contratos com os homens de negócios ou por meio da introdução de negros à custa da Fazenda real, já que os moradores, sem recursos financeiros capazes de patrociná-lo, ficavam na sua dependência.

A assistência da Coroa ocorreu em todos os tempos, mesmo quando o comércio negreiro foi, supostamente, organizado por particulares. Mas, ficou notório nas ocasiões em que ela celebrou alguns assentos (SALLES, 1971:28)⁹ com os homens de negócios para trazer escravos à região amazônica. O primeiro assento ajustado com José Monteiro de Azevedo, entre os anos de 1707 e 1708, pretendia introduzir 200 escravos no Maranhão, e o segundo, em 1718, firmado com Manuel de Almeida e Silva, tinha o objetivo de trazer 150 escravizados. Apesar da preocupação do monarca com a remessa dos escravos e os conflitos que dele foram suscitados, o segundo assento não teve efeito, ajustando-se outro com Diogo Moreno Franco, em 1721. O novo assento previa a mesma quantidade e o mesmo valor firmado anteriormente, e destinava-se preferencialmente aos lavradores das

9 Os assentos constituíam o carregamento feito sob a responsabilidade da Fazenda real, mediante contrato com particulares.

capitanias do Pará e do Maranhão para o desenvolvimento dos engenhos e atividades agrícolas¹⁰.

Tabela I – Assentos de escravos

Ano	Assentista	Quantidade	Preço/escravo
1707-1708	João Monteiro de Azevedo	200	78\$000
1718	Manuel de Almeida e Silva	150	94\$000
1721	Diogo Moreno Franco	150	94\$000

Fonte: AHU, códice 1269, f. 13.

Acerca do novo assento que se firmara com Diogo Moreno Franco, o rei demonstrava preocupação, por isso repassou cuidados ao procurador da saúde e ao provedor-mor da Fazenda do Maranhão sobre o desembarque dos escravos¹¹. Pretendia, assim, evitar problemas à Fazenda real e aos homens de negócios, pois, embora o tráfico negreiro resultasse em lucros para ambos, tornava um negócio arriscado, não só pelos perigos da navegação, mas também pelos constantes surtos de bexigas e outras doenças, que poderiam colocar em risco as vantagens obtidas no comércio. Por esse motivo, o soberano atentava as autoridades a terem todo o cuidado com o assento, desde o contrato até a comercialização dos escravos.

Por meio dos assentos ou de outras formas de aquisição, ao longo do período estudado, algumas embarcações cruzaram o Atlântico e trouxeram, de maneira modesta e fragmentada, africanos à região amazônica. Sobre os escravos efetivamente desembarcados, começarei pelos assentos. A documentação não permitiu saber se todos os escravos, arrolados no contratado com a Fazenda real, chegaram, salvo parte do assento de João Monteiro de Azevedo. Ainda no ano de 1708, desembarcaram 87 de um total de 102 escravizados, provenientes da Costa da Mina. Eles vieram no navio Nossa Senhora do Monte e Santo Antônio,

10 APEP, 1/8/1721, códice 8, doc. 40.

11 AHU, 1/8/1721, códice 269, f. 169.

sob os cuidados do mestre José de Azevedo, e destinar-se-iam aos senhores de engenhos, lavradores e moradores das capitanias¹². Passados seis anos, outra embarcação aportou na região com 356 escravos, de um total de 406, saídos da Costa da Mina¹³. No ano seguinte, mais um navio trouxe 85 indivíduos dos 100 saídos da Costa da Mina¹⁴.

As informações posteriores da entrada de escravos datam dos primórdios da década de 1740, e tudo indica que esses escravos entraram à custa de particulares que tinham negócios na região e não mais sob os cuidados da Coroa. Em 1740, aportou no Maranhão o iate São Francisco Xavier e Santa Ana, comandado pelo capitão e mestre Manoel Hegues da Luz. A dita embarcação saiu de Cacheu com 77 escravos, dos quais apenas 69 chegaram aos portos amazônicos¹⁵. No ano seguinte, em 1741, entrou no porto do Maranhão o bergantim Nossa Senhora Madre de Deus e Santo Antônio e Almas, sob o comando do capitão Antônio José Veloso. Essa embarcação saiu de Lisboa com escala por Cacheu para traficar escravos aos donos do novo engenho de Serra Madeiras. Mas, em Cacheu, o dito capitão faleceu e sem outra pessoa experiente que pudesse conduzir a embarcação a tomar algum porto do Brasil, chegou depois de dois anos com apenas sete escravos de um total de 100 que embarcaram no porto africano¹⁶. Dois anos depois, o mesmo bergantim, ou outro de nome parecido, aportou na região com mais escravos de Cacheu aos proprietários das fábricas de madeiras. Essa embarcação saiu com 101 escravos, entretanto, aportou com apenas 92 que deviam trabalhar na extração e no beneficiamento da madeira. Posteriormente, outros escravos foram solicitados às fábricas de madeiras¹⁷,

12 AHU, 5/3/1709, cód. 268, f. 242 / BDCTE, acesso em 17/02/2016 (www.slavevoyages.org).

13 BDCTE, acesso em 17/02/2016 (www.slavevoyages.org).

14 AHU-MA, 10/6/1720, cx. 12, doc. 1247 /BDCTE, acesso em 17/02/2016 (www.slavevoyages.org).

15 AHU, 11/10/1741, Avulsos (Maranhão), cx. 26, doc. 2700/ BDCTE, acesso em 17/02/2016 (www.slavevoyages.org).

16 AHU, 16/09/1741, Avulsos (Pará), cx. 24, doc. 2263/ BDCTE, acesso em 17/02/2016 (www.slavevoyages.org).

17 AHU, 8/11/1743, Avulsos (Pará), cx. 26, doc. 2445/ BDCTE, acesso em 17/02/2016 (www.slavevoyages.org).

Tabela II – Embarcações com africanos na Amazônia

Ano	Embarcação	Procedência	Capitão	Escravos embarcados	Escravos desembarcados	Observação	Documento
1708	Navio Nossa Senhora do Monte e Santo Antônio	Costa da Mina	José de Azevedo	102	87	Repartição entre senhores de engenhos, lavradores, e moradores.	AHU, cód. 268, f. 242 / BDCTE
1714		Costa da Mina		406	356		BDCTE
1715		Costa da Mina		100	85	Entregou os escravos aos donos originais.	AHU-MA, doc. 1247 / BDCTE
1740	Iate São Francisco Xavier e Santa Ana	Cacheu	Manoel Heges da Luz	77	69	Entregou os escravos aos donos originais.	AHU-MA, doc. 2700 / BDCTE
1741	Bergantim N.S. Madre de Deus e Santo Antônio e Almas	Cacheu	Antônio José Veloso	100	7	Entregou os escravos aos donos originais (engenho de madeira).	AHU-PA, doc. 2263 / BDCTE
1743	Bergantim N.S. Madre de Deus e Santo Antônio e Almas	Cacheu	José Paulo	101	92	Entregou os escravos aos donos originais (engenho de madeira).	AHU-PA, doc. 2445 / BDCTE
Total				886	696		

atividade que contou, em vários momentos, com o apoio da Coroa portuguesa (MENEZES & GUERRA, 1998:123-145; BATISTA, 2008).

Outras informações a respeito do tráfico negreiro constam de moradores suplicando mão de obra junto à Coroa¹⁸ e também de um traficante solicitando ao soberano para negociar escravos na costa africana à região amazônica¹⁹. No entanto, não tenho conhecimento sobre a materialização desses pedidos. Por conseguinte, embora sejam números fragmentados e imprecisos para calcular uma quantidade de escravos traficados à região no período estudado, a estimativa é importante para termos uma ideia da dimensão do tráfico e da própria escravidão estabelecida na Amazônia. Kátia Mattoso (2003:32), ao prever o número de escravos desembarcados no Brasil, estipula que 500 entraram nos portos amazônicos. A autora, certamente, baseou-se no mapa de contratos do Conselho Ultramarino que considera apenas os assentos, e não as entradas efetivas de africanos, ou seja, não contabiliza os escravos que efetivamente entraram na região. Mesmo tratando dos assentos, Mattoso equivoca-se, pois não diminuiu os 150 escravos contratados por Manuel de Almeida e Silva, em 1718, que foram reajustados depois com Diogo Moreno Franco (Tabela III). Contudo, apenas dois contratos possivelmente aconteceram e essa porção diminuiu para 350 escravos.

O BDCTE contabiliza 696 escravos entrados na Amazônia (Tabela III), ou seja, os escravos efetivamente desembarcados, incluindo uma parte do assento de João Monteiro de Azevedo, que realmente chegou aos portos amazônicos. Ao cruzar as fontes, constatei os mesmos números que o BDCTE, com exceção dos 356 escravos entrados no ano de 1714²⁰. Apesar de não encontrar essa quantidade de escravos na documentação, considero importante a informação pois, para compor a estatística do volume do tráfico, levo em

18 Ver "Súplicas ao soberano", na página 55.

19 AHU, 30/10/1723, Avulsos (Pará) cx. 7, doc. 653.

20 Segundo o BDCTE, a referência aos 314 escravos consta na pesquisa de Walter Hawthorne. *From Africa to Brazil: culture, identity, and an atlantic slave trade, 1600-1830*. BDCTE, acesso em 17/02/2016 (www.slavevoyages.org).

consideração os números do BDCTE (entrada efetiva) e os assentos (entrada incerta). Mas, antes de somar esses números, é importante lembrar que, em 1708, entraram 87 escravos referentes a uma parte dos 200 contratados com João Monteiro de Azevedo. Assim, o valor dos assentos (entrada incerta) diminui para 263 que, adicionado aos 696, resulta em 959 escravos, estimativa que teoricamente oscila em torno de 1.000 escravos introduzidos nos portos amazônicos no período estudado (Tabela III).

Tabela III – Estimativa de africanos desembarcados

Ano	Mattoso	BDCTE	Barbosa
1707			113
1708	200	87	87
1714		356	356
1715		85	85
1718	150		
1721	150		150
1740		69	69
1741		7	7
1743		92	92
Total	500	696	959

Fonte: MATTOSO, Kátia. *Ser escravo no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 2003:32; Banco de Dados do Comércio Transatlântico de Escravos (BDCTE).

A estimativa contrapõe-se aos números sugeridos, até então, pela historiografia que aponta um volume menor de escravos desembarcados. Kátia Mattoso indica 500 escravos (como ela contabiliza apenas os assentos, esse número diminui para 350). Baseado nos dados apresentados por Mattoso, José Maia Bezerra Neto argumentou que no período entre 1722 a 1755 não encontrou nenhuma referência sobre o tráfico negreiro na historiografia consultada, salvo pedidos de moradores por africanos, em razão da “irregularidade do próprio tráfico”, uma vez que as fontes tornam-se confiáveis a partir da criação da Companhia de Comércio do Grão-Pará e Maranhão, em 1755

(BEZERRA NETO 2001:23). As informações obtidas revelam que o tráfico, apesar de modesto e irregular, não se limitou aos assentos, como sugeriu Mattoso, nem aos pedidos de escravos como demonstrou Bezerra Neto, mas sobreviveu, ao longo dos anos, com a participação da Coroa portuguesa ou sob a responsabilidade de particulares que introduziram escravos após os assentos. Segue abaixo o quadro das estimativas de escravos desembarcados no estado do Maranhão e Pará (1707-1750).

Quanto à procedência dos africanos, é importante observar na Tabela II que os escravos entrados na Amazônia provinham, em sua maioria, da África Ocidental ou Atlântico Norte (Atlântico Equatorial). Esse comércio acontecia desde o século XVII²¹, talvez em razão dos ventos e das correntes oceânicas que são orientados em sentido horário, enquanto, na parte sul, os ventos e as correntes oceânicas se movem em sentido anti-horário. As embarcações que saíam em direção ao Maranhão, de portos como Bissau ou Cacheu, precisavam simplesmente navegar em direção à parte sudeste do Atlântico Norte até atingir as correntes do leste para o oeste, exatamente a poucos graus do norte do Equador. Em contraste, navios que partiam de algum ponto do Atlântico Sul ao Maranhão navegariam nas águas calmas, atrasando a viagem, por longos períodos, nas águas tranquilas do Equador (SILVA, 2008: 485-486).

Deste modo, Daniel Domingues Silva considera que os portos localizados no Atlântico Norte tornaram os principais supridores de escravos ao Maranhão, em destaque Bissau e Cacheu, especialmente durante o período anterior à Companhia de Comércio do Grão-Pará e Maranhão, em 1755. Se o Atlântico Norte sobressaiu como rota no comércio de escravos à Amazônia, para outras partes do Brasil, o Atlântico Sul ganhou notoriedade, desde os primeiros tempos, como rota dominante do comércio negreiro, sobretudo, para as regiões Sudeste e Nordeste (*ibidem*).

21 ABAPP, 13/6/1708, tomo I (1902), doc. 87, p. 129-130 e AHU, 30/ 10/1723, Avulsos (Pará), cx. 7, doc. 653.

Ainda torna-se relevante notar na Tabela II que, nos portos amazônicos, o número de escravos desembarcados é inferior ao número de escravos embarcados nos portos africanos. A diferença entre a quantidade de embarcados e desembarcados, tão bem relatada na historiografia (ALDEN & MILLER, 1987:195-244 e ASSIS, 2002), está intimamente associada às longas viagens, aos maus-tratos, às más condições de higiene, saúde e alimentação; e a outros fatores que colaboravam para o aparecimento dos males e conseqüentemente as mortes. Foi o que ocorreu com o bergantim *Madre de Deus e Santo Antônio e Almas*, em 1741, que saiu com cem escravos do porto africano e chegou somente com sete no porto do Maranhão, por conta das mortes que abateram a tripulação no transcorrer da viagem²².

A documentação não permitiu saber por que as outras embarcações não trouxeram todos os escravos saídos dos portos africanos, mas, possivelmente, o fato está relacionado às doenças, entre as quais cito as bexigas. É provável que, pelas experiências das epidemias anteriores que grassaram a Amazônia (CHAMBOULEYRON, 2006:79-114), as autoridades, tal qual o soberano, se preocupavam com os serviços de averiguação nas embarcações que ancoravam nos portos. A respeito desses serviços, em 1721, o soberano expunha ao procurador da Saúde do Maranhão o risco em examinar os navios que trouxessem os negros do assento que se firmara com Diogo Moreno Franco²³. Argumentava que não dificultasse o desembarque dos negros, receava “que, chegando os ditos escravos lhes mandasse fazer quarentena”. Mas adiantava que, “se acharem na dita embarcação alguns doentes de que [...] podia resultar [...] prejuízo” deveria fazer a vistoria “por que na demora do desembarque lhe adoeceria a maior parte dos escravos”. Por esse motivo, atentava e recomendava “com a maior brevidade se punham [os escravos] em terra”. Embora o rei se preocupasse com a quarentena, que implicava em prejuízos para a Fazenda real, ele reconhecia, de qualquer modo, que, se houvesse risco de contágio, era necessário colocar os africanos em isolamento, devendo

22 BDCTE, acesso em 17/02/2016 (www.slavevoyages.org).

23 AHU, 1/8/1721 cód. 269, f. 168, v. 169.

o procurador aplicar a “forma do Regimento da Saúde”²⁴. Inquieto ainda com a situação D. João repassou ordens de cuidados ao provedor-mor da Fazenda do Maranhão, assim que “chegarem os escravos do assento do suplicante [...] não havendo contágio no navio que o transportar se lhe não punha impedimento [em] por em terra os ditos escravos”²⁵.

O cuidado com os escravos do assento de Diogo Moreno Franco é um caso interessante para observar a preocupação do monarca com o comércio negreiro. Embora este comércio auferisse lucros aos interessados, os navios constituíam um dos meios para a disseminação das bexigas e outras doenças. A respeito do assunto, o governador Francisco Pedro de Mendonça Gurjão, em 1750, argumentou ao soberano que “o formidável contágio de que dei conta a V.M. nos navios passados [...] ainda que pôs termo a sua veemência está presentemente afligindo todos os moradores desta capitania com os seus irremediáveis efeitos”. Portanto, assinalava que o contágio das embarcações provocou “maior consternação com a morte dos seus escravos”²⁶.

Os povos indígenas foram as maiores vítimas das epidemias de bexigas. Durante os dois casos que irromperam no espaço amazônico, uma parcela significativa da população indígena morreu, comprometendo gravemente o andamento da colonização. Neste momento, os moradores, autoridades e religiosos experimentaram alguns métodos de curas, ao mesmo tempo em que solicitaram mais índios do sertão e escravos africanos junto à Coroa portuguesa para amenizar a carência de mão de obra que devastara a região.

O flagelo nas aldeias indígenas

De acordo com a historiografia, a propagação das bexigas nas Américas está intimamente relacionada ao comércio de escravos africanos (ALDEN & MILLER, 1987:195-244). Na Amazônia, segundo Arthur Vianna (1975:35-53), sucederam variados casos de epidemias de bexigas durante e pós-período

24 AHU, 1/8/1721 cód. 269, f. 168, v. 169.

25 AHU, 1/8/1721 cód. 269, f. 168, v. 169.

26 AHU, 13/8/1750, Avulsos (Pará), cx. 31, doc. 2982.

colonial. Para o contexto estudado neste capítulo, a documentação registra acentuadamente duas epidemias: uma na década de 1720 e a outra na década de 1740, que extinguíram parte da população, sobretudo indígena, assim como aconteceu em outras partes da América portuguesa.

A primeira epidemia, em 1724, causou grande consternação na região e atingiu em grande quantidade a população indígena. Sobre essa epidemia, o governador João Maia da Gama relatou ao rei que o novo bispo do Pará, em viagem do Maranhão para Belém, trouxe alguns índios na canoa. Mas, no decurso da viagem adoeceram alguns, que o bispo “deixou dois na aldeia e vila da capitania do Caeté e passando dali à aldeia do Maracanã deixou nela outros dois e, recolhendo-se a esta cidade, começaram a adoecer uns sete ou oito”. Para solucionar o caso, o governador mandou “preparar uma casa que se achava fora da cidade e por lhe dois soldados e quem tratasse dos ditos índios”. O contágio se estendeu e alcançou “o resto dos remeiros [que] se tinham recolhido ao convento da Companhia de Jesus”. A bexiga se propagou para outros lugares, “foi estendendo o contágio pouco a pouco [pelo] porto desta cidade”. Relata ainda o governador que “os dois que ficaram na aldeia do Caeté infeccionaram e atearam o contágio na dita aldeia”. A doença atingiu também os índios “que ficaram na [aldeia] de Maracanã” onde “se ateou de tal sorte que levou logo oitenta e tantas pessoas”. Mas, são números imprecisos porque outros “morreram no mato para onde fugiram” e outros ainda “escaparam [...] e diminuído o contágio se recolheram a aldeia, mas dizem que [a bexiga] torna de novo com muita força”²⁷.

Para João Maia da Gama, o contágio ocorreu de modo intenso. De Belém, se propagou para “algumas roças dos moradores”, não sendo pior porque eles “se retiraram para os matos”. Também morreram outros índios, em torno de “cinquenta ou sessenta ou setenta [...] que, em virtude da ordem de V.M., meti nas obras da Sé”. Estes foram “morrendo uns atrás dos outros e só escaparam alguns que fugiram e foram morrer ou no caminho ou nas aldeias”. Acrescentou que os índios contaminados chegavam às aldeias e rapidamente espalhavam a doença para outros nativos.

27 AHU, 2/9/1725, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 757.

Deste modo, “despovoaram todas” as aldeias e muitos índios escaparam porque embrenharam-se no mato, “mas morreram os que iam já feridos do contágio”. O governador ainda lembra que, “no Maranhão, ocorreu a mesma tormenta e o mesmo contágio das bexigas com igual mortandade a respeito do maior número de escravos que há nesta capitania do Pará”. A mortandade foi grande em toda a região, pois “na cidade como nas aldeias entendo que morreram duas mil pessoas [...] e na de São Luis do Maranhão chegariam ao número de mil”, mas “uns e outros moradores fazem muito maior o número, porém este me parece mais ajustado”²⁸.

A morte de indígenas comprometeu seriamente o crescimento da região, na medida em que muitos trabalhos paralisaram e diversas implicações surgiram à sobrevivência dos moradores. Como frisa o governador sobre a triste situação vivenciada na região, “não só para chorar e sentir o desamparo dos enfermos, mas também o dos convalescentes” posto que “não há ribeira, nem açougue e todos fugiam da cidade”. A região, dessa maneira, padeceu com a falta de mão de obra pelas mortes, enfermidades e fugas, já que os índios, apavorados, metiam-se nos matos²⁹.

A mortandade de índios não se alterou nos anos consecutivos. O triste quadro descrito na carta do governador João Maia da Gama se repetiu, anos depois, de maneira mais forte, com outra epidemia de bexiga ocorrida na década de 1740. A epidemia começou em 1743 em Belém e prolongou-se por duas décadas. De Belém, a enfermidade espalhou-se para outras partes da região e atingiu o sul do Maranhão e o oeste do Amazonas até seus afluentes, o Rio Negro, o Solimões e o Madeira, e, certamente, outras áreas do Estado (ALDEN, 1985:437).

No decurso dessa epidemia, dois mil indígenas faleceram nas missões do Rio Negro e Solimões; e na boca do Rio Madeira, 700 morreram apenas em uma missão jesuítica (ALDEN, 1985:437). São contabilizadas 700 mortes para São Luis, enquanto que para Belém e áreas circunvizinhas, quatro mil e novecentos no ano de 1749, e sete mil e seiscentos, em 1750. A epidemia reduziu à metade a população da cidade paraense, em

28 AHU, 2/9/1725, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 757.

29 AHU, 2/9/1725, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 757.

razão das mortes e das deserções de índios. Estes abandonavam os locais de trabalhos e as moradas e, apavorados, refugiavam-se nos matos com medo da doença (ALDEN, 1985:437). Os dados mostram que na capitania do Pará, no ano de 1750, morreram mais de dezoito mil pessoas; no entanto, esses dados são desconsiderados pelos oficiais que preveem “que as perdas totais excederiam as quarenta mil”. O número de mortes, certamente, foi superior ao apresentado, pois o cálculo não incluiu as pessoas que fugiram aos mocambos das áreas circunvizinhas (ALDEN, 1985:437).

Essa epidemia trouxe graves consequências para a região, não apenas pela redução do contingente populacional, que implicou na escassez de mão de obra, mas porque diminuiu, consideravelmente, a navegação nos portos de Belém. No ano de 1748, nenhuma embarcação de Portugal entrou nos portos de Belém, da mesma forma que pouca coisa mudou nos seis anos seguintes. Por falta de mão de obra, em 1750, uma pequena quantidade de canoas deixou o porto de Belém para áreas circunvizinhas à procura das drogas do sertão. Os colonos, sem força de trabalho suficiente, abandonaram as plantações e a população experimentou graves implicações com o elevado preço da mandioca (ALDEN, 1985:437). Além do que, o cacau teve uma queda em relação aos anos anteriores, em decorrência da constante morte de indígenas no baixo Amazonas (ALDEN, 1974:32 e 85).

Segundo o governador, Francisco Pedro de Mendonça Gurjão, as “fazendas [estavam] reduzidas à maior [decadência] por falta de quem as cultivem”. E “na maior parte dela [fazenda] se tinha perdido o cacau, o café, por falta de servos que os apanhassem”. Os poucos trabalhadores que sobreviviam às imperiosas bexigas “não podem dispensar do trabalho das roças para a sua sustentação”. Para o governador “a decadência e a ruína total daqueles moradores [lhe] moveu à maior compaixão” e aponta que morreram “dez mil, setecentos, setenta e sete que, juntos com sete mil e seiscentos dos moradores da mesma cidade [Pará] importam dezoito mil trezentos e setenta e sete”. Mas, nesse número não constam “as inumeráveis fazendas desta capitania, nem as vilas da Vigia, Caeté e Cameté e as mais pessoas que andam dispersas pelo sertão, [que] há de chegar a quarenta mil”³⁰.

30 AHU, 13/8/1750, Avulsos (Pará), doc. 2982.

Deste modo, o número de mortos foi maior e gerou diversos problemas socioeconômicos, advindos da falta de braços como o atraso das obras na região. D. João, em respostas ao ouvidor geral da capitania do Pará, comentava que as obras da Câmara e cadeias estavam paradas devido à carência de trabalhadores. Para isso, ordenava que “para o seu adiantamento se preenchesse o número de índios que lhe estava determinado de outras aldeias”³¹. A carência de mão de obra foi sentida praticamente em todos os cantos da Amazônia. Charles Marie de La Condamine (2000:113), em suas viagens pela região, relatou que não partiu do Pará para Lisboa no início do mês de dezembro de 1743 por “dificuldade de formar uma equipagem de remadores” pelo fato de que a maior parte dos índios se dispersava, procurando abrigo nos matos ou nas aldeias das redondezas com medo da doença que se propagava na região. Esses problemas socioeconômicos comprometiam gravemente o andamento dos trabalhos da colonização na capitania do Pará, dada a importância do indígena como força de trabalho.

Métodos curativos e saberes populares

Ao longo dos anos em que a região padecia com a propagação da be-xiga, a população – preocupada com mortalidade e a redução da mão de obra – experimentou alguns métodos preventivos que, embora não surtiram o mesmo efeito que a vacina (VIANNA, 1975:43-44; CHALHOUB, 2010; FERNANDES, 2010)³², certamente, auxiliou no tratamento de alguns convalescentes. La Condamine referiu-se às práticas de cura utilizadas por um religioso da ordem dos carmelitas, mais ou menos, pelo ano de 1728. Após informações sobre o método da inoculação na Europa, o padre, morador nos arredores do Pará, tratou de aplicá-lo em seus índios na medida em que “tornava pelo menos duvidosa uma morte que era certa”. Conforme o letrado francês (LA CONDAMINE, 2000:114), o missionário perdera “a metade dos índios; muitos outros caíam diariamente”; mas após a inoculação nos índios bons, cessaram as mortes, fato que se

31 AHU, 19/5/1750, códice 271, f. 166.

32 A vacina surgiu no final do século XVIII, pelo médico inglês Edward Jenner, e introduzida na Amazônia, posteriormente.

repetiu com um religioso do rio Negro que, ao experimentar o tratamento nos seus escravos, obteve bons resultados. Nas circunstâncias em que a região se encontrava, João Maia da Gama, em carta ao soberano, relatou que também foi castigado “não só na aflição que padec[eu] de meses, rodeado de lágrimas e de choros, mas também o desamparo geralmente de todos sem o poder remediar”. Para amenizar a situação, o governador utilizou mezinhas, métodos para combater a doença. Como argumenta sobre a importância das mezinhas: “os meus remédios não muito decentes, mas úteis depois que se acabaram os [buzuarticos]”³³.

A sangria foi outro método experimentado no contexto das epidemias. Maia da Gama conta que, em 1725, diante das inúmeras mortes de índios e sem pessoas suficientes para socorrê-los e nem “quem sangrassê”, e de posse de “um escravo de Angola, barbeiro e sangrador” dava ordem para “correr as ruas [e] ver onde era necessário [...] inocular [...] saindo às cinco horas da manhã andava até as dez, onze horas da noite”. Após sangrar os doentes, o barbeiro “caia esfalfado e atordoado dos fedores malignos das bexigas sem poder levantar a cabeça, nem abrir os olhos por mais remédios que lhe faziam”³⁴. Para Tânia Pimenta, a sangria no Brasil era utilizada desde o século XVI em quase todas as doenças, e era praticada por pessoas menos privilegiadas, principalmente os africanos e os seus descendentes; tratava-se de um ofício bastante importante para a medicina (PIMENTA, 1998). Os barbeiros-sangradores tornaram-se, no decorrer do tempo, profissionais de destaque no tratamento das doenças, nas viagens atlânticas, e, na África, estavam capacitados a escolher os escravos mais robustos (PIRES, 2006:4-5) e, sem dúvida, tiveram um grande papel na cura dos enfermos.

Ainda dentro do mundo das práticas populares de cura, cabe destacar o curandeirismo, que ainda hoje é comum na região amazônica. Durante a visita dos membros do Santo Ofício no Grão-Pará, na segunda metade do século XVIII, muitas pessoas foram denunciadas por feitiçaria. Entre elas, Maria, preta, casada, escrava de Manoel de Souza, acusada

33 AHU, 2/9/1725, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 757.

34 AHU, 2/9/1725, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 757.

por prática mágico-religiosa. No auto de denúncia foi citada por assistir os escravos enfermos de bexigas em um sítio no Guamá, por volta de 1745 (LAPA, 1978:173-174), momento em que as epidemias da doença se propagaram para os diversos cantos da região. A prática do curandeirismo, de origem africana, destacou-se em diversas partes do Brasil nos tempos de epidemias, como aponta a historiografia (DINIZ, 2009; SOUZA, 2010:41-64). Na Amazônia, esta prática não se caracterizou de modo diferente de outras regiões brasileiras, mas certamente mais complexa, pois envolveu também elementos da cultura indígena. No caminhar da colonização, os elementos indígenas se mesclaram a outros saberes, dando origem ao que se conhece atualmente como pajelança cabocla, que constitui “um conjunto de práticas de cura xamanística, com origem em crenças e costumes dos antigos índios Tupinambás, sincretizados pelo contato com o branco e o negro”, a partir do processo de povoamento (MAUÉS, 1994:73).

Apesar da experiência desses métodos, muitos índios morreram vítimas das bexigas. As condições de vida nas aldeias e nos locais de trabalho, certamente, favoreceram a disseminação da doença, em destaque nos índios recém-descidos dos sertões como relatou La Condamine (2000:113-114). Este viajante, ao descer e explorar o rio Amazonas, observou que os índios, com medo da bexiga, geralmente procuravam refúgio nas aldeias circunvizinhas. Nessas aldeias, a incidência de contágio nos antigos índios aldeados era menor que nos recém-descidos. Para o cientista francês, os índios viviam “como animais anfíbios, tão frequentemente n’água como em terra endurecidos”. Além do que, pintavam “o corpo de urucum, de jenipapo e de diversos óleos gordos e espessos”, práticas culturais que ajudavam o desenvolvimento da doença, pois faziam com que a transpiração da pele não se realizasse normalmente. Deste modo, o cientista considerava que os africanos resistiam mais à bexiga que os índios por não utilizarem as mesmas práticas; por essa razão, entendia que um índio descido havia pouco tempo dos matos e atacado pelas bexigas era considerado “um homem morto”.

Súplicas ao soberano

Para repor o abastecimento de mão de obra, os colonos, em diversos momentos, solicitaram ao soberano descimentos indígenas do sertão (PERRONE-MOISÉS, 1992:115-132. CHAMBOULEYRON & BOMBARDI, 2011:601-623)³⁵ e escravos africanos. O problema de mão de obra, sem dúvida, agravou-se com as epidemias de bexigas que atrapalhavam o cultivo das diversas culturas, assim como outras atividades dependentes do trabalho indígena. Nos primeiros anos do século, José da Cunha Deça, morador na cidade do Pará e dono de engenhos e fazendas, prejudicado nos seus negócios da lavoura pelas fugas e mortes de boa parte de seus escravos, solicitava ao rei licença para poder ir ou mandar resgatar ao sertão 120 escravos do gentio da terra, como se havia concedido a outros moradores. Na ocasião, Cunha Deça ainda relatou ao soberano “que para poder continuar com a fábrica dele, lhe mandasse do primeiro navio que fosse a esse Estado dar vinte pretos pagando-os em tempo de três anos”. O rei, ao tomar conhecimento da situação, deferiu o pedido do suplicante ao noticiar ao governador a concessão de autorização “para mandar baixar os índios”³⁶ e também “dar dos negros [...] pagando-os em termo de três anos, na forma que se observa com os moradores desse Estado”³⁷.

Nos anos posteriores, mais precisamente com a irrupção da bexiga na década de 1720, outros moradores também suplicaram por mão de obra. Em 1725, o ouvidor-geral da capitania do Pará, José Borges Valério, noticiou a propagação da doença na cidade de Belém do Pará, ao mesmo tempo em que relatou a falta de trabalhadores escravos para o cultivo das lavouras. Para Borges Valério, teria a epidemia “levado nesta cidade muitos brancos e mais de mil escravos, principalmente índios, que são o instrumento necessário a todo o comércio e sustentação dos povos, sem

35 Os descimentos constituíam “deslocamentos de povos inteiros para novas aldeias próximas aos estabelecimentos portugueses”, sempre era realizado na presença de um missionário e sob a responsabilidade da Coroa portuguesa. No período estudado sobressaiu o descimento privado, deslocamento de índios feito por particulares e não sob a responsabilidade da Coroa portuguesa.

36 ABN RJ, 26/2/1709, v. 67 (1948), p. 33-34.

37 *Ibidem*.

os quais se não pode subsistir”³⁸. No ano seguinte, para salvar seus negócios, Jerônimo Vaz Vieira, morador na capitania do Pará, informou ao rei que “de dois engenhos, um real de açúcar [...] e outro de fazer aguardente [...] lhe morreram mais de cinquenta escravos operários dos ditos engenhos por causa da epidemia que é notório houve naquele Estado”. Acerca do ocorrido, o suplicante informava que experimentara “grandes perdas por não ser possível moerem dois engenhos ao mesmo tempo sem a gente que é preciso [...]”³⁹. O morador reclamava que seus engenhos, não dispendo de mão de obra, deixavam de produzir, causando danos à arrecadação dos dízimos da Coroa, razão por que solicitara o envio de escravos africanos. Relatava ainda que “da costa da Guiné costumam ir àquele porto [Pará] alguns navios carregados de escravos para se venderem para os moradores que deles necessitam [...] o suplicante necessita ao menos de vinte”. Para acalmar o problema, ele ainda argumentava que “chegando aquele porto navio com carga de escravos para se venderem faça dar ao suplicante pelo seu justo preço vinte dos ditos escravos para com eles poderem continuar sua moenda os referidos engenhos”⁴⁰.

Na década de 1740, os oficiais da Câmara da cidade de Belém do Pará lamentavam ao rei que se achava “toda esta capitania no deplorável estado de uma rigorosa epidemia que a toda ela tem reduzido à miséria e penúria [com] o estrago na escravatura dos quais estão os moradores destituídos que servem as suas lavouras e culturas”. Os oficiais ainda lembravam que a falta de trabalhadores acarretaria “grande decadência a Real Fazenda de V.M.” Para amenizar a situação, acrescentavam, “rogamos e pedimos humildemente a V.M. se compadeça destes seus necessitados vassallos, concedendo-se as [...] tropas de resgate para, por meio delas, se irem refazendo de servos, pois a maior parte das fazendas hoje se acha despovoada”. Na ocasião, os oficiais pediam também “como este

38 AHU, 8/9/1725, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 768.

39 AHU, 12/6/1726, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 824.

40 AHU, 12/6/1726, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 824.

remédio não seja ainda bastante [...] rogamos a V.M. se digne mandar alguns navios de pretos para estes serem repartidos com os moradores”⁴¹.

Ainda neste momento, frente às implicações que a peste causou, o governador deu conta ao rei da triste situação que a região padecia com as bexigas, ao mesmo tempo em que solicitou escravos da costa africana para remediar os moradores. Acerca da questão, o Conselho Ultramarino sugeriu ao governador que para “socorrer aquele altíssimo povo, mandando-se sem demora algumas carregações de escravos da costa da Mina, Guiné e Ilhas de Cacheu”. Embora favorável ao envio de africanos, o Conselho Ultramarino ressaltava que “não pode ser conveniente fazer esta introdução por conta da Real Fazenda, como aponta o governador”. Mas seria interessante, “por meio de um assento que se pode contratar com algum homem de negócio, obrigando-se este a introduzir um competente número de escravos” ou se podia persuadir “homens de negócios introduzirem por sua conta alguns pretos nas ditas capitânicas”, concedendo algumas vantagens fiscais⁴².

Deste modo, o discurso sobre a mão de obra indígena e, sobretudo, africana, na primeira metade do século XVIII constituía uma maneira dos moradores e autoridades reerguerem a economia amazônica decadente com as mortes de indígenas. Eles alegavam que a falta de braços trazia a miséria da região e o africano, com sua “robustez física”, possibilitava aumentar os cabedais⁴³. Por essa razão, em diversos papéis enviados do Maranhão para o reino⁴⁴, o escravo africano era associado à ideia de crescimento econômico. Essa relação se tornou evidente nos tempos das epidemias de bexigas em que os colonizadores suplicavam ao soberano carregamento de escravos da costa africana para acudir seus negócios no estado do Maranhão e Grão-Pará. Provavelmente, a Coroa atendia as solicitações, pois a falta de mão de obra afetava a arrecadação dos dízimos à Fazenda Real, argumento que, em muitos casos, serviu de justificativa

41 AHU, 30/5/ 1749, Avulsos (Pará), cx. 31, doc. 2917.

42 AHU, 16/5/1750, Avulsos (Pará), cx. 31, doc. 2976.

43 AHU, 16/5/1750, Avulsos (Pará), cx. 31, doc. 2976.

44 BNRJ, 25/3/1722, v. 67 (1948), p. 189.

aos moradores para suplicarem por mão de obra. Como mencionou exemplar e astutamente Jerônimo Vaz Vieira, a morte de trabalhadores “resulta também às reais rendas de V.M. o prejuízo de lhe não poder contribuir com os seus dízimos”⁴⁵. A Coroa portuguesa, baseada nesse discurso, certamente, estimulou o tráfico negreiro para atender os diversos interesses econômicos na região.

Considerações finais

O tráfico negreiro à região amazônica, durante o governo do soberano D. João V, embora tenha supostamente contado com a participação de particulares, na maior parte do período teve o apoio constante da coroa portuguesa, que arcou com toda a infraestrutura necessária à comercialização, à venda e à distribuição dos escravos. As embarcações negreiras traçaram um trajeto triangular, saíam dos portos de Lisboa, compravam os escravos nas praças africanas, descarregavam-nos nas capitânicas amazônicas e retornavam ao lugar de origem. Traficavam escravos em sua maioria da África Ocidental, rota que acontecia desde o século XVII, com destaque para Cacheu – porto de embarque e comércio. Dessas áreas, de modo fragmentado, aponto que cerca de mil africanos desembarcaram nos portos da Amazônia. Trata-se de um número pequeno se comparado com as demais praças negreiras do Brasil, mas importante para se contrapor à historiografia, ao mostrar que o tráfico negreiro, mesmo modesto e fragmentado, se desenvolveu no decorrer da fase estudada e não se resumiu apenas aos contratos e à solicitação de negros junto à Coroa portuguesa como, até então, sustentavam os estudos sobre a escravidão.

Nos portos amazônicos, da mesma forma que aconteceu em outras praças negreiras do continente americano, a entrada de escravos constituiu uma preocupação constante aos organizadores do comércio negreiro. Apesar de o africano estar associado à ideia de crescimento econômico, o tráfico negreiro era encarado como um disseminador de doenças, como tem apontado a historiografia. Durante o período analisado,

45 AHU, 12/6/1726, Avulsos (Pará), cx. 9, doc. 824.

houve duas epidemias de bexigas (décadas de 1720 e 1740) que geraram vários problemas socioeconômicos e comprometeram o andamento da colonização com a mortandade de parte dos povos indígenas. Para controlar ou minimizar a propagação da doença, os colonos experimentaram algumas práticas de curas como a inoculação e o curandeirismo e também suplicaram por mão de obra indígena e africana ao soberano para reerguerem seus negócios decadentes pela falta de braços.

Essas súplicas por mão de obra, certamente, possibilitaram, sobretudo, a comercialização de escravos africanos no estado do Maranhão e Pará, pois o comércio negreiro significava também um aumento na arrecadação dos dízimos reais. É, nesse contexto, que podemos entender em parte o comércio negreiro para a região amazônica durante a primeira metade do século XVIII, especialmente durante o reinado do soberano D. João V, como aponta Chambouleyron para o século XVII. Segundo este historiador, o desenvolvimento do tráfico negreiro aconteceu em razão de alguns “elementos específicos da formação colonial no Estado do Maranhão”, entre eles, a morte de muitos indígenas causada pelas epidemias de bexigas, que impulsionou a vinda de africanos como forma de manter os trabalhos (CHAMBOULEYRON, 2006: 79-81 e 83).

Referências bibliográficas

ALDEN, Dauril & MILLER, Joseph. “Out of Africa: the slave trade and the transmission of smallpox to Brazil, 1560-1831”. *Journal of Interdisciplinary History*, v. XVIII, n. 2, 1987.

ALDEN, Dauril. “El Indio desecha bleen el Estado de Maranhão durante los siglos XVII y XVIII”, *América Indígena*, v. XLV, n. 2, abr./jun. 1985.

ALDEN, Dauril. *O significado da produção do cacau na região amazônica*. Belém: NAEA/ UFPA, 1974.

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. *O trato dos viventes*. Formação do Brasil no Atlântico Sul. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

ASSIS, M. F. de. “Tráfico atlântico, impacto microbiano e mortalidade escrava, Rio de Janeiro c.1790 – c.1830”. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BARBOSA, Benedito Carlos Costa. “Em outras margens do Atlântico: tráfico negreiro para o Estado do Maranhão e Grão-Pará (1707-1750)”. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

BATISTA, Regina Célia Corrêa. “Pau pra toda obra: atividade madeireira no Estado do Maranhão e Grão Pará na primeira metade do século XVIII”. Monografia de conclusão de curso apresentada à Faculdade de História/UFGA, 2008.

BEZERRA NETO, José Maia. *Escravidão negra no Grão-Pará: séculos XVII-XIX*. Belém: Paka-Tatu, 2001.

CARREIRA, António. *As companhias pombalinas de Grão-Pará, Maranhão, Pernambuco e Paraíba*. 2 ed. Lisboa, Ed. Presença, 1983.

CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.

CHAMBOULEYRON, Rafael; BOMBARDI, Fernanda Aires. “Descimentos privados de índios na Amazônia colonial (séculos XVII e XVIII)”. *Varia História*, Belo Horizonte, v. 27, n. 46, jul/dez 2011.

CHAMBOULEYRON, Rafael. “Escravos do Atlântico equatorial: tráfico negreiro para o Estado do Maranhão e Pará (século XVII e início do século XVIII)”. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 26, n. 52, 2006.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. “As artes de curar nos tempos de cólera. Recife, 1856” In CHALHOUB, Sidney, MARQUES, Vera; SAMPAIO, Gabriela; Galvão Sobrinho, Carlos R. (orgs.) *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2009.

FLORENTINO, Manolo. *Em costas negras: uma história do tráfico de escravos entre a África e o Rio de Janeiro (séculos XVIII e XIX)*. São Paulo: Cia. das Letras, 1997.

LA CONDAMINE, Charles-Marie de. *Viagem na América Meridional: descendo o rio das amazonas*. Brasília: Senado Federal, 2000.

LAPA, José Roberto do Amaral. *Livro da visitação do Santo Ofício da Inquisição ao Estado do Grão-Pará 1763-1769*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1978.

MATTOSO, Kátia. *Ser escravo no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 2003.

MAUÉS, Raymundo Heraldo. "Medicinas populares e pajelança cabocla na Amazônia" In ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecilia de Souza (orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

MENEZES, Maria de Nazaré Ângelo, GUERRA, Gutemberg Armando Diniz. "Exploração de Madeiras no Pará: semelhanças entre as fábricas reais do período colonial e as atuais serrarias". *Cadernos de Ciência e Tecnologia*, Brasília, v. 15, n. 3, set/dez. 1998.

NARDI, Jean Baptiste. *Sistema colonial e tráfico negreiro: Novas interpretações da história brasileira*. Campinas: Pontes, 2002.

PEREIRA, Manuel Nunes. "Negros escravos na Amazônia". Anais do X Congresso Brasileiro de Geografia. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Geografia, v. 3, 1952.

PERRONE-MOISÉS, Beatriz. "Índios livres e índios escravos: os princípios da legislação indigenista do período colonial (séculos XVI a XVIII)". In CUNHA, Manuela C. da (org.) *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Cia. das Letras, Fapesp/SMC, 1992.

PIMENTA, Tânia. S. "Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28)". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 5, nº 2, Rio de Janeiro, julho/outubro, 1998.

PIRES, Ana Flávia Cicchelli. "A participação dos sangradores no comércio atlântico de escravos". In XII Encontro Regional de História, 2006, Niterói. Anais do XII Encontro Regional de História, 2006.

REIS, Arthur Cezar Ferreira. "O negro na empresa colonial dos portugueses na Amazônia". In *Actas do Congresso Internacional de História dos Descobrimientos*. Lisboa: Comissão Executiva das Comemorações da Morte do Infante Dom Henrique, v. V, parte II, 1961.

SÁ, Magali Romero. "A 'peste branca' nos navios negreiros: epidemias de varíola na Amazônia colonial e os primeiros esforços de imunização". Anais do III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Rio de Janeiro: UFF, 2008.

SALLES, Vicente. *O negro no Pará, sob o regime da escravidão*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971.

SAMPAIO, Patrícia de Melo. *Espelhos partidos: etnia, legislação e desigualdade na colônia*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2011.

SILVA, Daniel B. Domingues. "The Atlantic slave trade to Maranhão, 1680-1846: routes an organization". In *Slaveryan Abolition*, v. 29, n. 4, dec. 2008.

SOUZA, Christiane Maria da Cruz de. "A gripe espanhola na Bahia de Todos os Santos: entre os ritos da ciência e os da fé". *Dynamis*, v. 30, 2010.

VIANNA, Arthur. *As epidemias no Pará*. 2ª ed. Belém, PA: UFPA, 1975.

Do que eles padeciam... Doenças e escravidão na Ilha de Santa Catarina (1850-1859)

Débora Michels Mattos

O IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE É ATUALMENTE A INSTITUIÇÃO de saúde mais antiga de Florianópolis. Suas primeiras instalações foram construídas em 1789, em terreno contíguo à Capela do Menino Deus, localizada no alto do Morro da Boa Vista. Vinculado à Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, fundada já em 1765, ele foi criado objetivando atender os moradores da cidade de Desterro e demais freguesias da Ilha de Santa Catarina, atuando no préstimo de socorros materiais, espirituais e médicos àqueles que careciam de recursos financeiros (FONTES, 1965; PEREIRA, 1997).

Para Cabral (1972), o Hospital tinha por principal clientela, além de pessoas empobrecidas, a população indigente e marginalizada da Ilha. Eram crianças entregues ao abandono, jovens e idosos sem família, prostitutas e outros sujeitos vulneráveis à aquisição de doenças, como embarcações que residiam ou transitavam por essa região, assinalada pela presença do porto mais importante da província catarinense. Ainda, segundo o autor, africanos e afrodescendentes escravizados também se valiam da instituição, geralmente porque seus “[...] senhores não lhes prestavam a caridade de um socorro, de medo de adquirir ou de ‘pegar’ as suas doenças [...]” (CABRAL, 1972).

A presente discussão envolve uma reavaliação dessa afirmativa feita por Cabral. Trata-se, no entanto, de um desdobramento da tese de doutorado “Saúde e escravidão na Ilha de Santa Catarina”, em que o último capítulo, denominado “Da saúde e das doenças”, evidencia em que medida o Hospital de Caridade assistia à população africana e afrodescendente da região, principalmente aquela escravizada. Por extensão, procura-se, ainda, identificar as enfermidades que acometiam esses indivíduos,

num período da história em que as problemáticas da doença, da saúde e mesmo do escravismo no Brasil moviam uma série de discussões nos meios mais intelectualizados (SAMPAIO, 2001; PIMENTA, 2003 e EUGÊNIO, 2012).

Tem-se por objeto de análise os registros de internamentos que ocorreram entre os anos de 1850 a 1859. Trata-se de apenas três volumes, os únicos desta categoria, que sobreviveram ao incêndio da instituição, ocorrido em 1994, e que atualmente se encontram sob a guarda do Centro de Memória do Imperial Hospital de Caridade (CMIHC)¹.

A saúde no Brasil Imperial

Com o deslocamento da família Real para o Brasil no ano de 1808, mas sobretudo após o advento da Independência, em 1822, a antiga colônia portuguesa passou a ser gerida no sentido de que fosse transformada numa nação desenvolvida, mais moderna e civilizada. Para a efetivação desse intento, anular os efeitos nocivos das enfermidades sobre a população e garantir a sua saúde passou a se constituir ação premente, engendrada pelos poderes públicos, através da criação de instituições de ensino superior, as faculdades de medicina, cujos quadros de formação passaram a ser reconhecidos como os únicos com legitimidade para atuar no trato das doenças e intervir nos padrões de comportamento considerados nocivos, através do controle dos corpos (MACHADO, 1976; KURY, 1990 e SILVEIRA, 2010).

Essa política, denominada “medicina social” e que se estabeleceu de maneira lenta e gradual, foi acompanhada, inclusive, pela reformulação do sentido até então encampado pelas entidades hospitalares, estritamente voltadas ao amparo, sem que pudessem oferecer a garantia da restituição da saúde àqueles a quem atendiam. Nesse sentido, transformaram-se aos poucos em espaço onde as práticas médicas eram materializadas através de um saber tomado como fruto da ciência, conquanto que frequentemente malogradas em função da resistência de muitos aos

1 Ver: IRMANDADE do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros de internamentos no Hospital de Caridade*. v. 6, 22 jan. 1850/13 dez. 1850; v. 7, 6 jan. 51/15 set. 1855; v. 8, 16 set. 1855/31 dez. 59. CMIHC.

novos modos de se lidar com as doenças, se comparados com as tradicionais terapêuticas de longa data utilizadas pela sociedade a partir de um conhecimento empírico e popular (WITTER, 2001 e FIGUEIREDO, 2002).

Para Machado (1978), a medicina social tinha por lógica transformar os cidadãos brasileiros em pessoas aptas a contribuir com o progresso da nação, inspirada na prática adotada por alguns Estados da Europa, como Alemanha e Inglaterra, onde a garantia do bem-estar físico dos indivíduos visava torná-los trabalhadores exemplares, saudáveis, higienizados e íntegros em sua moralidade. Mas, de acordo com o autor, essa medicina foi lacunar no Brasil, uma vez que uma parcela significativa da população brasileira, representada por sujeitos escravizados, era vislumbrada de maneira avessa, tanto na cidade quanto no campo.

Sob a perspectiva apontada por Machado, no primeiro caso, a medicina social teve por mote problematizar suas implicações sobre a família branca, a partir da inclinação à desordem, à sexualidade imoderada, a tendências rudes. Evidenciava, ainda, o quanto esses indivíduos eram portadores e potencialmente veiculadores de doenças. Assim, encarava-os como obstáculo à constituição de um modelo familiar saudável que se buscava estabelecer no Brasil. No segundo, embora muitos médicos discorressem sobre suas precárias condições de vida e as diferentes corporificações de suas mazelas, apontando meios suprimi-las, elas eram pensadas muito mais com o propósito de evitar a sublevação escrava a fim de que a produtividade das lavouras fosse assegurada.

Com efeito, os constantes levantes observados nas fazendas se configuravam fator de temor aos proprietários e podiam de fato implicar na queda da produção agrícola. Mas, além disso, os debates travados em torno da emancipação e as leis impeditivas do tráfico denotavam a extinção paulatina do regime escravista, acenando para a necessidade dos senhores garantirem a mão de obra que ainda lhes restava (BETHEL, 1976; TAVARES, 1988; RODRIGUES, 2000 e EUGÊNIO, 2012).

Obviamente, esse cenário não era unívoco no vasto território brasileiro. Como afirmou Pôrto (2006), o olhar da medicina sobre os corpos escravizados e as formas de tratamento médico empregadas podiam

variar. Além disso, havia senhores interessados em manter a saúde de seus cativos, mesmo que grande parte fosse negligente. Lima, por sua vez, reconheceu que a análise de Machado foi elaborada a partir da constatação de que poucas teses de medicina em que o escravo foi objeto central de atenção foram elaboradas no período oitocentista. No entanto, ao se debruçar sobre estudos acadêmicos publicados em periódicos médicos, pôde encontrar registros de cativos sendo considerados “[...] ora como pacientes, ora como objetos de estudo”. (LIMA, 2011:2).

É provável que o interesse dos médicos pela população escrava fosse um dado posto da realidade. Porém, o fato de eles serem objetos de práticas médicas não significa dizer que eram tratados da forma mais adequada, análoga àquela empregada com a população branca e livre. Estudos recentes demonstram que não foram raros os episódios de pesquisas exploratórias em corpos escravizados. No entanto, para se ter uma ideia de como essas investigações eram realizadas, seria necessário traçar um quadro comparativo das práticas adotadas com essa categoria social em relação às demais, trabalho que ainda carece de investigação para o Brasil.

Para os Estados Unidos, em período anterior à Guerra Civil, Schwartz (2006) chegou a importantes constatações. Tendo como objeto de investigação a problemática da maternidade entre mulheres cativas do Sul, reconheceu como a medicina, naquela região, atuou de forma ofensiva sobre seus corpos. Analisando principalmente as complicações que ocorriam no pós-parto, verificou a vulgaridade com que eram empregados procedimentos cirúrgicos duvidosos e significativamente vexatórios, por vezes prescindindo do emprego de anestésicos para medir o grau de tolerância dessas mulheres à dor; por vezes utilizando-os tão vulgarmente que muitas eram levadas ao vício, entregando-se como cobaias.

Schwartz se ateu especialmente à problemática da cirurgia vesicovaginal e retrovaginal em mulheres escravas inaptas ao trabalho, portanto pouco relevantes à economia dos proprietários. Assim, de acordo com a autora, sendo as fístulas uma condição comum após partos complicados, as cirurgias figuravam uma possibilidade dos senhores reaverem o “bem” inoperante e, ao mesmo tempo, dos médicos resolverem um problema que

também afetava as mulheres brancas, conquanto que sobre seus corpos não fossem realizados experimentos cirúrgicos duvidosos (MATTOS, 2015).

Sob outra perspectiva, e atendo-se ao Brasil, Pimenta, investigando a epidemia do cólera que afetou a cidade do Rio de Janeiro em 1855, reconheceu que as medidas sanitárias tomadas naquela localidade para combater a doença se baseavam na retirada dos enfermos de seu ambiente doméstico para posterior confinamento em instituição asilar. Ainda segundo Pimenta, tais medidas deixavam transparecer que havia, aí, um significativo conflito social, “[...] enquanto os grupos mais abastados podiam escolher onde e como se tratar, a camada subalterna era a mais atingida pela remoção e o sequestro [...]” (PIMENTA, 2004:36). Deve-se aqui enfatizar que os escravos, africanos e afrodescendentes livres e libertos, constituíam-se a classe social menos favorecida, sendo plausível inferir que fossem os primeiros em quem o poder médico intervinha.

Uma outra questão a se considerar diz respeito às diferenças regionais que podiam incidir sobre o interesse ou não dos médicos formados nos centros de ensino superior brasileiros, acerca da população escrava. Certamente, naqueles locais onde havia um número bastante expressivo desses sujeitos, tanto no campo quanto na cidade, e onde estavam assentadas as faculdades de medicina do Império, a exemplo do Rio de Janeiro e da Bahia, eles fossem maior alvo de atenção. No entanto, na Ilha de Santa Catarina, as propriedades rurais eram dotadas de poucos cativos, geralmente trabalhadores que operavam ao lado de seus senhores e familiares, sendo raras àquelas que excediam a cinco (CARDOSO, 2008). Assim, o trato dispensado a esses sujeitos e o interesse pela manutenção da vida sob a tônica das doenças sequer era objeto de discussão.

Por outro lado, quando a saúde era tema de destaque, reverberando na imprensa local um olhar dirigido ao ambiente da cidade, denotava-se o seu alinhamento com os novos padrões alavancados pela medicina social. Nesse sentido, o teor dos escritos parecia atestar a teoria posta por Machado (1978), qual seja, a de que africanos e afrodescendentes escravizados, mas também livres e libertos, constituíam-se uma categoria à parte, evidenciada por sua pouca importância ao desenvolvimento daquela

sociedade, dando-se maior relevo ao perigo que representava aos demais, à população branca e civilizada almejada enquanto modelo de representação (MORAES, 1999; GARCIA, 2006).

Embora os serviços médicos fossem oferecidos a esses sujeitos, principalmente por agentes de saúde que atendiam gratuitamente a população mais pobre, e mesmo através do Hospital de Caridade, não havia, ali, um interesse por parte desses profissionais ou dessa instituição, à compreensão e resolução dos problemas que acometiam particularmente os cativos. Mesmo o *Ensaio sobre a salubridade, estatística e patologia da Ilha de Santa Catarina, e em particular da cidade do Desterro*, único estudo em saúde feito para a região e publicado, em 1864, pelo médico e cirurgião João Ribeiro de Almeida², desconsiderou, entre os problemas evidenciados à época, a contingência das doenças sob a perspectiva da escravidão (MATTOS, 2015).

Essa negligência parece ter resvalado sobre as produções historiográficas que se detiveram a analisar a história da medicina e das práticas de cura na Ilha de Santa Catarina em épocas mais recentes. Tanto Cabral, quanto Moraes e Garcia, embora sob perspectivas diferentes, debruçaram-se sobre a institucionalização dos serviços médicos em Desterro, chegando a inserir os escravos em suas discussões, embora não tenham conseguido imergir no universo de suas doenças.

Tomados pelos registros oficiais encontrados nos relatórios dos presidentes da província de Santa Catarina, ofereceram uma abordagem generalizada sobre o assunto, tornando invisíveis indivíduos marcados pela exploração forçada de seu trabalho, direta ou indiretamente. Nesse sentido, deixaram de apresentar em que medida a medicina posta em evidência contemplava essas pessoas na completude de suas vidas e, por

2 João Ribeiro de Almeida nasceu no Rio de Janeiro, em 1829, e se formou em medicina, em 1851. Em 1852 foi nomeado cirurgião do corpo de saúde da Armada, prestando serviços no Hospital da Marinha. Atuou como médico em Buenos Aires, Paraguai, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, onde residiu durante quatro anos, podendo inferir sobre as condições de salubridade de sua capital. O *Ensaio sobre a salubridade, estatística e patologia da Ilha de Santa Catharina, e em particular da cidade do Desterro* foi publicado no ano de 1864, em formato de livro, mas teve pouca tiragem. Assim, o jornal *O Despertador* dedicou um espaço entre set. 1864 e fev. 1965 para divulgar a obra, aumentando o círculo de seus leitores (MALHEIRO, 1866:402-403).

extensão, como era a sua acolhida, por parte de proprietários e escravos, os quais muitos se valiam de modos próprios para dar cabo de suas doenças. Por outro lado, sob o viés da análise do discurso, a ênfase habitualmente oferecida foi a de inseri-los na pauta das discussões enquanto personagens que, à luz da medicina social, deviam ser objeto de controle e intervenção (CABRAL, 1977:1-127; MORAES, 1999 e GARCIA, 2006).

Assim, a partir da análise dos livros de registros de internamentos do Hospital de Caridade, no período de 1850 a 1859, o que se propõe com a presente pesquisa é uma revisão dessas abordagens.

Africanos e afrodescendentes no Hospital de Caridade

Os livros de registros de internamentos do Hospital de Caridade compreendem três volumes manuscritos com assentamentos ocorridos entre 22 de janeiro de 1850 e 31 de dezembro de 1859. Contemplam a informação do ano, mês e dia da internação, além do nome do paciente, acompanhado do sobrenome, quando referenciado, da cor e da condição social ou ocupação. Assinalam, ainda, a filiação, a naturalidade, o estado civil, a idade, a doença e, por fim, algumas observações, geralmente relativas à alta hospitalar ou ao óbito.

Importante considerar que, por se tratar de um documento de época, a análise desses livros requereu a fotografia, transcrição e decodificação de seus conteúdos, alguns registrados de forma abreviada, outros marcados por expressões do período, mormente relativas às enfermidades, sendo necessário identificá-los a partir da leitura de obras de referência em medicina do período, a exemplo dos dicionários de Chernoviz (1841) e Langgaard (1865).

Depreende-se, dos números coletados, que 74% corresponderam a brancos e 26% a pessoas, direta ou indiretamente, atravessadas pelo cativo. Tanto entre brancos quanto entre africanos e afrodescendentes, a população masculina foi mais expressiva se comparada à feminina. Para os primeiros, essa diferença foi de 67% e 33%, respectivamente. Para os segundos, de 74% contra 26%³.

3 IRMANDADE do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de...*, op. cit. vs. 6, 7 e 8, 22 jan. 1850/31 dez. 59. CMIHC.

Internamentos por condição social | Hospital de Caridade

(1850-1859)

Do total, foram encontrados 2.010 registros, distribuídos por sexo e condição social, como pode ser observado na tabela abaixo:											
Branços		Africanos e afrodescendentes								Total	
Livres		Escravos		Forros		Livres		Sem condição			
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1.003	483	224	30	118	88	7	0	39	18	1.391	619
1.486		524								2.010	
Legenda: H: Homem / M: Mulher											

Fonte: Dados colhidos em IRMANDADE do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros de internamentos no Hospital de Caridade*. vol.6, 22 jan. 1850/13 dez. 1850; vol.7, 6 jan.51/15 set. 1855; vol.8, 16 set. 1855/31 dez. 59. CMIHC.

João José Coutinho, presidente da Província de Santa Catarina, refletiu, no relatório apresentado à assembleia legislativa em 1856, sobre a mortalidade de homens e mulheres no Hospital de Caridade. Tomando como referência o ano de 1855, reconheceu um maior número de óbitos verificado para o sexo masculino, se comparado ao feminino. Para Coutinho, esse cenário parecia estar vinculado às peculiaridades que envolviam a vida dos diferentes gêneros. No caso das mulheres, sua menor representatividade se dava a respeito das mortes e das internações e esteve vinculada ao perfil de quem recorria à instituição, em geral, gente de “[...] de vida irregular, que já quando pelo adiantamento do mal, poucas esperanças (davam) de se restabelecerem [...]”. Esse cenário não era observado para os homens, “[...] marinheiros robustos (que procuravam) os socorros em princípio de suas moléstias por não poderem ser tratados a bordo” (COUTINHO, 1856:14).

De fato, a constante vigilância estabelecida sobre as embarcações fazia com que as enfermidades obtidas a bordo fossem consideradas perigosas para a saúde pública. Temendo surtos epidêmicos, as naves eram

frequentemente inspecionadas, sendo deslocados para tratamento os sujeitos que apresentavam algum problema mais grave. Quando qualquer doença potencialmente mortal e com grande capacidade de alastramento era evidenciada, as táticas de controle se davam através das quarentenas e do deslocamento coletivo dos tripulantes e viajantes para locais específicos, afastados das zonas populosas e urbanas, a exemplo das fortalezas de Santa Cruz e Ratonés (GARCIA, 2006). De todo o modo, a vulnerabilidade à aquisição de uma série de condições patológicas dentro das embarcações permitia que o Hospital fosse reconhecido, pela marinharia, como única alternativa à possível restituição da saúde.

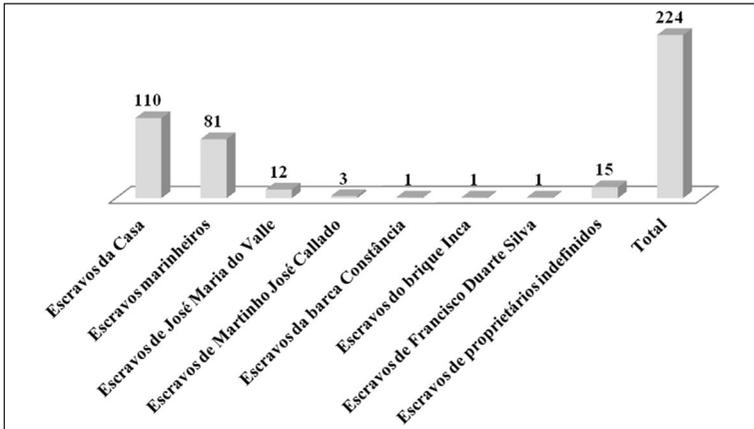
Analisando os livros de registros de internamentos, constatou-se, para o sexo masculino, que os marinheiros eram parte expressiva. Essa realidade também foi observada para a população escrava. Dos 224 internamentos de homens na condição de cativo, 81 foram registrados como marinheiros, isso sem contar aqueles em que a profissão não foi mencionada, embora seus proprietários fossem empresários do ramo do comércio de navegação, como José Maria do Valle, Martinho José Callado e Francisco Duarte Silva (BILÉSSIMO, 2008).

Conquanto que o maior número de internamentos tenha sido de escravos da Casa, ou seja, da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, o labor no mar, e até junto aos rios, podia incorrer em sérios problemas de saúde, muitas vezes representando risco iminente de morte. Assim, o gráfico a seguir traz o demonstrativo dos internamentos de homens escravizados, de acordo com suas funções laborais ou vínculos senhoriais.

Em termos percentuais, os 81 registros de internamentos de escravos marinheiros corresponderam a 36%. Se forem acrescidos os pertencentes a José Maria do Valle, Martinho José Callado, da barca Constância, do brique Inca e de Francisco Duarte Silva, o índice de internações para homens escravizados, possivelmente ligados à marinharia, pode ter alcançado, aproximadamente, 44%. Isso induz a pensar que a vida de marinheiro era significativamente austera e que esses sujeitos constantemente padeciam. Nos assentamentos encontrados, não foram raros os episódios de homens internados várias vezes. De maneira semelhante, de

cativos de um mesmo proprietário sendo levados aos cuidados do Hospital de Caridade em datas muito aproximadas.

Internamento de homens escravizados por função e propriedade – Hospital de Caridade (1850-1859)



Fonte: Dados colhidos em livros de registros de internamentos da Irmandade Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade (CMIHC)

Essa realidade torna factível concluir que as condições de trabalho para esses sujeitos eram bastante adversas. Certamente, careciam de alimentação e vestuários adequados, incluindo água limpa. A falta de higiene presente dentro das embarcações se configurava elemento predisponente à vulnerabilidade (SILVA, 2001; BARREIRO, 2007:1-16; OLIVEIRA, 2013). Assim, as doenças se manifestavam com vulgaridade e suas origens eram de ordem variada, como a diarreia e a disenteria, as boubas, as febres gástricas ou apenas febres. Além delas, a oftalmia, o carbúnculo, o reumatismo, as bexigas, as chagas, a constipação, o catarro pulmonar, a blenorragia, a anasarca, a contusão, os panarícios, abscessos, feridas e úlceras. Também a sífilis, infecções renais, a asma, os problemas lombares, a cefalgia, as queimaduras, os edemas, a pleurisia, a contusão, a laringite, as lombrigas, a pneumonia, as escrófulas, a

erisipela, a tísica, a supressão da transpiração, a angina, as hepatites, os embaraços gástricos e as cólicas⁴.

Extrapolando essa grande quantidade de condições patológicas, havia o problema da febre amarela e do cólera. Em face da presença do *morbis* em Desterro, os barcos ficavam em quarentena e, ainda que os acometidos fossem levados a espaços de campanha reservados, o Hospital de Caridade não deixava de atender aos que invariavelmente acabavam contaminados em função da dificuldade que era, naquela época, ter-se pleno controle sobre os contatos (CABRAL, 1997:1-127; MORAES, 1999 e GARCIA, 2006).

Outro dado a ser considerado é que somente entre a população escrava, que totalizou 254 registros de internamentos, 224 de homens e 30 de mulheres, 136 corresponderam a propriedades da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos. Isso significa dizer que mais da metade desses internamentos se referia a escravos da Casa. Entre o sexo masculino, com 110 registros, os índices alcançaram 81%. Entre o feminino, com 26 assentamentos, foram de 19%.

Embora cativos de outros proprietários fossem atendidos pela instituição, a exemplo dos marinheiros aqui já apresentados, 54% dos socorros foram destinados a pessoas em cativeiro, vinculadas direta ou indiretamente a ela. Portanto, depreende-se que, entre os anos de 1850 a 1859, o Hospital não funcionou como um local para onde os escravos eram enviados em sua maioria, salvo quando se tratava de homens vinculados à marinha mercante, condição que, de certa forma, acabava forçando o envio desses sujeitos para um possível tratamento, em função do controle do poder público sobre as embarcações e seus trabalhadores, como já foi aqui afirmado.

Mas um outro fator deve ser também considerado. O de que no Hospital de Caridade, para o período estudado, cativos que eram da Irmandade adoeciam constantemente, sendo levados a internamentos por mais de uma vez. Antônio Pequeno, africano cabinda, foi internado em 7

4 Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros...*, op. cit. v. 6, 7 e 8, 22 jan. 1850/31 dez. 59. CMIHC.

de dezembro de 1854 com dores reumáticas. Em 5 de fevereiro de 1855 voltou a se internar por causa de uma contusão. No dia 16 de dezembro deu entrada no Caridade por padecer de um abscesso. Dois meses depois, era vítima de uma diarreia, sendo dirigido novamente ao Hospital. No mês de abril do mesmo ano, foi novamente internado, a saber, acometido de um tumor. Sebastião Pequeno foi internado em 3 de fevereiro de 1855 com lombrigas. Em 31 de março deu entrada no Hospital vítima de uma constipação. De ambos, nada mais se registrou⁵.

Maria Jerônima, escrava da Casa e natural de Montevidéu, internou-se em fevereiro e em outubro de 1854. Nas duas vezes não houve registro de sua doença. Porém, em 15 de novembro de 1855 novamente foi levada ao Hospital, vítima de uma gastroenterite. Nessa época, ela tinha 40 anos. Em 1856, Maria novamente se internou, e três vezes. Primeiro, de enterite crônica; depois, de colerina; e finalmente, de erisipela. Tal como Antônio e Sebastião Pequeno, Maria desapareceu dos registros do Hospital⁶.

Antônio, Joaquim, José e Sebastião foram internados em maio de 1851. Os primeiros, de edemacia; os segundos, de sarna ou escabiose. Apenas um, o Joaquim, veio a falecer⁷. Em junho de 1854, Henrique e Antero, ambos africanos cabindas, sofriam de constipação. Além deles, Januário, natural de Desterro. Somente durante esse mês dez escravos da Casa padeceram, nove homens e uma mulher. É possível que a constipação referenciada se tratasse de uma inflamação das mucosas nasais. Isso porque, outro cativo foi internado com defluxo. Embora nenhuma menção tenha sido feita sobre as doenças dos seis internos restantes, não é incorreto inferir que se tratassem de causas semelhantes⁸.

5 Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros...*, op. cit. v. 6 e 7, 22 jan. 1850/15 set. 55. CMIHC.

6 Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros...*, op. cit. v. 6, 7 e 8, 22 jan. 1850/31 dez. 59. CMIHC.

7 Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros...*, op. cit. v. 7, 6 jan. 51/15 set. 1855. CMIHC.

8 Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros...*, op. cit. v. 7, 6 jan. 51/15 set. 1855. CMIHC.

Em março de 1856, quando a epidemia do cólera atingia com maior intensidade a capital da província de Santa Catarina, 35 pessoas deram entrada no Hospital. Destas, 11 foram de colerina, tida como a fase inicial da doença, e uma do *morbus*. Entre eles, estavam sete escravos da Casa, quatro 4 homens e três mulheres. No âmbito dos forros, havia um de cada sexo, ambos do Congo. Por fim, uma parda de 60 anos de idade, sem condição social definida e morta no dia seguinte de sua internação. Apenas dois afetados eram brancos, o que implica dizer que, dos 12 casos relacionados ao cólera naquele mês de março, 83% incidiram sobre sujeitos atravessados pela escravidão (SIEBERT, 1995).

Na lista das doenças presentes entre os escravos da Casa, constavam aquelas que também acometeram os marinheiros. Além delas, uma série de condições que apontavam para o recurso de punições ou práticas de maus-tratos. Tômas, internado em janeiro de 1852, tinha a perna quebrada. Antônio Pequeno, já aqui referenciado, foi internado em 1855 em face de uma contusão; de igual forma a africana benguela Leonor. Duarte cabinda, também em 1855, foi assentado no Caridade devido a escoriações. E, em 1856, era a vez de Bonifácio de Angola, tendo o internamento se processado em virtude de feridas⁹.

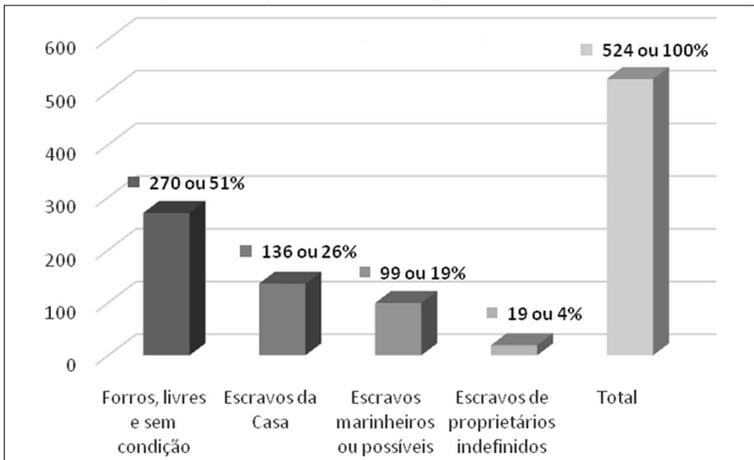
Todos esses dados, juntos, possibilitam inferir que mesmo que o Hospital de Caridade tenha pretendido, durante todo esse período dos anos 1850, alçar ao status de uma instituição voltada ao tratamento das doenças, através da incorporação, em seu quadro de funcionários, de profissionais formados nos centros de saber brasileiros, a exemplo dos doutores Antônio José Sarmiento e Mello e Manoel Pinto Portella (MATTOS, 2015); evidencia-se que a população escrava, em sua multiplicidade, não era ali atendida. Esse fato induz a refletir sobre a ausência de uma preocupação, por parte dos proprietários de Desterro e Ilha, no trato dos problemas de saúde que acometiam os seus cativos. De igual forma, de uma possível resistência desses sujeitos a procurar auxílio médico oficial, sendo capazes, eles próprios, de lidar com as suas enfermidades.

9 Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros de...*, op. cit. v. 6, 7 e 8, 22 jan. 1850/31 dez. 59. CMIHC.

Embora fosse exequível que senhores recorressem a médicos particulares ou curadores populares para tratar de seus escravos doentes (MATTOS, 2015), acredita-se que tal fato não se configurava uma regra. A precariedade de condições financeiras que assinalava grande parte da população ilhoa, proprietária, em geral, de um ou dois escravos, permite fazer essa reflexão. Isso implica asseverar que a saúde dos cativos e a busca pela manutenção de suas vidas não faziam parte da agenda dos interesses públicos e privados, como já foi afirmado anteriormente.

Ora, atentando para os internamentos de africanos e afrodescendentes forros, livres e sem condição social registrados nos livros do Hospital de Caridade entre os anos de 1850 e 1859, vê-se um expressivo percentual de internações relativas a eles, ou seja, aproximadamente 51%, contra 26% de escravos da Casa, 19% de marinheiros ou indivíduos possivelmente ligados à marinha mercante e apenas 4% de cativos de outras propriedades senhoriais. Isso significa dizer que, ao contrário dos pacientes cativos de senhores diversificados, a população africana e crioula, fosse ela alforriada, livre ou sem posição social, recorria com mais frequência ao Hospital de Caridade, podendo observar, na instituição,

Internamentos por condição social – Hospital de Caridade (1850-1859)



Fonte: Dados colhidos em livros de registros de internamentos da Irmandade Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade CMIHC.

um local de amparo em face de suas doenças, não importando se o mal era extremamente grave ao ponto de mobilizar o poder público para forçar os internamentos, a exemplo do cólera, ou de natureza mais simples, como uma ferida de origem incógnita.

A partir da análise dos livros de registros de internamentos não se conseguiu identificar quantos foram exatamente internados entre os anos de 1850 e 1859. Isso porque a escritura do material foi marcada por informações lacunares, em alguns momentos mencionando os nomes dos internos acrescidos de sua filiação, naturalidade, condição civil e idade; em outros, identificando apenas a primeira denominação desses sujeitos, podendo se tratar de reinternações. No entanto, foi viável identificar com base nessa fonte documental quais foram as enfermidades mais recorrentes. Isso permitiu estabelecer o perfil das doenças que incidiam sobre as populações singradas pelo sistema escravista nessa localidade, objeto de interesse da presente discussão.

Como é sabido, a desumanização de africanos e seus descendentes foi muito bem descrita na literatura referente à escravidão. Materializava-se, via de regra, no excessivo labor diário, nos constantes castigos, na quebra forçada de vínculos parentais, na precariedade das moradias, na baixa qualidade de sua dieta alimentar, na carência de ter o que vestir e o que calçar.

Pelo não uso de calçados, ficava-se mais vulnerável à aquisição de doenças ou intercorrências originadas de ferimentos, picadas ou mordidas de animais peçonhentos (FIGUEIREDO, 2006:252-273). Pés descalços se feriam e estes ferimentos se transformavam em ulcerações que alcançavam tamanho grau de infecção que podiam provocar um caso agudo de septicemia. Muitos eram inoculados com a bactéria *Clostridium tetani*, vindo a perecer de tétano. Outros contraíam o bicho-de-pé, podendo morrer igualmente de tétano ou ficar aleijados. Havia quem era alvejado por mordidas de cobras, na maior parte das vezes, potencialmente letais.

Karasch (2000) lembrou que a “regra” que proibia o uso dos calçados era ainda mais nociva se combinada aos vestuários. De acordo com autora, eles eram inadequados ao frio, porta de entrada para a aquisição de

doenças respiratórias severas, como a bronquite, a pneumonia e a tuberculose, esta, infectocontagiosa. Porém, essas situações obtusas não eram apenas experienciadas por escravos. Africanos e afrodescendentes livres e libertos muitas vezes se tornavam vítimas de maus-tratos e suscetíveis a condições de sobrevivência e vida insalubres através de um cotidiano marcado pela precarização de suas liberdades acrescida de uma pobreza extrema (KARASCH, 2000:143-167).

Do que eles padeciam...

Dos internamentos ocorridos no Hospital de Caridade durante os anos 1850, estabeleceram-se alguns padrões de classificação para as enfermidades encontradas. Do total de 524 registros de africanos e afrodescendentes escravos, livres, libertos ou sem condição social, 65 não apresentaram as causas para os internamentos. Além desses, 14 continham uma escrita ilegível, ficando igualmente sem identificação. Nesse sentido, serão aqui desveladas apenas as informações correspondentes às 445 internações restantes e sem incluir brancos livres, já que eles não são, no momento, objetos desta proposta de análise. Nessa amostragem, um número maior de escravos, se comparado aos forros, foi reconhecido em suas especificidades patológicas, perfazendo um total de 206 registros contra 16 de alforriados, sendo que, dos 63 restantes, sete eram livres e 56 sem posição social definida.

Como critério para classificação a respeito dos agentes indutores das internações, procurou-se adequar as enfermidades, quando possível, à parte do corpo em que elas incidiam, tendo em vista que muitas das informações eram vagas e superficiais, não sendo permitida a sua detalhação. Além disso, houve acometimentos que não se tratavam de doenças, caracterizando-se por manifestações sintomáticas de patologias ou situações circunstanciais externas, como acidentes que levavam à hospitalização e, em muitos casos, ao óbito.

Estudos atuais que se debruçaram sobre fontes hospitalares do século XIX refletiram a dificuldade na especificação das enfermidades, principalmente aquelas que incorriam em morte. Esse panorama tem

Doenças ou condições físicas e de saúde circunstanciais – Hospital de Caridade – Internamentos (1850-1859)

Ocorrências	AAE	AAF	AAL	AASC	Total
Manifestações sintomáticas	42	66	1	14	123
Infecocontagiosas, bacterianas, parasitárias e virais	65	31	1	9	106
Respiratórias e pulmonares	41	26	1	12	80
Articulares, musculares e esqueléticas	19	19	1	12	51
Gastrointestinais	16	14	2	4	36
Acidentais ou externas	12	5	0	1	18
Neuropsíquicas	4	6	0	1	11
Tumorais	3	5	1	0	9
Hepáticas	2	0	0	1	3
Nutricionais	1	2	0	0	3
Renais e geniturinárias	1	2	0	0	3
Cardíacas, cerebrais e circulatórias	0	0	0	2	2
Total	206	176	7	56	445

Legenda: AAE/F/L/SC: Africanos e afrodescendentes escravos, forros, livres e sem condição social.

Fonte: Dados colhidos em livros de registros de internamentos da Irmandade Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade CMIHC.

como razão evidente a ausência, para a época, de um protocolo unificador de operacionalização, oportunizando a distinção entre a causa do falecimento e a sintomatologia (FIGUEIREDO, 2006:252-273 e SOUZA, 2006:233-351; EDLER, 2011). Assim, se os livros de registros de internamentos do Hospital de Caridade apresentaram as razões que levaram, deliberadamente ou forçosamente, os sujeitos ali assentados ao recurso da instituição, os fatores que culminaram na perda de vidas merecem uma outra discussão que aqui não será contemplada. Isso porque houve internamentos que resultaram em mortes processadas muito tempo depois, possivelmente até de outras doenças ou intercorrências distintas das que levaram essas pessoas à internação.

Dos dados compilados, o que se constata a partir da tabela acima é que as manifestações sintomáticas de enfermidades variadas estiveram em primeiro lugar no montante dos assentamentos. Em segundo, as doenças infecocontagiosas, bacterianas, parasitárias e virais, seguidas pelas respiratórias e pulmonares. Problemas das articulações, músculos ou esqueleto assumiram a quarta posição em incidência e, posteriormente,

os gastrointestinais, além daqueles derivados de acidentes ou causas externas; neuropsíquicos; tumorais; hepáticos; nutricionais; renais e geniturinários e, ficando em último lugar, os cardíacos, cerebrais e circulatórios.

Um dado importante de reconhecer se refere ao fato de que, embora as manifestações sintomáticas fossem mais expressivas que as doenças infectocontagiosas, parasitárias e virais, estas atingiram com maior frequência, africanos e afrodescendentes escravizados, provavelmente porque suas condições de sobrevivência e vida eram mais austeras, tornando-os mais vulneráveis às enfermidades que lhes eram correspondentes. De todo o modo, o total de 42 registros para manifestações sintomáticas também era bastante expressivo para esses indivíduos, assim como os 41 observados para doenças respiratórias e pulmonares, muitas delas podendo se confundir com afecções de natureza infectocontagiosa, parasitária ou viral.

No âmbito das manifestações sintomáticas de outras enfermidades, houve 41 registros para homens escravos e apenas um para mulheres. Entre as causas para os internamentos constaram os abscessos, a cefaléia, as dores gerais e no peito, a edemacia, as febres simples e eruptivas, as feridas, o regorgitamento, a hemorroida, a hidropisia, a laringite, a oftalmia, secreção e a supressão da transpiração. Os três problemas mais recorrentes foram os abscessos, com oito registros; as dores, com sete, sendo um para o sexo feminino; e as feridas, com seis. Para as demais categorias, ou seja, de forros, livres e sem posição definida contabilizados em 81 registros, houve internamentos derivados de abscessos, amaurose, ascite, cefaléia, dertos, dores, dores no peito, edemacia, entrevamento, epilepsia, espasmo, febre, febre héctica, febre intermitente, feridas, flegmasia, fístula, fraqueza nas pernas, hemoptise, gangrena, hemorroida, hidropisia, invalidez, moribundez, nevralgia, paralisia, pústulas, supressão da transpiração, úlceras e urticária. No rol dessas condições, as feridas, a hidropisia e as úlceras assumiram respectivamente o primeiro, segundo e terceiro lugar em recorrência, com 12, 11 e seis registros (MATTOS, 2015)¹⁰.

10 Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros...*, op. cit. v. 6, 7 e 8, 22 jan. 1850/31 dez. 59. CMIHC.

Das doenças bacterianas, parasitárias, virais ou infectocontagiosas que acometeram escravos, constavam as afecções boubáticas e verminosas, a angina, o antraz, as bexigas ou varíolas, a blenorragia, os boubões venéreos, a disenteria, o cólera, a colerina, a erisipela, as escrófulas, os panarícios, as sarnas, a sífilis e a tísica ou tuberculose. As mais frequentes foram as boubas, com 11 registros, e a disenteria e a erisipela, ambas com oito. Mesmo a tuberculose, tão comum entre a população cativa no Brasil, fez apenas duas vítimas, uma de cada sexo e de propriedades desvinculadas da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, o que possibilita dizer que essa doença não fazia parte dos problemas enfrentados pelos escravos da instituição. Já entre africanos e afrodescendentes das demais condições, houve casos de boubas, angina, antraz, varíolas, blenorragia, disenteria, cólera, colerina, elefantíase, erisipela, febre amarela, opilação, sarna, sífilis, tétano traumática e tísica, sendo esta última a mais frequente, com 14 registros, seguidas das boubas e da erisipela, ambas com quatro.

Das doenças ou problemas vinculados ao sistema respiratório constavam a asma, a bronquite, o catarro, o catarro pulmonar, a constipação, o defluxo, o hidrotorax, a pneumonia, a pleurisia, o resfriamento e uma enfermidade indefinida, identificada apenas por estar localizada nos pulmões. Escravos não foram registrados com ela, além do hidrotorax e resfriamento. No entanto, 22 foram afetados por constipação, cinco por catarro e cinco por pleurisia, sendo estas as condições mais frequentes. Já entre os demais, afetados por todas as enfermidades listadas, foram mais atingidos pela pleurisia, pela bronquite e pelo catarro pulmonar, com oito, sete e cinco registros.

Entre os problemas articulares, musculares ou esqueléticos foram constatados casos de hérnia de hiato, infecções nos joelhos, reumatismo, torcicolo e alguma enfermidade circunscrita à região lombar. Escravos só não apresentaram infecções nos joelhos. No entanto, apenas o reumatismo representou 15 registros, um número expressivo se comparado aos demais, que tiveram de um a dois eventos. Aliás, o reumatismo foi a doença mais expressiva também entre forros, livres e sem posição. Vinte

e sete deles foram afetados com ela, contra quatro episódios de hérnia de hiato, um de infecção nos joelhos e um de problemas lombares¹¹.

Entre as doenças ou condições que afetavam o sistema gastrointestinal listavam as cólicas, a colite, a colite ventosa, a diarreia, o embaraço gástrico, as enterites, as estomatites, as febres gástricas, a gastrite e a gastroenterite. Dos 16 escravos afetados, a diarreia, as enterites e as febres gástricas foram as mais comuns, com três registros cada. Apenas o embaraço gástrico teve dois registros, sendo as demais apenas um. Já africanos e afrodescendentes de outras condições sociais foram acometidos apenas por diarreias, embaraço gástrico, estomatite, febre gástrica, gastrite e gastroenterite. Dos vinte registros, somente a diarreia e a gastrite representaram dez ocorrências, não excedendo, as demais, a três.

Das causas acidentais ou externas, houve assentamentos processados com contusão, escoriação, combustão, ferida na cabeça, ferida na perna, ferida no pé, ferida por tiro, fratura e luxação. Dos 12 registros de escravos, seis corresponderam à contusão. Para eles não foram observados casos de ferida na cabeça e luxação, sendo os demais, todos com um registro. No âmbito de africanos e afrodescendentes de outras condições sociais, houve apenas dois casos de contusão. Outros foram registrados para combustão, ferida na cabeça, fratura e luxação, todos com um evento.

Das enfermidades neuropsíquicas, processadas em um total de 11 assentamentos, reconheceu-se como causa a alienação mental, a demência, a histeria e a mania. Escravos foram afetados pela alienação e histeria, respectivamente três e um evento. Para os outros foram identificados um registro para alienação, um para demência e cinco para mania.

As doenças tumorais foram responsáveis por nove ocorrências, três de escravos e seis de africanos e afrodescendentes de outras condições. Geralmente, não eram descritas como tumores, sendo denominadas por cancros, úlceras cancrosas ou cancros ulcerados. Em seguida, vinham as doenças hepáticas, nutricionais, renais e geniturinárias, do coração, cérebro e circulação. Todas juntas representaram 11 acometimentos.

11 Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros...*, op. cit. v. 6, 7 e 8, 22 jan. 1850/31 dez. 59. CMIHC.

A hepatite afetou dois escravos e um homem sem posição definida. O diabetes e o escorbuto foram responsáveis por três eventos. O primeiro, de dois homens forros, o segundo, de um escravo. Das intercorrências ligadas ao trato geniturinário e renal houve um caso de cistite, um de vaginite e um de inflamação renal, sendo este último sobre homem escravizado. Por fim, dos problemas do coração, do cérebro e da circulação, houve dois casos para afecção cerebral, ambos sobre pessoas sem condição definida dos dois sexos.

O que se percebe, dos dados aqui apresentados, é que um número bastante variado de patologias e outras circunstâncias podia levar a internamentos. No que se referiu à população escravizada, as motivações já foram descritas pela historiografia correlata, apontando que as condições de sobrevivência e vida, a precária dieta alimentar, a falta de segurança no trabalho, as moradias insalubres, os maus tratos, só para citar poucos exemplos, tornava essa categoria de indivíduos bastante vulnerável ao padecimento. O mesmo acontecia com africanos e afrodescendentes de outras posições sociais (KARASCH, 2000; FIGUEIREDO, 2006:252-273 e MATTOS, 2015).

Considerações finais

A partir da análise dos livros de internamentos do Hospital de Caridade, reconheceu-se que na Ilha de Santa Catarina a procura pelos serviços oficiais de saúde, traduzido aqui, por esta instituição, não se caracterizou uma regra para africanos e afrodescendentes escravizados. Como se viu, um total 524 internações foram processadas entre os anos de 1850 a 1859 e estiveram relacionadas a africanos e afrodescendentes, incluindo-se os registros sobre os quais não foi possível identificar as causas que levaram aos internamentos. Entre os escravos houve 224 assentamentos de homens e 30 de mulheres, equivalendo a 40% e 6%. Entre a forra houve 118 para o sexo masculino e 88 para o feminino, respectivamente 23% e 17%. Entre os livres, um total de sete registros, todos se deram sobre o sexo masculino, representando 1%. E entre aqueles cujas condições sociais não foram referenciadas, 39 estiveram relacionadas a homens e 18 a mulheres, um índice de 7% e 3%.

Num plano geral, escravos contabilizaram 49% das internações, forros 39%, livres 1% e pessoas sem condição definida 11%. Isso implica dizer que os escravos foram mais expressivos em relação aos internamentos de pessoas direta ou indiretamente atravessadas pelo cativo. Porém, dos 254 registros identificados para internações de escravos, 136 se tratavam de propriedades da Casa, 81 de marinheiros e 18 de possíveis marinheiros, já que seus proprietários eram empresários do ramo da navegação. Tais números refletem um cenário em que os primeiros representaram 54% das internações e os segundos, 39%, atribuindo-se os 7% restantes a cativos de proprietários indefinidos.

Esses percentuais apontam para uma questão já mencionada anteriormente, qual seja, a de que a população cativa presente na Ilha de Santa Catarina não fazia uso do Hospital de Caridade para tratar de seus problemas de saúde. No entanto, ao que tudo indica, forros, livres e pessoas sem condição social, que juntas equivaleram a 51% dos internamentos, procuravam esse local com mais frequência.

Como também já foi mencionado, o Caridade, embora na segunda metade do século XIX já dispusesse de profissionais de saúde, caracterizava-se por ser um local destinado a pessoas carentes, adequado, inclusive, em estabelecimento de campanha quando havia surtos epidêmicos na região (CABRAL, 1977:1-127; GARCIA, 2006). Nesse sentido, não é difícil compreender por qual razão forros, livres e sem condição social recorressem a ele, tendo em vista que tais indivíduos, quase sempre marcados por uma árdua sobrevivência sem grandes recursos financeiros, raramente conseguiam pagar os honorários dos profissionais de saúde licenciados, conquanto que alguns até oferecessem seus serviços gratuitamente.

Mas, para saber se, de fato, essa população procurava o Caridade com grande intensidade, seria necessário considerar outros fatores, como o número total de habitantes da Ilha enquadrado nessas categorias sociais. Além disso, seria forçoso atentar para as especificidades relativas de cada internamento, principalmente a respeito da naturalidade e residência dos sujeitos assentados, de maneira que eles pudessem ser equiparados ao total de moradores da Ilha de Santa Catarina, tarefa que não pode

ser realizada dada a inexistência de dados censitários pormenorizados e efetuados ano a ano.

Especificamente com relação aos registros do Caridade, além do problema das reinternações havia uma multiplicidade de locais vinculados à naturalidade que possivelmente correspondiam ao lugar das residências dos internos. Só para citar um exemplo, expressões como “preto” e “preta”, normalmente associadas à origem africana, equivaliam a pessoas provenientes de África, de outras províncias do Império e mesmo de Santa Catarina e da Ilha. Em muitos casos, não havia sequer informação.

Outra questão a ser considerada se remete ao fato de que muitos dos indivíduos atravessados pelo cativo tinham seus próprios meios de lidar com os problemas de saúde. Sob essa perspectiva, é possível que a procura pelo Caridade não fosse mesmo tão grande, e que os assentamentos observados para o período não refletissem ser uma regra à busca pelos préstimos do Hospital (WITTER, 2001; PÔRTO, 2006:1021-1022).

No âmbito dos escravos, já que a grande maioria foi representada por propriedades da Casa e marinheiros, depreende-se, a partir do que foi visto, que os demais proprietários não recorriam ao Caridade para eliminar as moléstias que debilitavam a saúde de seus cativos. Mas, sobre isso é possível também acreditar que eles mesmos, os cativos, longe que estavam da fiscalização das embarcações ou do Hospital, fizessem valer mais uma face de suas agências, negando-se ao tratamento que era oferecido por esta instituição.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, João R. de. *Ensaio sobre a salubridade, estatística e pathologia da Ilha de Santa Catharina, e em particular da cidade do Desterro*. Desterro: Typographia de J. J. Lopez, 1864.

BARREIRO, José Carlos. “Marinheiros, portos e sociabilidades: o Brasil e a ascensão do Atlântico Sul (1780-1850)” VIII Congresso Internacional da Brasa – Brazilian Studies Association. Nashville: Vanderbilt University, v. 1, 2007.

BARREIRO, José Carlos. "A formação da força de trabalho marítima no Brasil: cultura e cotidiano, tradição e resistência (1808-1850)." *Tempo*. Niterói, v. 15, n. 29, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tem/v15n29/08.pdf>> Acesso em: 5 fev. 2014.

BETHEL, Leslie. *A abolição do tráfico de escravos para o Brasil*. Trad. Vera N. N. Pedroso. Rio de Janeiro/São Paulo: Expressão/Editora da Universidade de São Paulo, 1976.

BILÉSSIMO, Angelo Renato. *Entre a praça e o porto: grandes fortunas nos inventários post mortem em Desterro (1860-1880)*. Florianópolis/Itajaí: Neab-Udesc/Casa Aberta, 2008.

CABRAL, Oswaldo R. *Nossa Senhora do Desterro*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1972. Notícia II, Capítulo 11: "Templos, imagens, confrarias e vários casos registrados".

CABRAL, Oswaldo R. "Medicina, médicos e charlatães do passado." *Arquivos Catarinenses de Medicina* – Edição cultural. Florianópolis, n. 1, abr. 1977.

CARDOSO, Paulino de Jesus Francisco. *Negros em Desterro: experiências das populações de origem africana em Florianópolis na segunda metade do século XIX*. Florianópolis/Itajaí: Neab-Udesc/Casa Aberta, 2008.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Formulário ou guia médico*. 6 ed. Pariz: Casa do Autor, 1841; *Dicionario de medicina popular*. Rio de Janeiro: Typ. Laemmert, 1842; *Formulario ou guia medico*. 6 ed. Pariz: Casa do Autor, 1864; *Dicionario de medicina popular*. 6 ed. Pariz: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. v. 1 e 2.

COUTINHO, João José. "Falla que o Presidente da Provincia de Santa Catharina dirigio á Assembléa Legislativa Provincial no acto d'abertura de sua sessão ordinaria em o 1º. de março de 1856". Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert, 1856.

EDLER, Flávio. C. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

EUGENIO, Alisson. *Arautos do progresso: o ideário médico sobre saúde pública no Brasil na época do Império*. Bauru: Edusc, 2012.

FIGUEIREDO, Betânia G. "As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde." In NASCIMENTO, Dilene R. do et aliae. *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad X, v. 2, 2006

FIGUEIREDO, Betânia G. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício da Leitura, 2002.

FONTES, Henrique da S. *A Irmandade do Senhor dos Passos e o seu hospital, e aqueles que os fundaram*. Florianópolis: Edição do Autor, 1965.

GARCIA, Carla L. "Emanações perniciosas, moralidade corrosiva: os desdobramentos do discurso científico no centro urbano de Nossa Senhora do Desterro (1831-1864)". Florianópolis: Dissertação de Mestrado (História), UFSC, 2006.

IRMANDADE do Senhor Jesus dos Passos e Imperial Hospital de Caridade. *Livros de registros de internamentos no Hospital de Caridade* (CMIHC). v. 6, 22 jan. 1850/13 dez. 1850 | v. 7, 6 jan. 1851/15 set. 1855 | v. 8, 16 set. 1855/31 dez. 1859.

KARASCH, Mary. C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. Trad. Pedro M. Soares. São Paulo: Cia. das Letras, 2000. Cap. 6: "Armas dos feiticeiros: as doenças".

KURY, Lorelai B. "O império dos miasmas: a Academia Imperial de Medicina (1830-1850)". Niterói: Dissertação de Mestrado (História), UFF, 1990.

LANGGAARD, Theodoro João Henrique. *Diccionario de medicina domestica e popular*. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert, 1865. Tomos I, II e III.

LIMA, Silvio Cezar de S. "O corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850)". Rio de Janeiro: Tese de Doutorado (História), Fiocruz, 2011.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALHEIRO, Agostinho M. P. "Pareceres sobre a admissão de sócios: noticia sobre o Sr. Dr. João Ribeiro d'Almeida, a que se refere o parecer supra". *Revista Trimensal do Instituto Historico, Geographico e Ethnographico do Brasil*. Rio de Janeiro: B. L. Garnier, 1866. Tomo XXIX. Parte II.

MATTOS, Débora M. "Saúde e escravidão na Ilha de Santa Catarina (1850-1888)". São Paulo: Tese de Doutorado (História), USP, 2015.

MORAES, Laura do Nascimento Rótulo. "Cães, vento sul e urubus: higienização e cura em Desterro/Florianópolis (1830-1918)". Porto Alegre: Tese de Doutorado (História), PUC, 1999.

OLIVEIRA, Vinícius P. "Sobre águas revoltas: cultura política maruja na cidade portuária de Rio Grande/RS (1835 a 1864)". Porto Alegre: Tese de Doutorado (História), UFRGS, 2013.

PEREIRA, Nereu do V. (org.). *Memorial histórico da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos*. Florianópolis: Ministério da Cultura, v. 1 e 2, 1997.

PIMENTA, Tânia S. "Doses infinitesimais contra a epidemia do cólera em 1855." In NASCIMENTO, Dilene R. do e CARVALHO, Diana M. (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

PIMENTA, Tânia S. "O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)". Campinas: Tese de Doutorado (História), Unicamp, 2003.

PÔRTO, Ângela de A. "O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4 out./dez. 2006. <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n4/12.pdf>> Acesso em: 09 jul. 2015.

RODRIGUES, Jaime. *O infame comércio: propostas e experiências no final do tráfico de africanos para o Brasil (1800-1850)*. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

SAMPAIO, Gabriela dos R. *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

SCHWARTZ, Marie J. *Birthing a slave: motherhood and medicine in the Antebellum South*. Cambridge/London: Harvard University Press, 2006. Cap. 7: "Gynecological Surgery".

SIEBERT, Itamar. "Um biênio de provações e entusiasmos nas origens do jornalismo catarinense (1855-1856): entre a polêmica política e o processo civilizador". Florianópolis, 1995. Dissertação de Mestrado (História) UFSC. Cap. 1: "Jornalismo, política e calamidade natural".

SILVA, Luiz Geraldo. *A faina, a festa e o rito: uma etnografia histórica das gentes do mar (sécs. XVII ao XIX)*. Campinas: Papirus, 2001.

SILVEIRA, Felipe Augusto de B. "Pela medicina rumo à civilização: a medicina como mediador do processo civilizatório no Brasil Império (1808-1832)" *Histórica*. São Paulo, n. 44, p. 1-9, out.2010. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao44/materia03/texto03.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2015.

SOUZA, Jorge P. "A presença do cólera, da diarreia, e as condições sanitárias durante a guerra contra o Paraguai: registros médicos e memórias" In NASCIMENTO, Dilene R. do et aliae. *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad X, v. 2. 2006.

TAVARES, Luís Henrique D. *Comércio proibido de escravos*. São Paulo: Ática, 1988.

WITTER, Nikelen A. *Dizem que foi feitiço: as práticas de cura no sul do Brasil (1845-1880)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

Escravos, senhores e médicos nas fazendas de Cantagalo, século XIX

Keith Barbosa

NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XIX, A VILA DE CANTAGALO, na região sul da província do Rio de Janeiro, localizada em um estreito vale cercado por montanhas, já se caracterizava por um crescente fluxo de mercadorias e pessoas, representando um dos espaços de “confluências” (BEZERRA, 2008:142). Era uma localidade ligada por via terrestre à cidade do Rio de Janeiro, cortada pelo Caminho Novo que alcançava as áreas auríferas de Minas Gerais (LOS RIOS, 2000:50) e que também estava conectada a outras regiões da província por caminhos fluviais.

No âmbito da economia nacional, a rápida expansão cafeeira na região tornava o valor do produto mais caro e atraía o interesse dos comerciantes. As encostas das serras atlânticas eram tomadas por novas roças, iniciando-se a derrubada da mata e os conflitos de terras, em espaço “relativamente desocupado em 1800, cinquenta anos depois adquiriria o caráter de típica região escravista de *plantation*” (TOMICHI, 2010: 342-343).

Com a intensificação da produção voltada ao mercado mundial, verificou-se um aumento do tráfico entre as províncias do Império para abastecer as *plantations* cafeeiras do Vale do Paraíba. Esboça-se, nesse contexto, um rápido crescimento demográfico, o pioneirismo que caracterizava todo o Vale do Paraíba fluminense nos oitocentos, como importante produtor cafeeiro, chamando a atenção de inúmeros visitantes, além dos intelectuais que elaboraram teorias sobre a administração dos escravos. Como reforça Rafael de Bivar Marquese (2004:12), “nos anos 30 e 40 dos oitocentos houve uma relação simbiótica entre o afluxo de africanos para o centro-sul e a explosão da produção café no Vale do Paraíba”. Logo, os produtores escravistas

do Império do Brasil passaram a ter como preocupação principal as discussões em torno da administração dos escravos. O controle dos trabalhadores cativos refletiria “um quadro mental e material envolvido no ato de elaboração das ideias sobre o assunto”. Destacadamente para a região de Cantagalo, as experiências das *plantations* cafeeiras no Vale, que alcançaram seu auge na década de 1840, compunham um importante espaço de observação de variados aspectos do cotidiano dos escravos, em um período histórico marcado por um colossal comércio de escravos na Província.

Nosso ponto de partida para analisar as experiências cativas no Vale foi a leitura de uma tese apresentada à faculdade de medicina do Rio de Janeiro em 1853, pelo médico alemão Reinhold Teuscher, que descreveu sua visita a algumas importantes propriedades da região de Cantagalo e sua atuação nos dois espaços que serviam de hospital para atendimento dos doentes cativos. Com um volumoso número de escravos, essas *plantations* revelaram-se um ambiente ideal para as experiências de observação do “estado sanitário dos cativos da região”. Foi a partir desses registros que iniciamos nossa investigação sobre o governo dos escravos na região oriental do Vale do Paraíba.

Alguns dos processos que analisamos, depositados no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro e no Museu da Justiça do Rio de Janeiro, revelam interessantes indícios das vivências cativas em Cantagalo. Examinamos processos de médicos que cobravam na justiça seus honorários pelo tratamento dispensado aos falecidos proprietários e aos seus escravos. Neste ensaio, propomos destacar como as relações sociais tecidas entre médicos, cativos e seus senhores podiam ser permeadas por tensões e conflitos nas *plantations* de Cantagalo. Já nos documentos *post-mortem*, os episódios das experiências cativas em relação às doenças que dizimavam trabalhadores crioulos e africanos nas roças de café, e que tornavam mais árduo o trabalho pelos caminhos sinuosos que percorriam nas encostas do vale fluminense, revelaram-nos múltiplas estratégias de sobrevivências dos negros no período histórico em que senzalas transbordavam de homens, mulheres

e crianças. A leitura de tais documentos apresenta as primeiras pistas para examinarmos aspectos dessas relações e permite-nos observar indícios das experiências cativas a partir do exame da saúde e do trabalho dos indivíduos escravizados.

Vejamos o processo movido na Comarca de Cantagalo, em fins do século XIX, pelo médico Manoel Monte Godinho¹ contra os herdeiros de Bernardes Pires Veloso.

Diz Manoel Monte Godinho, médico residente neste município que é [?], para serviços médicos prestados, do casal de Bernardo Pires Veloso da quantia de 10:420\$000, tudo de conformidade com a quantia junto (...) (GODINHO, 1883).

Neste processo, o médico exige o pagamento pelo tratamento dispensado ao falecido e alguns de seus escravos. A partir de uma lista com anotações sobre os tratamentos que teria fornecido à família dos herdeiros, identificamos alguns escravos que Manoel Monte Godinho teria tratado: a escrava Maria Rosa, que sofria de epilepsia, depois de ficar hospedada em sua casa foi curada; e a escrava Dorothea que foi curada de um tumor de caráter maligno na mama. Já para outra escrava, cuja identidade não foi revelada, o médico deixou registrado que conseguiu salvar tanto a mãe quanto seu filho, depois de um parto com dificuldades. A tabela a seguir apresenta os serviços prestados pelo médico e os valores que lhe deviam os herdeiros. Notemos as informações relatadas pelo doutor Godinho sobre as dívidas de Bernardo Pires Veloso:

1 Em 1888, o doutor Manoel Monte Godinho registrou no Arquivo Nacional um medicamento destinado à prisão de ventre. Trata-se do “Preparado farmacêutico denominado Pílulas de Taiuíá”. Através do *Almanak Laemert*, sabemos, por exemplo, que, em São Sebastião do Alto, em 1850, existia uma escola particular de meninas a cargo de Josefa de Canellas Drummond, e outra de meninos, a cargo de Marcelino Antonio de Freitas. Em 1881, temos a informação sobre a Instrução Pública: o inspetor do distrito era Dr. Manoel Monte Godinho. Preparo farmacêutico denominado “Pílulas de Taiuíá”, destinado ao tratamento e cura de prisões de ventre e “unguento de Gurjum”, para moléstias cutâneas – Dr. Manoel Monte Godinho. Patente 606, de 1888.

Tabela 1. Gastos registrados pelo Dr. Godinho (1880)

Exame e receita para um escravo que depois se suicidou	5\$000
Um auto de corpo de delito feito em seu escravo sendo subdelegado o Sr. José Luiz da Silva	50\$000
Operação praticada no mesmo escravo reclamado por estrangulamento intestinal devido a uma [solução de continuidade] sobre a região umbilical produzida por instrumento cortante pontiagudo	150\$000
Estada de uma noite e dia reclamada pelo estado do doente	200\$000
Tratamento durante todo o ano de 1881 em escravos e pessoas de sua família	800\$000
Uma viagem para o Sr. Bernardo Pires Veloso por ocasião do desastre de que foi vítima, por chamado escrito da Exc. Sra. D. Florinda, sendo portador o seu escravo Francisco. De S. Sebastião à fazenda do Sr. Joaquim Pires Veloso, isto é a três léguas e meia, e no mês de fevereiro, época de chuvas torrenciais e inundações, passando por caminhos diferentes aos iguais.	200\$000
Dois dias e duas noite de estada a seu pedido	400\$000
Uma viagem para Exc. Sra. D. Luiza passando pelos mesmos caminhos e encontrando as mesmas dificuldades, porque as chuvas continuavam a espalhar o pânico sobre as terras, de São Sebastião à fazenda do Sr. Joaquim Pires Veloso.	200\$000
Três dias e três noites de estada reclamada pelo estado da doente, visto que se acha louca.	600\$000
Acompanhar a mesma senhora até a fazenda da Serrada Pedreira, distância de duas léguas, por péssimos caminhos, lutando com grandes dificuldades, visto que não se forneceu uma só pessoa para ajudar a contê-la, tendo de ir buscá-la muitas vezes dentro dos matos e pântanos (grifo dele).	1:500\$000
Viagem acompanhando a mesma senhora, ainda por caminhos intransitáveis e até por picados feitas de propósito, dando-se uma volta pela fazenda do Sr. Jardim. Distância de duas léguas inclusive até São Sebastião do Paraíba	1:000\$000
Tratamento da mesma senhora, em Sebastião, sendo 17 dias em nossa casa e 15 dias em casa sua, administrado-lhe <u>todos</u> os serviços médicos reclamados para ela que se achava louca e que tentava não tomar medicamentos algum (grifo dele).	2:000\$000
Acompanhá-la a Friburgo, gastando nesse trajeto 4 dias e meio, incluindo a mesma estada e despesas de viagem para a volta	2:000\$000
Um parto feito em sua escrava. Apresentação do braço. Versão [podalica]. Salvando-se tanto mãe como filho e extração de placenta.	300\$000
Tratamento do Sr. Bernardo Pires Veloso em nossa casa e extração de caroços de chumbos e curativos.	600\$000
Tratamento da sua escrava Maria Rosa em nossa casa que sofria de epilepsia e que ficou boa.	200\$000
Tratamento de uma escrava Dorotheá, em nossa casa, por diversas vezes, sofrendo ultimamente de um tumor de caráter maligno em uma das mamas e tendo ficado restabelecida.	200\$000
Abertura de um abscesso em seu ingênuo Victório	10\$000
Receita para a escrava Dorotheá	5\$000
Total	10:420\$000

Fonte: Godinho, Manoel Monte. Supremo Tribunal Federal, 1883, AN

O processo segue com a defesa dos herdeiros. Em resposta, o advogado da família questiona os tratamentos e gastos informados pelo médico. A narrativa continua com pistas interessantes sobre as relações entre o Dr. Godinho, o proprietário da fazenda e seus escravos:

16°. Porque nenhum chamado fez o réu ao autor para partejar uma sua escrava e que, estando o autor de passagem para Friburgo, na fazenda do réu, nesta ocasião uma escrava teve o parto muito naturalmente.

18°. Porque a escrava Maria Rosa nunca sofreu de epilepsia e que, estando em casa do autor para lavar e engomar e fingindo-se doente, foi curada a *supapos*, segundo disse o autor que conheceu ser uma fingida doença.

19°. Porque a escrava Dorothea nunca sofreu operação alguma nem mesmo punctionou o tumor que o autor classificou de maligno, sendo apenas mandada a sua casa para ser receitada, a fim de poupar a viagem médica, como fazem os fazendeiros nas moléstias passageiras (grifo meu) (GODINHO, 1883).

Ao longo da defesa dos herdeiros, o advogado questiona a ideia que os caminhos entre as fazendas eram intransitáveis e protesta os tratamentos oferecidos a alguns escravos, especialmente o tratamento da escrava Maria Rosa, que não estaria doente e que, provavelmente, “estaria de manha”. As testemunhas arroladas no processo reforçaram o argumento do advogado, segundo M. Godinho, 1883:

Soube há tempos por (...) que mandou essa sua escrava para a casa do meu colega Dr. Monte a fim de aprender a lavar e engomar ao mesmo tempo para o meu colega observar se a mesma escrava sofria de alguma moléstia. Durante a moléstia, não existia; porque o meu colega disse

que havia só mandado e julga ser verdade isto porque o tratamento foi alguns bofetões.

12 de Julio de 1883

Dr. Julio Bahia de Oliveira Souza

(...) tendo há tempos que (...) essa sua escrava viera para a casa do Dr. Monte Godinho aprender a lavar e engomar, que a doença nada sofria, que estando em sua companhia do Dr. M. Godinho e tendo ele prevenido a pessoas de sua casa que deseja observar uns ataques da referida escrava que supõe ser manha, foi chamado para [...] reconhecer ser manha, tanto que aplicaram-lhe alguns bofetões [...]

24 de julho de 1883

José Augusto de Souza Passos

A resposta do médico Godinho evidencia que tanto o médico quanto o falecido Bernardes buscavam impor uma disciplina à escrava Maria Rosa. Estaria Maria Rosa de “manha”, utilizando-se da condição de doente para impor um melhor tratamento do seu senhor ou uma carga menor de trabalho? De fato, médico e fazendeiro pareciam compartilhar da ideia que a escrava estaria fingindo. De acordo com a leitura do processo, Maria Rosa recebeu, no período em que lavava e engomava na casa do médico Godinho, o mesmo tratamento do seu senhor. Contudo, para Godinho, os “supapos” com que teria tratado a escrava seriam formas legítimas de intervenção e, logo, deveria receber por isso. Para justificar tal violência, Godinho utilizou como argumentos os ensinamentos *do Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, de Eugène Bouchut e Armand Deprés².

O tratamento de Maria Rosa, quando mesmo consistir unicamente na aplicação de castigos ou enfim de quaisquer violências físicas, não

2 *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*: com um resumo da medicina e da cirurgia, as indicações terapêuticas de cada doença, a medicina operatória, o parto, a oftalmologia, a odontologia, as doenças de ouvido, a eletrificação, os equipamentos médicos, as águas minerais e um formulário especial para cada.

exclui, como parece pensar o Dr. Bahia, a ideia de que fosse realmente doente aquela escrava, e afirmam-lhe com a autoridade de Bouchut e Després (1867:728).

Vejamos outros argumentos sobre os cativos da fazenda utilizados pelo médico Godinho:

No artigo 16 dos embargos, alega o réu que a verba de 300\$000, relativa a uma operação de parto em uma escrava, não teve lugar naturalmente não tendo o ansiar chamado. A esse respeito a 1^a testemunha nada sabe e a 2^a sabe-a por ouvir dizer pelos escravos da fazenda. [?] escravos não sabem o que parir naturalmente, nem o poderiam informar, mesmo que assistissem ao ato fisiológico se a testemunha afirmasse não ter. Se *tivesse* feito à operação ou declarasse o nome da parteira que a fizera, bem estaria, mas isto de parto natural, sem assistente, como qualquer animal no campo, não é crível tratando-se de uma casa onde havia médico e que, como ficou provado, tratava na fazenda.

(...) tratando-se de um ferimento grave qual o de qual se trata, feito no ventre com estrangulamento intestinal, era de necessidade a operação para a redução dos intestinos. Feita a redução era indispensável a presença do médico para o caso de produzir-se um estado febril e [peritonite], moléstia grave e que só por exceção deixa de ser consecutiva aos ferimentos profundos ou mesmo simplesmente penetrantes do ventre, é a que se denomina peritonite primitiva e que provem de um traumatismo abdominal por ferimento do ventre com ou sem penetração de corpos estranhos (GODINHO, 1883).

O enfretamento entre o médico Godinho e os herdeiros de Bernardo continuou com a discussão que os escravos citados teriam sido apenas “receitados”. Segundo os advogados de defesa dos herdeiros de Bernardo:

“Para que se prove, nenhum chamado fez o réu ao autor para partejar uma sua escrava e que, estando o autor de passagem para Friburgo, na fazenda do réu, nesta ocasião uma escrava teve o parto muito naturalmente”.

“Para que se prove, a escrava Maria Rosa nunca sofreu de epilepsia e que, estando em casa do autor para lavar e engomar e fingindo-se doente, foi curada a *supapos*, segundo disse o autor que conheceu ser uma fingida doença”.

“Para que se prove, a escrava Dorothéa nunca sofreu operação alguma, nem mesmo puncionou o tumor que o autor classificou de maligno, sendo apenas mandada a sua casa para ser receitada, a fim de poupar a viagem médica, como fazem os fazendeiros nas moléstias passageiras (*grifo meu*)”.

Em suma, ao que parece, escravos circulavam entre as fazendas do seu proprietário e médicos da região. A partir dos relatos, poderíamos supor, por exemplo, que a escrava Maria Rosa, tendo permanecido por algum tempo trabalhando para o médico, fora enviada à casa de Godinho para pagar as dívidas que a família de Bernardes acumulava com o médico. Pouco mais se conhece sobre a história de Maria Rosa, mas se estivesse mesmo de fingimento, sua estratégia para conquistar um melhor tratamento fora fracassada. Os castigos com que era tratada sua provável epilepsia agora eram justificados pelo discurso médico, como tratamento terapêutico legitimado pelos dicionários franceses de medicina.

Para efeito de comparação, um segundo processo de cobranças de honorários médicos da década de 1880 chama atenção para os conflitos travados entre médicos e senhores de escravos em outra importante região cafeeira do Vale do Paraíba fluminense. O falecimento de Francisco Alves Barbosa, 2º barão de Santa Justa, nos anos de 1883, motivou a abertura do processo de cobranças de honorários pelo médico que prestava serviços ao barão e aos escravos da fazenda denominada Santa Justa, propriedade localizada em Rio das Flores, Vassouras. De acordo com Edmundo Santos Coelho, o trabalho no interior da província, principalmente nas grandes propriedades, poderia ser visto por muitos médicos como uma alternativa em busca de melhores oportunidades de trabalho, com rendimentos superiores ao que podiam acumular na área urbana

onde a concorrência era acirrada. Nesse sentido, o exame do processo movido pelo doutor Jorge contra a baronesa de Santa Justa, dona Bernardina Alves Barbosa, além de indicar a presença de médicos cuidando de cativos e seus senhores, revela uma dinâmica de intensa circulação desses profissionais (COELHO, 1999:74-75) entre as *plantations* do Vale e a corte imperial, além de apontarem para as dificuldades com que esses médicos podiam se deparar na ocasião do falecimento do proprietário da fazenda onde exerciam seus ofícios.

Dr. Jorge Rodrigues Moreira da Cunha cobra honorário médicos dos herdeiros: (...) tendo sido o suplicante chamado várias vezes a fazenda do finado, onde passou dias e noites inteiras a cabeceira do doente, tendo sido o suplicante ainda obrigado a transportar-se para a Corte por força da gravidade da moléstia do referido barão de Santa Justa, e acompanhá-lo como médico assistente presente a várias inferências e assistindo e fazendo várias operações na Corte, onde o suplicante foi forçado a permanecer ao lado do enfermo desde dois de junho até quatro de agosto de 1883 (...) o suplicante apenas tivesse contrato com o falecido barão de Santa Justa para tratar do escravos, com obrigação de ir uma vez por semana ver os enfermos da fazenda (de cujo contrato entretanto, ainda ficou a dever o mesmo barão a importância relativa aos trabalhos médicos de dois anos e quatro meses) não podendo no mesmo contrato incluído o trabalho extraordinário e cheios de sacrifícios do tratamento do barão falecido também neste Município (...)³

De acordo com Leila Alegrio (2009) depois da morte do barão de Santa Justa, dona Bernardina assumiu o controle das propriedades que pertenciam à família. Mesmo com sua morte, em 1915, D. Bernardina reuniu uma considerável fortuna. Com a análise do processo de Bernardina, Alegrio encontrou uma enfermaria e farmácia naquelas terras.

Deste modo, podemos perceber que, além dos processos revelarem aspectos das relações entre médicos acadêmicos, proprietários e escravos,

3 Baronesa de Santa Justa; Relação do Rio de Janeiro, 1885, Arquivo Nacional.

a falta de pagamentos por honorários médicos são indicativos de como a presença e atuação desses profissionais eram valiosas nas fazendas do Vale. Para além das *plantations*, a presença de médicos em propriedades dos ricos moradores da corte imperial também indica a importância da atuação desses profissionais.

Um extenso processo de cobranças de honorários pelo trabalho do Dr. Luís Bompane (? – 1877) nas propriedades do visconde de Souto, localizadas nos arredores da corte imperial, revela a importância desses profissionais no trato dos doentes, livres, libertos e cativos. De acordo com informações desse processo, o Dr. Bompane cobrava pela correção dos honorários recebidos pelo trabalho nas propriedades da Tijuca e Campo Alegre, que pertenciam ao visconde de Souto, Antonio José Alves Souto. Ao longo do processo, o Dr. Bompane descreve o tempo despendido e as dificuldades para circular entre as propriedades do visconde. Além de tratar o visconde e sua família, Bompane tratava dos trabalhadores das propriedades livres, escravos e estrangeiros residentes nas casas espalhadas pelas fazendas. Foram relatados cirurgias diversas, tratamento de doentes com febre amarela e nos episódios de epidemia de sarampo entre os escravos, a doença teria afetado, principalmente, as crianças da fazenda⁴.

Lena Freitas (2012), ao examinar o processo de ação de cobranças de honorários em Vila Rica de Goiás, nos primeiros anos do século XIX, reforçou como o exame da documentação pode iluminar questões sobre a atuação profissional de médicos, sobre receituários utilizados na época, sobre doenças e as relações sociais estabelecidas entre senhores e seus escravos, na região. Segundo Freitas, o cirurgião-mor André Villela da Cunha cobrava de Joanna da Fonseca Coutinha pelo tratamento de um escravo mulatinho que sofria de lombriga; além de tratar o cativo, o médico “comprou e manipulou todos os remédios que lhe foram precisos”⁵. Interessa-nos destacar, nessas ações de cobranças de honorários, ainda

4 Dr. L. Bompane, Processo de Revista Cível, 1867, Arquivo Nacional.

5 Ação (ordinária) de artigos justificativos entre partes. O cirurgião-mor André Cilla, 1801. Arquivo da Fundação Frei Simão Dorvi, Cidade de Goiás.

que para contextos diversos, o modo como as relações entre médicos, senhores e escravos eram permeadas por múltiplos interesses econômicos e sociais.

Retomando nosso ponto de observação, analisamos mais detidamente os processos de inventários *post-mortem* dos fazendeiros de Cantagalo, depositados no Museu da Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Esses inventários descrevem minuciosamente os bens dos proprietários e o que foi feito deles, incluindo partilhas, vendas, pagamentos pelos inventariantes, dívidas etc. Partindo de uma abordagem microscópica dos inventários, é possível verificar valores de venda e avaliações dos escravos, suas respectivas identidades / “nações”, ocupação e redes familiares. Bert Jude Barickman, ao analisar a complexa e variada paisagem social no Recôncavo Baiano, entre 1780 e 1860, indicou que, sobre o uso dessa documentação: “como fonte os inventários lançam luz sobre o segmento da população rural que possuía terras ou escravos” e “apesar de sua tendenciosidade inerente, os inventários constituem uma fonte valiosíssima de informação sobre as práticas agrícolas, o tamanho e o valor dos estabelecimentos rurais, a escravidão e as condições de trabalho e da vida no campo” (BARICKAMN, 2003:34).

Encontramos, a partir do exame desta documentação, nas décadas de 1850 e 60, cativos exercendo atividades relacionadas à cura. Interessante destacar que localizamos dois escravos avaliados como barbeiros. No ano de 1867, encontramos os escravos Daniel e Jacinto, ambos com sessenta anos, relacionados na avaliação do espólio dos seus proprietários como barbeiros. Daniel, crioulo, era escravo de Jacob Van Erven, foi avaliado em 400 mil réis e residia na fazenda Santa Clara de Macuco. Provavelmente, Daniel exercia suas atividades de barbeiro em uma das casas de enfermaria espalhadas pelas propriedades. Segundo seu inventário *post-mortem*⁶, Jacob possuía sociedade com o barão de Nova Friburgo nas fazendas Águas Quente, Boa Fé, Santa Clara do Macucu, São Martinho, Potósi, São Bartolomeu e Boa Fé. Nas fazendas Águas Quentes, Santa Clara de Macuco e São Martinho foram registrados hospitais

6 Inventário *post-mortem* de Jacob van Erven, 1867, AMJRJ

e enfermarias para receber os escravos doentes. Na primeira, foi registrado “um hospital com uma cozinha” e botica avaliada em oito contos de réis, na segunda uma “enfermaria em mal estado” no valor de cento e cinquenta mil réis; na fazenda São Martinho “uma casa de hospital” avaliada em seiscentos mil réis. Como outras propriedades localizavam-se anexas a essas fazendas, é bem provável que os cativos doentes fossem tratados nesses espaços.

O segundo cativo identificado como barbeiro chamava-se Jacinto. Sem naturalidade identificada, também com sessenta anos, cativo de Rafael Ignácio da Fonseca Lontra, fazia parte dos bens da fazenda Boa Esperança, em 1867. Com 103 cativos, apenas o escravo Gregório foi registrado como cego e avaliado em duzentos mil réis. Embora tenhamos localizado no inventário de Rafael Ignácio apenas um “armário de botica”, avaliado em 30 mil réis, sem mais referências às doenças dos cativos, hospitais ou casas de enfermaria, a leitura de outro processo *post-mortem* da mesma família na década de 1880 revelou mais pistas sobre a estrutura da fazenda. Com o falecimento de Maria Augusta Pinto Lontra iniciou-se o processo de inventário em 1881. Estava arrolada entre os bens da mesma família a fazenda Boa Esperança. Localizamos neste processo indicações de uma casa de enfermaria, avaliada em um conto de réis, uma botica e drogas no valor de cem mil réis. Do processo de inventário de Rafael, em 1867, até o processo de Maria Augusta, em 1881, passaram-se 14 anos. Em 1881, a fazenda Boa Esperança ainda possuía um número considerável de escravos, foram arrolados 145 cativos. Desde já não poderíamos especular que a estrutura da fazenda foi adaptada para atender a demanda por braços cativos⁷ em meio às dificuldades impostas pela proximidade da abolição e valorização da mão de obra escrava?

7 Sidney Chalhoub, em análise recente, investiga a precária experiência da liberdade dos negros e as articulações políticas e sociais que preservaram a propriedade escrava e mantiveram africanos livres escravizados, mesmo depois da lei de 1831. Apresenta um quadro complexo de como africanos contrabandeados alimentaram o poder da classe dos cafeicultores do Vale. “O fato é que em 1850, quando os eventos se precipitaram para culminar na cessação do tráfico, as fazendas de café deviam estar a subsbordar de trabalhadores ilegalmente reduzidos ao cativeiro” (CHALHOUB, 2012:110).

Em 1884, uma notícia no jornal “O Voto Livre” que circulava em Cantagalo, indicava as dificuldades em encontrar trabalhadores cativos: “Aluga-se escravos: Precisa-se alugar 6 escravos que sejam prestativos e bons colhedores de café. Afiança-se o bom tratamento e pagamento” (LUTTERBACK, 2011:20). Ao catalogar os periódicos que circulavam em Cantagalo ao longo do século XIX, Álvaro Lutterback Dutra apresentou interessantes aspectos sobre o conteúdo dos jornais:

O periódico sobreviveu por quase oito anos e, sem dúvidas, marcou a imprensa de Cantagalo, conseguindo retratar casos importantes como a abolição da escravatura e a proclamação da República. Também detalhou e produziu excelentes textos que abordaram a praga nos cafezais, as revoltas nas senzalas, as enchentes no córrego São Pedro, o progresso com a chegada do trem, os bailes de carnaval, assim como inseriu interessantes anúncios que abalizam os costumes e os modos de vida da sociedade que desfrutava das benesses do *ouro verde*. (LUTTERBACK, 2011) (grifo do autor).

Nas décadas de 1850 e 60 também identificamos cativos exercendo atividades de enfermeiros. No ano de 1852 foi registrada como enfermeira a escrava Maria Valentina, de nação Rebola, casada, era escrava de Carlos Teixeira da Silva. Dos 104 cativos que faziam parte dessa propriedade, nove aparecem adoentados, quebrados e sem valor. Em 1868, o escravo Isaías, 49 anos, pardo, escravo de Ana Clara Lopes Martins. Ana Clara era proprietária de 242 cativos e cerca de 30 cativos foram registrados como doentes. Em 1882, encontramos o escravo João. João fazia parte do espólio do médico José Sezinando de Avelino Pinho⁸ e fora avaliado em duzentos mil réis por estar doente. A fazenda Benfica, em Cantagalo, onde residia João, possuía mais 116 cativos, destes, 28 estavam doentes. Foi registrada, entre os bens do falecido doutor José Sezinando de Avelino Pinho, uma casa de enfermaria, no valor de setecentos mil réis, onde, provavelmente, o escravo João atuava no tratamento dos seus

8 Inventário *post-mortem* de José Sezinando de Avelino Pinho, 1882, AMJRJ.

companheiros de cativo, auxiliando seu senhor nos procedimentos e/ou cuidados com os doentes.

Nessas duas fazendas não encontramos entre os bens dos proprietários indicações sobre enfermarias de escravos ou hospitais. Contudo, estariam esses escravos atuando nas enfermarias espalhadas pelas propriedades vizinhas, circulando por outros espaços, exercendo certa autonomia ou mobilidade que haviam alcançado? Retomando nossa investigação nos meados do século XIX, os relatos deixados por um visitante podem indicar mais algumas pistas sobre a estrutura das fazendas da região. Em 1847, o príncipe prussiano Adalberto visitou Cantagalo e deixou registradas algumas impressões da fazenda Aldeia, localizada às margens do Rio Negro:

Depois de alguns minutos, encontramos o Dr. Troubas, um dos três proprietários da grande fazenda que ficava perto, chamada Aldeia, e que pretendíamos visitar por nos ter sido descrita como altamente interessante no que concernia à cultura do café. O doutor que, como soubemos depois, ia assistir à amputação do braço de um negro que tinha sido picado por uma cobra, desistiu do seu paciente e voltou conosco (PRÚSSIA, 1977:84).

Depois do grupo de visitantes ter circulado pelas instalações da Fazenda, destacadamente pelas enfermarias dos pretos, registrou:

Enquanto eu me entretinha com as senhoras da casa, meus companheiros aproveitaram a oportunidade para irem ver o alojamento dos escravos, que ficava numa comprida e suja construção de um só piso que extraordinariamente tinha uma grande semelhança com uma cavaliça. No Lazareto, que viram primeiro, encontraram as enfermarias, como os quartos também, separados para ambos os sexos. Uma negra estava deitada na sua esteira de junco amamentando o seu negrinho a quem dera à luz a noite anterior. “Dentro de dois dias voltará ao trabalho”, disse o doutor ao Conde Bismark, a quem devo este relato. Na enfermaria dos homens estavam três ou quatro negros, todos acidentados. Depois chegou a vez

do lavatório onde cada negro tinha uma divisão provida de um número. Todos os domingos cada negro na aldeia recebe uma calça branca lavada e uma camisa, e as mulheres um vestido e uma camisa. Daí percorrem os visitantes um largo corredor até as habitações dos negros, pequenos quartos enegrecidos pelo fumo. Todas as noites, depois do trabalho, os habitantes acendem fogo neles, sentando-se em volta por muitas horas mesmo depois dos mais árduos trabalhos; conversam e fumam, tanto os homens como as mulheres, o fumo que lhes é distribuído todas as semanas (*idem*)

Sobre o escravo que havia sido picado por uma cobra, voltou a comentar:

Como a conversa passasse a versar sobre cobras, Monsieur de Luze disse: “está aqui em casa um negro gravemente doente devido à picada de uma cobra” – como o negro que o Dr. Troubas devia ajudar a amputar, tinha sido também mordido por uma cobra, acrescentou: “eu mesmo já encontrei dessas criaturas aqui, na minha cama!” (*ibidem*)

Ao salientar alguns aspectos da lavoura cafeeira, Frederico Cesar Leopoldo Burlamaqui, autor da *Monographia do Cafeseiro e do Café* (1860), descreveu algumas características de como os acidentes com cobras nas roças podiam ser comuns para os trabalhadores:

A conservação dos cafezais é fácil. Capinam-se duas a três vezes, e arranca-se, á mão ou com instrumentos próprios, as más ervas, e, em lugar de as queimar, aproveitam-se para estrumar a terra. Em alguns lugares, juntam-se as folhas, as ervas de capina e as palhas dos vegetais que se cultivaram no mesmo terreno, e com elas se cercam os pés de café. (...) Este método tem alguns inconvenientes. Primeiramente quase todo o estrume, que se forma pela decomposição dos vegetais, é levado pelas águas de chuva para os pontos mais baixos; em segundo lugar, os pés de café ficam submetidos a um calor extraordinário; em terceiro lugar, esses montões de matérias vegetais acomodados dão abrigo a uma multidão de vermes

nocivos à planta, **servem de esconderijo às cobras** e produzem uma evaporação nociva à qualidade do café, na época da florescência, e à saúde dos trabalhadores na ocasião da colheita. (...) O melhor meio d'aproveitar em benefício do cafezal esses vegetais inúteis, sem nenhum dos inconvenientes apontados é o de enterrá-los (BURLAMAQUI, 2004) (grifo nosso)

Sobre a importância e ocupação das terras de Cantagalo para a cultura cafeeira, Mauro Leão Gomes (2004) argumenta:

A região de Cantagalo oferecia condições físicas adequadas para o cultivo do café. O clima ameno, sem a presença de geadas ou excesso de umidade e com a incidência de chuvas regulares, numa região cujos solos eram cobertos por grandes extensões de florestas primárias, reunia nesta área as condições consideradas como apropriadas ao desenvolvimento de grandes plantações deste produto. Já na metade do século XIX, em Cantagalo, os vales dos rios Negro, Grande, Paquequer e Ribeirão das Areias, antes florestados, encontravam-se ao menos parcialmente ocupados pelas plantações de café. As terras cantagalenses passavam a ser ocupadas de modo mais intenso pelos cafezais, que seguiam sua marcha em direção as freguesias de Santa Maria Madalena, São Francisco de Paula, Duas Barras, Santa Rita do Rio Negro, Carmo, Sumidouro e São Sebastião do Alto.

Além dos episódios narrados envolvendo as experiências dos cativos com a cura e as doenças, também podemos perscrutar tensões e conflitos acionados a partir da observação das condições de saúde e doença nas *plantations* de Cantagalo. Na década de 1860 iniciou-se, com o falecimento de Anna Margarida Ursula⁹, proprietária de uma fazenda em Cantagalo, o processo do seu inventário. No decorrer do processo, o inventariante teve muita dificuldade em administrar o espólio da falecida, avaliada em mais setenta e seis contos de réis. Os conflitos entre os herdeiros acentuaram-se no decorrer do processo. Em nota, o oficial de

9 Inventário *post-mortem* de Ana Margarida Úrsula, 1860, AMJRJ.

justiça do juízo municipal, José Esteves Gonçalves e o oficial Custódio José Coelho informam:

(...) achamos a dita fazenda em completo abandono sem que estivesse na fazenda mais que um preto doente. Pedimos informações a seus vizinhos sobre o desaparecimento dos escravos pertencentes a mesma Fazenda e nos foi informado que no dia seis próximo passado o dito José Cipriano Rossier e seu irmão João Basilio Rossier se evadiram com todos os escravos pertencentes a dita fazenda¹⁰.

Em 1862, um dos herdeiros apresenta um pedido para retomar o controle do espólio da sua falecida mãe. João Francisco de Araújo acusava dois outros herdeiros de abandonarem a fazenda e fugirem com os escravos que moravam na propriedade. Em um dos documentos que fazem parte do processo, João Francisco descreve-nos:

(...) a fazenda estava em completo abandono estando seus cafezais no mato e sem os escravos necessários para os trabalhos na fazenda. (...) encontrou quinze escravos sendo dois unicamente do serviço da roça, e a maior parte crias e o resto mulheres encarregadas de tratar das mesmas, algumas das quais estão enfermas. Vê-se, portanto o suplicante inabilitado de remediar esse mal, mesmo porque os escravos estão desmoralizados, e receia o suplicante que, exercendo o rigor, eles se evadam, e precisa, ao mesmo tempo, incumbir a alguém a guarda dos bens inventariados; no que necessariamente tem de fazer despesas que, afinal, documentará para serem atendidas¹¹.

Fragmentos dessas histórias marcadas pelas precariedades e insalubres vivências nas fazendas cafeeiras revelam muitas faces do cotidiano dos escravos. A leitura do processo indica que o cotidiano das relações entre senhores e escravos era permeado por tensões, conflitos. Como

10 Inventário *post-mortem* de Ana Margarida Úrsula, 1860, AMJRJ.

11 Idem

sugeriu Gomes (2006), “Escravos não só percebiam o mundo a sua volta, não só o modificavam, como agiam em função dessas possíveis mudanças”. Nesse sentido, não seria possível supor que os conflitos travados entre os herdeiros pela herança teriam motivado o aumento das tensões entre escravos e o novo proprietário da fazenda? No primeiro registro de fuga dos escravos na fazenda da falecida Ana Margarida Úrsula, os oficiais de justiça da região encontraram apenas um escravo, que provavelmente não fugiu porque estava muito doente. Antônio Congo foi avaliado em apenas duzentos mil réis por estar doente, enquanto a maioria dos seus companheiros de cativeiro foi avaliada em mais de um conto de réis. Tudo indica que tais conflitos afetaram o abastecimento da fazenda e, provavelmente, comprometeram a venda do café e interferiram diretamente no cotidiano daqueles escravos. Nesse contexto, de fato os escravos encontravam-se “desmoralizados” e a vida no plantel revelava-se ainda mais árdua, evento que afetaria diretamente a saúde dos cativos.

Além dos fatores citados acima que poderiam desestabilizar a vida nas fazendas, a propagação das epidemias que ceifavam vidas nas proximidades das cidades atlânticas (Cf. KARASCH, 2000) também preocupava os proprietários do Vale. Eduardo Silva assinalou o quanto o barão Pati de Alferes, da região de Valença, se inquietava com os rumores de epidemias:

Em setembro de 1853, o barão pede o seu correspondente, no Rio, para mantê-lo informado sobre o estado sanitário dessa cidade. Como a epidemia persistisse no entreposto de Iguaçu, passa a mandar a tropa pela Pavuna e pede ao comissário para fazer o mesmo com as encomendas que enviasse as fazendas. Informa, contudo, que **por ora nem um caso há em cima da serra da moléstia que nos assalta**. Em novembro, contudo, percorre as fazendas de Santa Ana e Piedade, demorando-se de volta ao pitoresco Monte Alegre. Embora tudo corresse bem, um caso de cólera, nas proximidades, deixa-o de sobre aviso. Os receios a respeito do imenso capital ameaçado pelas epidemias o levam a evitar o contato através da tropa, com os lugares afetados pela cólera, bem como a compra de novos

escravos que, incorporados as turmas de trabalho, poderiam trazer prejuízos imensos (SILVA, 1984:149-150) (grifo do autor)

Esse trecho apresenta algumas estratégias empreendidas pelo barão Pati de Alferes para que sua tropa de escravos não fosse contaminada pelas epidemias que assolavam várias regiões da província. O trabalho dos escravos tropeiros era de suma importância para o sucesso da lavoura cafeeira. Circulando pelos caminhos sinuosos do Vale, os cativos levavam a produção da fazenda para os portos ou seguiam pelas principais estradas que ligavam a corte, depois voltavam para as fazendas trazendo gêneros alimentícios para o abastecimento da propriedade. Aqui surgem pistas interessantes sobre a saúde escrava. Como alertou o barão de Pati de Alferes, os escravos tropeiros que passavam pelas circunvizinhanças com surtos epidêmicos poderiam desestabilizar a vida nas fazendas. De acordo com as anotações do médico Teuscher, os 900 escravos das fazendas em que trabalhou, em Cantagalo, não eram todos do ofício da roça. Segundo ele, “sem contar as crianças, apenas a metade ocupão-se real e continuamente de lavoura; o resto é empregado em obras, com tropas, e outros serviços” (TEUSCHER, 1853). Ou seja, o exame dos ofícios desses escravos revela-se como variável fundamental para compormos “a estatística sanitária da raça ethiopica” (TEUSCHER, 1853) nas ambiências de Cantagalo.

Nas propriedades de Cantagalo, verificamos diversas histórias de cativos sendo tratados por médicos e boticários. Em fevereiro de 1877, foi registrada a visita de um médico na fazenda Amparo, onde viviam 66 cativos, propriedade do falecido Lino Pinto da Rocha. O inventariante, Jerônimo Pinto da Rocha, anexou ao processo notas de pagamento com algumas despesas que teve com a fazenda. Uma dessas notas informa que o inventariante pagou pelos serviços do médico que foi “chamado” em um dia “com chuva” e por uma “receita” ao escravo Carlos, de 57 anos, trabalhador da roça. Outro registro indica um “chamado com temporal e a insistência do mesmo exame e receitas para os escravos Carlos,

Ambrosio, Aninha, Domingas”¹². Novamente o médico precisou voltar à fazenda, foi “chamado com mesmo contratempo e repetição para a escrava Aninha, e novos exames para os enfermos acima mencionados”. Em junho de 1877, foram anotados outros gastos com os cativos. Uma nota com o valor de vinte e cinco mil e quinhentos réis foi paga a Henrique Halfeth, provavelmente proprietário de uma botica na região. Estavam entre os itens pagos: “remédios para o menino Honorato”, “pílulas para Agostinha”, “xarope para Agostinha”, “pílulas para Aninha”, “um vidro de peitoral de cereja”, “pomadas”, “basilicão”.

Em 1883, a doença de outro morador de Cantagalo, Manoel Pereira Lopes¹³, proprietário de uma fazenda com 40 escravos, levou o médico Dr. Torres Quintanilha a sua fazenda. Além de tratar Manoel com longas “visitas” e “horas de assistência a cabeceira do enfermo”, o médico aproveitou para cuidar de outros doentes da casa. Segundo consta em uma nota anexada ao inventário, o médico recebeu honorários por “visitas ao escravo Manoel Antônio”, “visita ao escravo Joaquim” e novamente por “consulta ao escravo Manoel Antônio”.

Analisando o inventário de João Lopes Martins¹⁴, em 1872, surgem novamente fragmentos da história marcada por tensões e fugas de alguns dos seus escravos. O inventariado possuía uma fazenda com 123 cativos, no entanto, três deles fugiram em direção à capital. É provável que os escravos tenham visto na morte do seu senhor o momento ideal para por seus planos de fuga em prática. Por ora, não podemos argumentar as razões e motivações que os levaram à fuga, contudo vale a pena destacar alguns episódios dessa história. Com exceção do escravo africano Inocência, que aparece avaliado por apenas quatrocentos mil réis, os outros dois fugitivos, Ricardo e Marcelino, eram vistos como peças valiosas do espólio de João Lopes Martins, sendo cada um avaliado em mais de um conto de réis. Em abril de 1877, o inventariante dos bens de João L. Martins já havia anunciado no *Jornal do Commercio* a fuga dos seus escravos.

12 Inventário *post-mortem* de Lino Pinto da Rocha, 1875. AMJRJ

13 Inventário *post-mortem* de Manoel Pereira Lopes, 1883. AMJRJ

14 Inventário *post-mortem* de João Lopes Martins, 1872. AMJRJ

Em 23 de julho de 1877, aparece anexado ao processo que o escravo Marcos tinha sido levado à carceragem e fora tratado em um hospital. Uma nota da casa de detenção de Niterói revelou que Marcos ficara lá por dez dias e outros dezesseis em tratamento em um hospital da região. Em 26 de julho do mesmo ano, foi pago ao Hospital de São João Batista em Nictheroy a quantia de vinte mil e quatrocentos réis, pelo tratamento do escravo na enfermaria do hospital por 17 dias.

No decorrer do inventário, surgem mais anotações sobre gastos com a “apreensão” e “soltura” de Marcelino Crioulo, que exercia o ofício de cocheiro; Ricardo Crioulo era pedreiro e Inocêncio Africano trabalhava na roça. Os gastos com a captura e tratamento médico destes três escravos somaram mais de quatro contos de réis. Em agosto de 1877, o escravo Ricardo Crioulo havia fugido e fora capturado. Um recibo consta o pagamento de uma gratificação no valor de 198\$700 réis aos seus capttores. Logo após, no mesmo mês de agosto, o tesoureiro da secretaria da polícia da província do Rio de Janeiro, João José da Costa Velho, assinou uma nota no valor de trezentos mil réis para as seguintes despesas do escravo Ricardo:

(...) por dez dias de detenção do escravo; carceragem; despesas no hospital de São João Batista; transporte do escravo para Cantagalo, inclusive o regresso das praças que o escoltaram; alvará de soltura e selo; ofício para fazer seguir o escravo para Cantagalo¹⁵.

Investigando outros documentos anexados no processo do falecido João Lopes Martins, encontramos informações sobre os cuidados da escravaria. Em várias notas são registrados o pagamento dos vencimentos do médico José Sezinando Avelino Pinho. Em janeiro de 1870, foram pagos os “vencimentos como médico de minha família, dos escravos das minhas fazendas e dos meus empregados e bem assim como meu procurador”¹⁶. Além de procurador do falecido, o doutor José Sezinando era vizinho e provavelmente amigo do falecido e sua família, talvez tratasse

15 Inventário *post-mortem* de João Lopes Martins, 1872. AMJRJ

16 Inventário *post-mortem* de João Lopes Martins, 1872. AMJRJ

dos doentes no hospital da fazenda Boa Vista (a propriedade também possuía uma botica) ou mesmo na casa de enfermaria localizada na sua própria propriedade, a fazenda Benfica, em Cantagalo¹⁷. De acordo com o processo, João Lopes Martins possuía 123 cativos, distribuídos em três fazendas: Boa Vista, Sossego e Douradinho.

Embora tais informações sejam apenas pedaços de muitas histórias que permeavam as experiências dos indivíduos escravizados em Cantagalo, elas são fundamentais para reconstruirmos esses mundos da escravidão que se desvelaram na importante paisagem social do Vale do Paraíba fluminense. Nos processos das fazendas analisadas surgem quadros complexos de morbidade, logo, não seria possível argumentarmos que inúmeras doenças estão, provavelmente, relacionadas ao trabalho árduo das lavouras, às condições precárias de vida e alimentação? Deparamo-nos com escravos aleijados, defeituosos, quebrados, opilados etc.; observamos processos com informações sobre gastos dos inventariantes com médicos, drogas, remédios e com o serviço de barbeiros, tudo para tratamento dos cativos. Deste modo, concluímos até aqui que o cotejamento de registros médicos e outros processos revelam importantes pistas dos cenários sociais daquela região. Surgem indícios das experiências escravas de uma região marcada pela rápida expansão de uma economia de *plantation*, alimentada pelo crescente número de escravos traficados. Talvez possamos, a partir dos indícios apresentados, indagar se muitos cativos estavam realmente doentes ou se fingiam doentes para que fossem alforriados ou então não vendidos. Quem sabe para que os valores atribuídos em cartas de alforrias diminuíssem. Assim, procuramos apresentar como os estudos das doenças podem servir como mais um importante caminho analítico para o entendimento das sociedades escravistas no Brasil.

Em suma, reforçamos o argumento que as relações entre saúde, trabalho e governo dos escravos permitem-nos descortinar experiências

17 Como citado anteriormente, o médico José Sezinando de Avelino Pinho era proprietário da fazenda Benfica em Cantagalo, entre os bens avaliados com seu falecimento em 1882 constam escravos, terras, plantações de café e uma casa de enfermaria. Além disso, como já indicamos, um dos seus escravos exercia a função de enfermaria. In *Inventário post-mortem* de José Sezinando de Avelino Pinho, 1882. AMJRJ

apontando como essas abordagens compõem um quadro profícuo e promissor para os pesquisadores que dedicarem-se às análises em torno dessa temática. Aproximando e alargando a escala de observação para o cotidiano dos personagens escravizados, é possível tecer novas sistematizações a respeito do complexo universo da escravidão, tanto para o Brasil, quanto para outros cenários escravistas. Narrativas sobre as experiências da saúde e doença da população escrava são ponto de partida da nossa observação, explorando a densidade das experiências dos indivíduos marcados pela diáspora africana.

Referências bibliográficas

ALEGRIO, Leila. “O café, o Vale do Paraíba e a mulher fazendeira”. Disponível em http://www.institutocidadeviva.org.br/inventarios/sistema/wp-content/uploads/2009/11/28_leila-alegrio.pdf. Acesso em 17/11/2013.

BARICKAMN, B. J. *Um contraponto baiano*. Açúcar, fumo, mandioca e escravidão no Recôncavo, 1780-1860. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BEZERRA, Nielson Rosa. *As chaves da escravidão: confluências da escravidão no Recôncavo do Rio de Janeiro*. Niterói: EdUFF, 2008.

BOUCHUT, Eugène e DESPRÉS, Armand: *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, Paris: Germer Baillière; New York: Baillière Bros, 1867.

BURLAMAQUI, Frederico Leopoldo Cesar. “Monographia do Cafeeiro e do Café, 1860”, apud GOMES, Mauro Leão. “Ouro, posseiros e fazendas de café. A ocupação e a degradação ambiental da região das Minas do Canta Gallo na Província do Rio de Janeiro”, Tese de Doutorado. Seropédica, UFRRJ, 2004.

CHALHOUB, Sidney. *A força da escravidão: ilegalidade e costume no Brasil Oitocentista*. 1ª edição, São Paulo: Cia. das Letras, 2012.

COELHO, Edmundo Santos. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de. "Honorários de um cirurgião na justiça" (Vila Boa de Goiás, 1801). *História, Ciências, Saúde* –Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, dez. 2012.

GODINHO, Manoel Monte. Supremo Tribunal Federal, Arquivo Nacional, 1883.

GOMES, Flávio. *História de quilombolas: mocambos e comunidades de senzalas no Rio de Janeiro, século XIX*. São Paulo: Cia. das Letras, 2006.

KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro 1808-1850*. São Paulo: Companhia da Letras, 2000, especialmente o capítulo "As almas: os que morriam".

LOS RIOS, Adolfo Morales de. *O Rio de Janeiro Imperial*. 2ª edição, Editora Topbooks, 2000.

LUTTERBACK, Álvaro. *O Conservador x Voto Livre: a imprensa que fez história em Cantagalo*. Governo do Rio de Janeiro. Secretaria de Cultura: 2011.

MARQUESE, R. de B. *Feitores do corpo, missionários da mente: senhores, letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.

PRÚSSIA, Adalberto da. *Brasil: Amazonas – Xingu*. Belo Horizonte, Editora Itatiaia, 1977.

SILVA, Eduardo. *Barões e escravidão: três gerações de fazendeiros e a crise da estrutura escravista*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; Brasília: INL, 1984.

TEUSCHER, Reinhold. "Algumas observações sobre a estatística sanitária dos escravos em fazendas de café". These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e publicamente sustentada aos 22 de julho de 1853. Rio de Janeiro: Villeneuve & Comp., 1853.

TOMICH, Dale. "O Vale do Paraíba escravista e a formação do mercado mundial de café". In GRINBERG, K. e SALLES, R. *O Brasil Imperial*. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, v. 2. 2010.

“A América devora os pretos”: teses médicas, manuais de fazendeiros e grandes escravarias

Júlio César Medeiros da S. Pereira

OS MANUAIS DE FAZENDEIROS, ESCRITOS AO LONGO DO XIX, NOS AJUDAM a dimensionar a importância dada ao tratamento dos escravos pelos fazendeiros brasileiros, desvelando um pouco do que pode ter sido a experiência de vida de um escravo de uma zona rural. Nosso intuito era enquadrar a Imperial Fazenda de Santa Cruz no contexto das prescrições e manuais de cuidado escravo; assim, poderíamos dimensionar com maior clareza até que ponto a Fazenda Santa Cruz se encaixaria ou não no molde escravista vigente. Poderíamos então historicizar as medidas tomadas por Inácio Garcia, o superintendente da fazenda em 1860, de quem nos ocupamos ao longo da tese, ao tentar demonstrar como as medidas coercitivas e arbitrárias, baseadas na supressão da oferta de alimentação aos idosos, crianças, doentes e guarnição de serviço do hospital influenciaram, de forma decisiva, o declínio do que poderíamos chamar de certo “bem-estar” escravo na fazenda Imperial.

Com isso, esperávamos poder responder a questões relevantes como: em que medida as ações de Garcia, que colidiam com as expectativas da escravaria, teriam sido influenciadas por, talvez, um novo padrão de administração escrava? Como tais modelos foram pensados, elaborados e aplicados na fazenda Santa Cruz? E de que forma isso teria influenciado a vida escrava na Fazenda.

Para tentarmos responder a tais questionamentos, a análise valeu-se de dois manuais agronômicos, também conhecidos como manuais de fazendeiros. O primeiro é o “Manual do agricultor brasileiro” (sic), escrito por A. Taunay e oferecido a Bernardo Pereira Vasconcelos (TAUNAY, 2001 [1839]); e o segundo é o “Manual agronômico” elaborado por Francisco Peixoto de Lacerda Werneck, um pujante cafeicultor de Vassouras,

que, mais tarde, veio a se tornar o barão de Pati de Alferes, publicado em 1847, no *Auxiliador Nacional*, e reimpresso após a sua morte, em 1863 e 1878, devido a sua ampla penetração no meio agrônômico.

Após isso, recorreremos às teses médicas voltadas ao cuidado dos escravos no sentido de termos exemplos de como médicos pensavam a respeito do assunto, no decorrer do século XIX. Uma delas intitula-se "Algumas observações sobre a estatística sanitária dos escravos em fazendas de café", de autoria do médico Reinhold Teuscher, apresentada à Academia de Medicina do Rio de Janeiro, em 1833. Nela, o médico se propunha a descrever a saúde e "o modo de viver" de 925 escravos de cinco fazendas próximas à região de Cantagalo, apresentando suas enfermidades, seus trabalhos, bem como a alimentação e a rotina empreendida constantemente.

Outro texto é a tese médica "A higiene dos escravos", defendida por David G. Jardim, em 1847, que verificava o estado de higiene corporal dos escravos: ela poderá nos ajudar a dimensionar as variadas formas de adoecimento as quais os escravos estavam sujeitos nas grandes fazendas escravistas. Jardim afirmava que as maiores enfermidades dos escravos decorreriam da falta de asseio, habitações insalubres, má alimentação, vestuário precário e noites mal dormidas.

Os manuais de fazendeiros e higiene dos escravos

O manual escrito por Taunay se encaixa em momento de reflexão sobre a administração de grandes escravarias e das fazendas brasileiras por que passava o Brasil, logo no início da primeira metade do século XIX. Ele acreditava nessa capacidade de organização e advertia: "quem governar com notável grau de perfeição um engenho ou uma fazenda será capaz de governar o Estado" (Taunay 2001:35).

Os interesses envolvidos, na visão de Taunay, são claros: em primeiro lugar, o do senhor e, aliado a este, dentro do "tolerável", o dos escravos. Para estes o bem-estar poderia ser conseguido através da religião e de uma humanidade com o fim voltado para uma utilidade para o bem comum. Os escravos aparecem secundariamente em termos de

importância, contudo, são reconhecidos como parte importante desse mecanismo de organização. Bem ajustados, moldados, conformados e posicionados, os escravos contribuiriam para o sucesso das fazendas.

Na ótica do autor, os escravos representavam a adolescência de um homem europeu, eles eram crianças que deviam estar debaixo de uma “perpétua tutela”. Ao acompanharmos o seu raciocínio, percebemos que, ao fim e ao cabo, a tarefa escravista se transformara em pesado fardo aos senhores mais que aos escravos, cabendo àqueles a tarefa árdua de ensinar, corrigir, vestir e alimentar, enquanto era reservado a estes aprender e trabalhar.

A fim de inculcar a ideia de trabalho nos escravos, o senhor teria de se valer de vários artifícios, dentre eles o medo. “O medo, e somente o medo, aliás, empregado com muito sistema e arte, porque o excesso obraria contra o fim que se tem em vista” (TAUNAY, 2001:54). O castigo físico e disciplina deviam estar constantemente na mente dos escravos como uma alternativa para os que não se sujeitavam aos ditames estabelecidos. Pois, “é preciso sujeitá-los a uma rigorosa disciplina, e mostrar-lhes o castigo inevitável” (TAUNAY, 2001:55).

A alimentação, segundo Taunay, deveria ser variada, concedida diariamente apenas para as necessidades físicas voltadas para o trabalho. Parte da alimentação dos escravos, segundo Taunay, deveria ser racionada, o prato deveria ter pouca mandioca, mais carne fresca e menos arroz e feijão. Em termos de peso real, a ração não passaria de 300 g por escravo.

Outro escrito importante para o tratamento dos escravos foi o texto do médico David Gomes Jardim sobre a saúde dos escravos no século XIX. Figuraram entre os seus professores, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, os médicos J. M. da C. Jobim (Medicina Legal), e J. V. Torres Homem (Clínica Médica e Princípios de Mineralogia). Jardim reafirmava o dever de que os médicos atentassem para com a saúde dos escravos brasileiros, haja vista o estado precário em que se encontravam por causa da escravidão.

Segundo o autor, as desculpas usadas como motivos para os maus tratos “não são inteligentes, não possuem leis nem religião” e não podiam

servir de pretexto "à ambição desenfreada à sede de riquezas" (JARDIM, 1847:2). Na verdade, o texto de Jardim se posicionava frontalmente contra os argumentos escravistas.

A escravidão, segundo Jardim, degradava o estado do ser humano, porque o embrutecia e, ao invés de levá-lo à civilização, a qual ele não nega que exista, leva-o a estágio inferior. A crítica ao comércio de escravos também está presente no início do seu texto. Conforme Jardim, ele era "infame" e devorador de homens (JARDIM, 1847:2), portanto ilegal. Por conseguinte, ao cometerem o tráfico e a escravidão sofriam tanto a África quanto a América. A primeira por sangrar a perda constante dos seus filhos, a segunda por, ao fim e ao cabo, ser a grande prisioneira e dependente cada vez mais desse sistema (JARDIM, 1847:3).

Por todos os fatos que expõem, Jardim ressalva que o mínimo que os senhores podiam fazer seria agir com "moderação e brandura" para com os infelizes escravos, tratando-os com equidade e justiça, como homens de uma mesma natureza, e não outra, diversa, caída ou degenerada. Sendo assim, eis então o motivo que o força a escrever: levar os senhores a melhorarem o tratamento que dispensam à escravaria, minorando as mazelas da escravidão.

As razões da mortalidade escrava, segundo Jardim, não poderiam, a despeito de ideias contrárias, resumirem-se às mudanças climáticas e atmosféricas, pois a pesquisa que diz ter feito, segundo ele, nada conseguira comprovar quanto a isso. Entretanto, as razões apontadas por ele seriam a não observância das práticas mais simples de higiene, ou seja, de cuidados para com os escravos e o desconhecimento acerca do tratamento correto das doenças dos escravos. Assim, Jardim passa a enumerar os fatores que, em sua ótica, aumentavam os índices de mortalidade. São eles: uma alimentação baseada em alimentos sem nutrientes, mal preparada e escassa; o consumo de bebida alcoólica por parte dos escravos; a falta de uma vestimenta adequada; o trabalho excessivo; a falta de repouso e moradia, ou local de repouso precário (JARDIM 1847:6). Todos esses fatores seriam as causas que, frequentemente, levavam os escravos a óbito, portanto, o senhor deveria observar todos esses aspectos a fim de

que seus escravos tivessem uma vida menos deteriorada pelas doenças em decorrência da escravidão.

A ebriedade é um outro mal elencado por Jardim, os escravos são propensos ao vício, e os senhores, segundo ele, em muitos casos, incentiavam o ato, ou nada faziam para coibi-lo. Indiretamente, o vício da embriaguez poderia levar o escravo à morte através de acidentes noturnos, pois muitos escravos, nas fazendas, pelo hábito de dormir ao pé do fogo, morriam queimados enquanto dormiam (JARDIM, 1847:9).

Diferentemente de Taunay, Jardim sugeria que o serão ou trabalho prolongado ao longo da noite era prejudicial. Ele responsabilizava essa prática pela oftalmia que penalizava os escravos. A noite deveria ser reservada “a restauração das forças perdidas” (JARDIM, 1847:12), entretanto, em muitas fazendas, segundo Jardim, o trabalho de separação do café ou da cana continuava, ao relento, noite adentro. O horário reservado ao sono era pequeno não sendo o suficiente para o descanso após um longo dia de trabalho.

Habitações impróprias, construídas na maioria das vezes em terrenos alagadiços, também foram alvos de crítica por parte de Jardim. A economia na escolha do material trazia como consequência o adoecimento dos escravos, sobretudo, pela malária. Citando seu professor¹, ele descreve as escolhas para as construções da época, perto de águas paradas, pútridas que emanavam mau cheiro, a casa feita de barro, com buracos por todos os lados, permitindo a penetração das águas da chuva e o sereno. Dormir em esteiras e em habitações desse tipo era um risco, o solo úmido, segundo Jardim, poderia resultar no tétano.

Como médico, as enfermidades que afligiam os escravos não podiam lhe passar despercebidas. Jardim reclama do fato de que, em muitos casos, a morte do escravo poderia ter sido evitada se fossem seguidas as premissas básicas do cuidado com os enfermos. “Enferma muitas vezes o escravo” – reclama Jardim – “sem que o senhor tome conhecimento, e quando vem a saber já a moléstia tem feito progressos tais que é difícil atalhá-la” (JARDIM, 1847:15), levando o escravo a óbito. Os remédios

1 JOBIM, J. M. da C. *Memória sobre as moléstias da classe pobre do Rio de Janeiro*. *Opus cit.*

caseiros também são vistos como vilões por Jardim. Ele credita às práticas populares o tratamento inadequado de doenças que poderiam ser facilmente tratadas "se os cuidados da arte fossem logo aplicados".

A crítica a supostos remédios é uma das características desse texto de Jardim. O emprego de purgatórios tais como o *Le-Roy*, de uso tão comum à época, utilizado como purgante em caso de várias enfermidades; e o *tártaro hermético* que era usado para todos os fins, inclusive para as febres. Jardim não se propõe a descrever as propriedades medicinais dos vários remédios usados, aliás, ele julga isso como algo muito perigoso, pois muitos de sua época prescreviam receitas, sem dominarem a "arte de formular", de modo desastroso para o paciente. Portanto, ele afirmava: "certo estava Hipócrates que aplicava aos seus doentes, tisanas de cevada e dieta" (JARDIM, 1847:16). Ou seja, a busca da simplicidade afastando-se das fórmulas complicadas em seu uso. Deve-se buscar o equilíbrio entre os remédios, *purgantes* devem ser ministrados ao lado de *tônicos*, o *ácido sulfúrico* deve ser usado com a *quina*.

Nos casos dos castigos físicos, Jardim denuncia a prática de muitos feitores de, após aplicar os castigos físicos nos escravos, lançarem mão de remédios nos vergões tais como: sumo de limão, sal e pimenta, a fim de evitarem a gangrena. No entanto, essa prática, além de trazer dores atrozes piorava o estado das feridas, levando ao tétano ou à infecção. Ele não especifica qual remédio deveria ser usado nestes casos, mas deixa entender que deveriam ser remédios compostos de cera ou balsâmicos, que tivessem ação anti-inflamatória.

Nesse mesmo mote de trabalhos que teciam severas críticas ao tratamento que muitos senhores davam a seus escravos, a tese "Algumas observações sobre a estatística sanitária dos escravos em fazendas de café", de autoria do médico Reinhold Teuscher, também contribuiu com o debate sobre o modo como os senhores, sobretudo no campo, deveriam tratar a escravaria. Na tese apresentada à Academia de Medicina do Rio de Janeiro, em 1853, era intenção de Teuscher descrever a saúde e "o modo de viver" dos escravos do eito. Seu método de pesquisa se baseava na observação do modo de vida de 900 escravos de cinco fazendas

próximas à região de Cantagalo (TEUSCHER, 1853), durante cinco anos. Ao final, ele procurou descrever suas enfermidades e seus trabalhos, bem como a alimentação e a rotina empreendida diariamente.

Quanto aos fatores de adoecimento dos escravos, a hipótese da influência climática parece ser logo de início descartada pelo autor. Em sua descrição da região, ele se refere a cursos de água rápidos, montanhas íngremes e uma temperatura em média de 26° C. Nesse local, as cinco fazendas citadas, a saber: Arêas, Boa Sorte, Boa Vista, Itaoca e Santa Rita, todas na região de Cantagalo, que hoje ocupa o centro-norte fluminense, desfrutavam de um clima agradável, ameno e, portanto, propício à vida do homem e à cafeicultura, principal atividade da região que fazia parte do famoso Vale do Paraíba em sua época áurea.

Apesar da localização propícia e da aparente atividade fim a que se destinava o trabalho escravo, apenas metade dos escravos, fora as crianças, se ocupavam da produção de café, pois os restantes se davam aos serviços de tropa e obras na região. O gado tomava grande parte da terra não utilizada para plantio, principalmente no momento em que a região de mata passava por um processo de desmatamento acirrado com a expansão da lavoura cafeeira.

As casas foram levantadas com pedra e cal e, na análise de Teuscher, eram bem construídas. Cobertas de telhas que protegiam os escravos das chuvas possuíam ainda janelas que possibilitavam uma melhor circulação do ar. Os cativos levantam-se entre quatro e cinco da manhã e o término de suas atividades só ocorria às vinte e uma horas. A vestimenta era composta de pano de linho grosso e uma camisola de lã.

O autor acrescenta que, com relação ao adoecimento dos escravos, os meses de maior incidência de casos eram os quatro primeiros do ano. Segundo a investigação do autor, a doença mais comum entre os escravos era a opilação ou anemia intertropical que, apesar do segundo nome, Teuscher credita a incidência menos ao clima que às condições de vida dos escravos, habitações construídas em locais “úmidos”, que embora férteis, como em Santa Rita, eram responsáveis pelo adoecimento dos escravos por esse mal.

Os motivos elencados por Teuscher como fatores de adoecimento dos escravos seriam, além da moradia úmida, longas jornadas de

trabalho, má alimentação, pouco tempo reservado ao sono e aos excessos sexuais. Mulheres grávidas, segundo o médico, estavam mais suscetíveis à anemia intertropical, enquanto entre as crianças não foi constatada uma grande incidência.

A terapêutica prescrita por Teuscher é empírica. Uma solução de ferro acompanhada de tônicos deveria resolver o problema, alertava o médico, entretanto, como as causas dos males não eram resolvidos, os escravos tornavam a apresentar os sintomas das doenças, vindo a óbito por diarreia crônica ou hidropisia generalizada. Aliás, os escravos tratados com ferro geralmente passavam a sofrer sérias complicações intestinais. Para minorar esse mal, a mistura de ferro e manganês era prescrita em jornais da época como solução para a diarreia em decorrência do uso do ferro, porém Teuscher duvidava de sua eficácia.

Segundo Teuscher, a febre intermitente não era um problema para os escravos, poucos faleceram nas fazendas em decorrência desse mal. Por outro lado, a diarreia causada por vermes intestinais se fazia frequente entre os escravos com menos de 12 anos. Até os vinte meses de vida, as crianças escravas também estavam suscetíveis ao que ele chama de "hepatite interessante" que, segundo ele, se manifestava além dos problemas no fígado, por manchas negras como úlceras nas nádegas e nas partes posteriores da coxa indicando a debilidade do cativo.

Teuscher acreditava que o mal estado de saúde dos escravos se dava em decorrência da própria inaptidão dos escravos para tratarem a si mesmos, dificultando uma prática terapêutica eficaz. Esse pensamento o levou a considerar que os escravos, ao usarem suas práticas populares, acabavam por piorar a situação na qual eles se encontravam. "Na sua falta de inteligência", as mães "mal esclarecidas", alertava Teuscher, não sabiam como tratar os filhos nem descrever os sintomas que as crianças apresentavam, por isso a doença conhecida como "mal de sete dias" ceifava tantos recém-nascidos que, segundo ele, era a maior causadora de mortalidade entre os cativos em tenra idade.

Finalizando a sua tese, Teuscher conclui com duas proposições que sintetizam o pensamento desenvolvido por ele ao longo do seu trabalho:

“O efeito do remédio não pode ser deduzido da composição química (do mesmo)” e “O médico não pode ser inteiramente alheio a nenhuma arte ou ciência” (TEUSCHER, 1853:12). Talvez o médico estivesse querendo dizer, com estas palavras que, em seu entender, os remédios possuíam, ao mesmo tempo, propriedades benéficas e maléficas, incapazes de serem notadas a partir da simples leitura de sua composição. Portanto, o médico deveria ser um exímio observador dos efeitos do tratamento receitado a fim de avaliar a possibilidade de empregar cada remédio de acordo com o paciente ou a situação que se lhe apresenta.

Em segundo lugar, o médico deveria, antes de tudo, estar a par de todas as possibilidades e métodos pelos quais seria possível curar um paciente, nesse caso, ele seria um conhecedor tanto da arte médica quanto do saber e da prática popular. Teuscher possuía uma visão abrangente da prática médica, não excluía o saber popular, embora acreditasse que certas práticas de uso comum eram prejudiciais aos próprios escravos. Por outro lado, ele critica abertamente os donos de escravos que negam a estes o direito de receberem um tratamento humano.

Os locais onde esses escravos eram mantidos cativos também foram analisados, no sentido de se buscar indícios sobre as condições de vida de um escravo rural, no sertão carioca do século XIX. Assim poderíamos dimensionar até que ponto a questão do tratamento dispensado aos escravos na Fazenda Santa Cruz foi específica ou se outras comunidades escravas também reivindicaram a manutenção dos seus costumes relacionados ao seu cotidiano dentro do universo simbólico partilhado pelos escravos.

População

As fazendas observadas por Teuscher estavam localizadas na região de Cantagalo, no centro-norte fluminense². Hoje se trata de um município que integra a região serrana do Estado do Rio de Janeiro, o qual ainda

2 “... em uma parte bastante montanhosa do paiz, com morros íngremes, vales estreitos e aguas de curso rápido, que em parte nenhuma formam pântanos ... e termometro oscila entre 26° em janeiro e fevereiro e 7° de junho a julho” descrição de Cantagalo por Teuscher, TEUSCHER, *Opus cit.* p. 5.

guarda as marcas de um passado áureo delineado por extensos cafezais, cujo poder ditava as regras econômicas do Império. O Vale do Paraíba sobressaía-se, naquele momento, como o propulsor da economia que movia o império e lá as maiores fazendas do início do XIX se estabeleceram em busca do lucro certo e alto. A reboque, o dorso escravo acompanhou o movimento em direção ao norte, ao mesmo tempo em que as matas iam sendo deitadas ao chão, abrindo espaço para as negras rubiáceas.

Nas fazendas observadas por Teuscher, cada escravo colhia anualmente de 5 a 6 mil pés de café; 100 alqueires de milho, 8 de feijão e 7 de arroz (TEUSCHER, 1853:6) mas, dos anos 1820 a 1830, no início da expansão cafeeira, um escravo colhia, no máximo, 2 mil pés de café (MARQUESE 2008:142). O motivo para este aumento de trabalho está diretamente relacionado ao aumento da produção do café verificado na metade do século XIX. Tais números eram muito maiores aos que estavam sujeitos os escravos antilhanos e dominicanos, no mesmo período, observado por Teuscher; pois, segundo Marquese (2008), naqueles países, os escravos colhiam cerca de 2 mil pés de café cada um. Tanto foi assim, que, no Brasil, os senhores recorriam ao expediente de pagar pelo excedente produzido pelos escravos e incentivá-los a trabalharem aos domingos de forma remunerada. Entretanto, Teuscher não faz menção, em momento algum, ao fato de escravos receberem pelo que produziam a mais, como ocorria nas fazendas do oeste paulista (MARQUESE 2008:142). Isso quer dizer que os escravos da Zona de Cantagalo estavam obrigados a uma excessiva carga de trabalho e a uma jornada longa.

As condições vida

Também analisamos as escravarias em questão sob o ponto de vista das condições de vida às quais eram submetidos os seus componentes; elege-mos os quesitos alimentação, saúde e moradia como fatores cruciais para compreendermos sob quais circunstâncias sociais os escravos viviam. Tais quesitos sociais refletem com maior exatidão as necessidades básicas inerentes ao ser humano e à manutenção dos vínculos sociais, o que lhes confere uma clara noção de sujeito individualizado em um grupo

maior no qual estão inseridos. Mesmo em um contexto extremamente contraditório como o escravista, essas necessidades básicas relacionadas ao habitar, se alimentar e manter a integridade física e psicológica, eram condição *sine qua non* à manutenção da vida, o seu prolongamento e, se possível fosse, o alcance da tão sonhada liberdade. Nesse sentido, a observação desses fatores se faz necessária no momento em que desejamos comensurar a capacidade que os escravos possuíam de sobreviver sob as mínimas condições possíveis.

Habitação

No que concerne à habitação, em Cantagalo as senzalas eram, segundo a observação do nosso doutor alemão, bem construídas, arejadas, feitas de cal e com telhas. Já o viajante Von Tschudi descreveu as senzalas dessa região assim: “Existem em geral dois edifícios compridos, de construção primitiva, as chamadas senzalas ou habitações dos negros, onde os homens são alojados separadamente das mulheres”, além disso, elas possuíam “janelas com grades, ou então, em vez das janelas, uma abertura abaixo do teto, a 12 pés (4, 1 m) acima do solo, que permitia a ventilação e a iluminação suficientes para todo o recinto” (TSCHUDI, J.J. Von, *apud* SLENES, 1999:152).

Como se pode ver, as senzalas da Zona do Cantagalo eram altas, possibilitando o arejamento do ambiente, levantadas acima do solo, e possuíam janelas e portas, mas esta não era, definitivamente, a realidade vivenciada pela maioria dos escravos nos grandes plantéis, pois como vimos anteriormente, Jardim criticava ferrenhamente os senhores que economizavam na construção das senzalas.

A prescrição de que elas estivessem limpas, como vimos em Taunay, no início deste capítulo, pode sugerir-nos que o ambiente interior das senzalas não fosse asseado, necessitando sempre da intervenção higiênica do senhor (TAUNAY, 2005:74), mas essa não era a realidade de todas as vivendas; Graham (1978:178) registrou sobre uma fazenda de Itaparica o seguinte: “Entre em várias das cabanas e acheia-as muito limpas e mais confortáveis do que esperava. Cada um contém quatro ou cinco quartos e

cada quarto parecia abrigar uma família". Nota-se que a ideia de sujeira ou higiene está mais na retina do observador e na ênfase que destaca aos elementos observados: Graham destacou os aspectos familiares do ambiente nas suas divisões do cômodo, enquanto Taunay estava preocupado com os utensílios, os panos e os estrados dos escravos, demonstrando um pouco do que pensava a respeito da capacidade dos negros em se autogerirem.

Alimentação e saúde

Resta-nos a verificação de como era a alimentação na Imperial Fazenda Santa Cruz e confrontá-la com o que era preconizado nos manuais e teses vistos até aqui, a fim de podermos situar a fazenda dentro de um quadro geral escravista e a sua especificidade histórica. Na Imperial Fazenda Santa Cruz, os escravos se alimentavam dos mesmos alimentos disponíveis em outras escravarias do sertão carioca, entretanto a fazenda gozava de certas particularidades. Havia, basicamente, três tipos de alimentação: uma era padronizada e servida aos escravos do eito e dela alimentavam-se os cativos que estivessem fora dos domínios da fazenda, portanto, longe de suas casas; a segunda era obtida pelos próprios escravos através da roça que plantavam e nela trabalhavam ao menos três dias por semana, sendo dispensados do serviço da fazenda para o seu cultivo; a terceira constituía-se de uma sopa fornecida às crianças (menores de sete anos), aos escravos inválidos, aos doentes e à guarnição de serviço no hospital de escravos, chamada de "caldeirão dos pobres". A ração padrão servida aos escravos do eito ou distantes da fazenda era composta de carne seca e farinha de mandioca, no almoço. À tarde, eles recebiam uma segunda etapa composta de arroz e feijão cozidos na gordura de carne bovina. À noite, por ocasião da ceia, os escravos comiam frutas das quais não temos informações sobre as mesmas (FREITAS, 1985:225).

Parece que no primeiro caso – ração servida aos escravos do eito –, as premissas ditadas por Taunay estavam sendo seguidas, pois a alimentação era servida em medidas parcelares, mas nunca completa em si, lembra-nos Taunay, no início deste capítulo, alertando sobre a necessidade de se motivar os escravos ao trabalho através da comida. Entretanto,

menos diversa do que ele propunha (TAUNAY, 2001:61) já que ele alertava sobre a inclusão de carne fresca e peixe na dieta escrava.

Por outro lado, a segunda opção de alimentação na Imperial Fazenda Santa Cruz, obtida em seus próprios roçados, vai frontalmente contra o pensamento de Taunay para quem os escravos não deveriam possuir a sua produção de subsistência. A razão para isso talvez seja uma medida compensatória, ou seja, o Estado proporciona uma alimentação precária, mas por outro lado, permite ao escravo complementar a sua dieta com alimentos não oferecidos. Outro fato digno de nota é a questão dos escravos de Santa Cruz não perceberem em sua dieta a carne fresca, já que a Fazenda era o maior entreposto de carne verde do Império e abastecedora de toda a região Sudeste. Com efeito, ofertar aos escravos a carne que a Fazenda produzia inviabilizava a produção, daí os escravos não terem acesso à carne fresca como em outras fazendas, ainda que em pouca quantidade como Taunay propunha (300 g por dia). Nas fazendas analisadas por Teuscher, “a escravaria se servia de angu, feijão com toucinho, e de carne seca de dois em dois dias” (TEUSCHER, 1853:6) (grifo nosso), e na ceia recebiam canjica, demonstrando que a dieta da região de Cantagalo era mais pobre nutritivamente e menos variada. O observador ressalta que os escravos comiam até se fartar e, na visão dele, eram bem alimentados, porém, eles não possuíam roças como em Santa Cruz, dependendo apenas dos seus senhores.

Os escravos das zonas cafeeiras eram sustentados pelos seus senhores. “Meu senhor (...) me dá bastante de comer” anotou o viajante a fala de um escravo pertencente a um cafeeiro da região de Bananal, distrito de Itaguaí, em 1830. A análise na documentação de onde o historiador Rômulo Andrade pinçou esta fala, demonstrou que “nas fazendas de café, a alimentação do escravo era fornecida pelo proprietário” (ANDRADE, 2007:133), desde que estes não possuíssem roçado; neste caso, os senhores se desonerariam do sustento dos cativos. A zona de Cantagalo não fugia à regra, os escravos recebiam a alimentação dada pelos senhores mas, como se nota, Santa Cruz ainda mantinha certa autonomia em relação àquelas, no que diz respeito à dieta do escravo, pois este era o segundo modo pelo qual o escravo obtinha sua alimentação: uma roça

própria. Tal autonomia, com certeza, proporcionava ao escravo de Santa Cruz condições de uma organização em termos de previsão futura e um desligamento das tarefas em troca do alimento fornecido pelo senhor.

Nesse sentido, pode-se dizer que os escravos santa-cruzenses levavam vantagem em relação aos escravos das lavouras cafeeiras que não possuíam roças próprias, pois permitia-lhes uma dieta mais saudável. Além disso, o historiador Schwartz acrescenta que tal possibilidade lhe permitiria vender o seu excedente, o que lhe seria útil no caso da compra de sua possível alforria (SCHWARTZ, 2009:100).

Conclusão

Vimos que o *Manual do fazendeiro*, escrito por Taunay (1839), na primeira metade do século XIX, usava como parâmetro a administração jesuítica, afinal, como ele mesmo declarou: eles (os jesuítas) haviam deixado “nas fazendas que o governo lhes confiscou certos usos e tradições que ainda duravam” (Taunay, 2001:76). Temos aí uma clara referência à Santa Cruz quando ele fala de fazendas confiscadas pelo governo, demonstrando que, ao escrever sua obra, a antiga fazenda jesuítica estava em sua mente como um modelo exemplar de administração de escravos.

Ainda no trabalho de Taunay, demonstramos com a ideia de um castigo disciplinador direcionado ao trabalho apontava para o engendramento de um período de maior racionalização da produção, embora o caráter paternalista ainda pudesse ser notado ao longo do seu texto, traduzido nas palavras “humanidade” a qual citou repetidamente, denotando a necessidade de um tratamento cristão dentro dos moldes escravistas da época.

No entanto, Taunay não aconselhava o uso das roças pelos escravos como um método benéfico ao trabalho. Diferentemente do praticado em Santa Cruz, Taunay achava que não era bom permitir aos escravos a posse de suas roças para o seu sustento, já que a comida, como vimos no início deste trabalho, deveria ser o maior motivador ao trabalho; logo, escravos que possuíssem seu próprio sustento, seriam mais difíceis de serem controlados.

Vimos também que a análise das condições de vida, às quais estavam submetidos os escravos nas grandes *plantations*, demonstrou que em

Santa Cruz tais condições eram melhores que em outras regiões, mesmo quando estas pertenciam a abastados senhores, como foi o caso de Cantagalo, pelo menos na primeira metade do século XIX.

Já no campo da saúde, a comparação entre as fazendas de Cantagalo, pesquisadas por Teuscher e a Imperial Fazenda Santa Cruz mostrou que os escravos santa-cruzenses possuíam uma dieta alimentar mais adequada e, mesmo os alimentados pelo “caldeirão dos pobres”, podiam contar com uma variedade de alimentos não disponíveis em outras paragens, uma vez que tal alimentação era composta dos mais variados produtos constituindo-se, na verdade, da sobra de tudo que era produzido na Fazenda. É possível que, por este motivo, em Santa Cruz, os cativos tivessem uma mortalidade menor e sofressem menos a incidência de doenças comuns ao mundo escravo; então, se a ausência de doença for um indicativo de saúde, os escravos de Santa Cruz gozavam, sim, de uma vida mais saudável.

Contudo, todos os indícios apontam no sentido de que esta suposta vida mais saudável residisse, sobretudo, em um fator no qual eles, os escravos de Santa Cruz se diferenciavam dos demais: a possibilidade de se auto gerirem, de escolherem seus parceiros matrimoniais e construir suas moradias, de cuidarem dos seus doentes, de possuírem seus próprios roçados.

Se isto for verdade, os escravos possuíam, de fato, razão para se sentirem diferentes dos escravos de outras fazendas. Com certeza, em algum momento da vida eles devem ter comparado as suas situações com as demais vivenciadas em outras escravarias. Ser escravo em Santa Cruz significava ter raízes deitadas na era jesuítica, um período onde o paternalismo era a regra que ditava e “concedia” *benesses*, das quais não queriam abrir mão mesmo após a virada da metade do século XIX, quando os manuais agrônômicos já distanciavam-se da moral religiosa.

Referências bibliográficas

ANDRADE, Rômulo. *Demografia escrava: compadrio e legitimidade, doenças e mortalidade de adultos e crianças* Rio de Janeiro e Minas Gerais, 1847-1888. Anais da ANPUH, 2007.

FREITAS, Benedicto de. *História de Santa Cruz*. v. I Era Jesuítica (1567-1759), Rio de Janeiro: Edições do autor, 1985.

FREITAS, Benedicto de. *História de Santa Cruz*, v. II. Vice-reis e reinado (1760-1821).), Rio de Janeiro: Edições do autor, 1985.

FREITAS, Benedicto de. *História de Santa Cruz*, v. III. Império (1822-1889). Rio de Janeiro: Edições do autor, 1985.

GRAHAM, M. *Diário de uma viagem ao Brasil*, Belo Horizonte. São Paulo: EdUSP, 1990.

JARDIM, David Gomes. "A higiene dos escravos. Rio de Janeiro, 1847". Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1847.

MARQUESE, Rafael Bivar. "Díspora africana e escravidão e a paisagem da cafeicultura no Vale do Paraíba oitocentista". Almanack Braziliense, Brasília: n. 7, maio de 2008.

MARQUESE, Rafael Bivar. *Feitores do corpo, missionários da mente: senhores, letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.

MARQUESE, Rafael Bivar. *Moradia escrava na época do tráfico ilegal: senzalas rurais no Brasil e em Cuba, C. 1830-1860*. Anais do Museu Paulista, São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 13, n. 2, jul./dez. 2005.

SCHWARTZ, Stuart. *Roceros e rebeldes*. Bauru, São Paulo: EdUSC, 2001.

SLENES, Robert. *Na senzala, uma flor*. Esperanças e recordações da família escrava – Brasil Sudoeste, século XIX. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

TAUNAY, Carlos Augusto. *Manual do agricultor brasileiro*. (1ª ed. 1839) Rafael de Bivar Marquese (org.). São Paulo, Cia. das Letras, 2001.

TEUSCHER, Reihold. "Algumas observações sobre a estatística sanitária dos escravos em fazendas de café". Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1853 para verificação de seu diploma pelo Dr. Teuscher, natural da Alemanha, doutor em Medicina e Cirurgia pela Universidade de Iena.

Doenças de escravizados em Vassouras, 1840-1880: principais causas *mortis* e suas implicações.

Iamara da Silva Viana

AS DOENÇAS NO SÉCULO XIX DEVEM SER ANALISADAS CONSIDERANDO-se as peculiaridades deste período histórico. Uma delas seria a crença recorrente entre grande parcela da população – composta de africanos, seus descendentes, alguns brancos e mestiços –, de que corpo e espírito teriam uma ligação, ou seja, haveria um vínculo entre causas espirituais e males físicos. A morte, tema de pesquisa precedente (VIANA, 2009)¹, especialmente pelas precariedades de higiene, vestimentas, alimentação e medicamentos, atingia um grande número de escravizados, em distintas faixas etárias. Dessa forma, pensar a morte de cativos no século XIX é pensar a complexidade na qual eles viviam. Nesse sentido, quais seriam as implicações das diferentes doenças no cotidiano dos trabalhadores escravizados neste século, nas distantes fazendas produtoras de café em Vassouras?

Entre “o modo de viver e o modo de morrer” (ELIAS, 2001:71) existe uma conexão que pressupõe pensar-se a natureza da vida e também da morte. Nesse sentido, a *causa mortis* é um dos elementos dos quais não podemos nos abster. Para esta reflexão, portanto, a doença será o elemento privilegiado, sendo aqui vislumbrada na tentativa de cotejar a maneira pela qual fora mencionada em dois distintos documentos: um religioso – o “Livro de Óbitos da Paróquia de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras” – e um político – os “Inventários *post mortem* de proprietários”². Esses documentos sofreram uma análise quantitativa e qualitativa.

1 Referência sobre pesquisa de mestrado que privilegiou as diferenças sociais e hierárquicas presentes nas formas de *bem morrer*, as possibilidades de ascensão social de ex-escravos e seus descendentes e rompimentos na sociedade escravista de Vassouras no oitocentos. Tais diferenças se fazem presentes na forma de inumação, vestimentas de cadáveres, sacramentos recebidos, condição jurídica atual ou anterior ao óbito e situação econômica.

2 As fontes documentais encontram-se no Centro de Documentação História de Vassouras (CDH), vinculada à Universidade Severino Sombra.

As considerações em torno das doenças de escravizados na sociedade de Vassouras entre os anos de 1840 e 1880 possibilitam refletir sobre a relação entre estes e as instituições de poder. O município de Vassouras fora construído como território pela forma de uso (SANTOS, 1996:50-88)³, no século XIX – especificamente nos trinta anos precedentes a 1850 –, tendo sido transformada, de uma vasta floresta primitiva, em uma grande área de cultivo do café (STEIN, 1990:28). Alterando sua estrutura inicial, esse produto ocupou novos espaços, acima e abaixo do Vale do Paraíba, estendendo-se por todo o território e tornando-se o principal do Império do Brasil. A demanda externa, principalmente dos Estados Unidos, a partir da década de 1820, incentivou o aumento da produção (MARQUESE, 2004:63).

A entrada maciça de mão de obra escravizada para atender às demandas externa e interna, alterou os padrões sociais e étnicos da região e, à medida que se ampliavam, as relações sociais foram também modificadas. A forma de utilização da força escravizada nos diferentes ofícios, o emprego da violência para manutenção da ordem, as roupas impróprias em determinados períodos do ano corroboraram para o aumento de moléstias, mormente a partir do período denominado de ‘expansão’ (1836-1850) (SALLES, 2008:150)⁴. Estas incidiam diretamente na produção cafeeira, bem como no valor da propriedade senhorial.

Número dos mortos e composição étnica

O número aproximado de escravizados enterrados por ano, na primeira metade do século XIX, no Rio de Janeiro, era 2.800 (KARASCH, 2000:144). Ao se cotejarem estes com os números obtidos na pesquisa em Vassouras, temos um menor quantitativo, se comparado à capital do Império, levando-se em conta as devidas proporções. Em 1840, os cativos somavam

3 Conceito utilizado por Milton Santos ao definir Território. O autor trabalha com a perspectiva de que o território adquire valor pela forma como é utilizado. Somando a ele o espaço físico e geográfico e as ações do homem.

4 A partir de 1820 houve um aumento na produção do café no Vale do Paraíba Fluminense, a partir de então, o café incentivou as transformações sociais, econômicas e políticas, incidindo nos períodos que se seguiram: o de 1821 a 1835, denominado de ‘implantação’; o de 1836 a 1850, ‘expansão da produção cafeeira e da *plantation* escravista’; 1851 a 1865, ‘o período de apogeu’, e, finalmente, de 1866 a 1880, ‘o período de grandeza’.

14.333 indivíduos e apenas 14 dos que morreram tiveram um assento no livro de óbito da Paróquia de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras. Considera-se que poucos escravizados puderam ter um registro oficial de morte; a grande maioria, provavelmente, fora enterrada nas fazendas ou cemitérios clandestinos. Destino também de muitos livres, principalmente os que pertenciam às classes menos abastadas. Nesse sentido, os dados sobre as doenças apresentam uma pequena parte daquela realidade, incluindo-se aí as poucas informações sobre causas *mortis*, o que nos permite ter um quadro peculiar, mas relevante, de análise.

A primeira distinção social e hierárquica na morte era entre pessoas livres e escravizadas. Os registros oficiais permitem uma amostra de 6.722 pessoas para o período estudado. Analisando os diferentes grupos sociais, percebem-se as diferenças que foram implementadas com o aumento da produção cafeeira e, conseqüentemente, do número de escravos e seus descendentes em Vassouras. O grupo dos livres, composto também por ex-escravos, é o mais complexo. Homens são maioria nos registros, mas a diferença entre eles e as mulheres é menor em relação à compreendida na análise de mortes de escravos. Entre os anos 1840 e 1880, 3.562 pessoas livres foram registradas no “Livro de Óbitos da Freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras”. Destes, 3.412 indivíduos livres (95.78%) receberam um assento. Libertos e forros são representados por 150 indivíduos (4.22%). Sublinhamos que apenas indivíduos com tais designações foram computados.

Escravizados somam 3.160 registros de óbito no livro paroquial, sendo 2.014 homens e 1.146 mulheres (63.73% e 36.27%, respectivamente). Os números reiteram a maior proporção de homens nos planéis escravistas existentes, não apenas em Vassouras, mas em distintas províncias do Império do Brasil, como evidenciam diferentes pesquisas. As mulheres também estavam sujeitas aos mesmos tratamentos, mas a maioria delas era utilizada para os trabalhos e ofícios domésticos, o que pode sugerir maior sobrevida.

As Tabelas 1 e 2 foram produzidas tendo por objetivo conhecer a origem dos cativos mortos, agrupando-se os agentes históricos segundo a origem descrita nos assentos de morte. Os percentuais foram calculados com

base no total dos mesmos para todo o período analisado. Os dados quantificados demonstram que os escravizados que mais morriam, e que tiveram sua origem informada, eram os procedentes da África centro-oeste. Os Bengueles correspondiam ao maior número de óbitos dentro deste grupo (39), seguidos por Congos (29), Angolas (24) e Cabindas (19). Da região da África do Leste, os Moçambiques merecem menção, posto que totalizaram 23 óbitos. Os de origem africana, identificados a partir do local de embarque, somam 177 (5,60%) indivíduos. Sem menção à região específica, verificamos a existência de 58 (7,20%) africanos e 413 (51,30%) da Nação. Somando todos os africanos, temos um total de 648 (20,50%) mortos no período de 1840 a 1880, e, destes, 78,55% são homens e 21,45%, mulheres. Os crioulos, escravizados nascidos no Brasil, quantificaram uma soma considerável: 334 (10,57%), sendo 195 homens (6,17%) e 139 mulheres (4,40%).

Tabela 1 – Distribuição da naturalidade (região de embarque) dos escravos africanos e crioulos que morreram em Vassouras, 1840-1880.

Região Africana	Naturalidade	Homens		Mulheres		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
África Ocidental	Mina	12	6.8	5	2.8	17	9.6
África centro-oeste	Angola	11	6.2	13	7.3	24	13.5
	Benguela	29	16.4	10	5.6	39	22.0
	Cabinda	16	9.0	3	1.7	19	10.7
	Cassange	7	3.9	2	1.1	9	5.0
	Congo	24	13.5	5	2.8	29	16.3
	Canguela	0	0	1	0.6	1	0.6
	Monjolo	3	1.7	1	0.6	4	2.3
	Muange	1	0.6	1	0.6	2	1.1
África do Leste	Rebolo	2	1.1	1	0.6	3	1.7
	Inhambana	1	0.6	0	0	1	1.1
Não Determinada	Moçambique	22	12.4	1	0.6	23	13.0
	Camondongo	1	0.6	0	0	1	0.6
	Costa	3	1.7	1	0.6	4	2.3
	Pilar	1	0.6	0	0	1	0.6
TOTAL		133	75.1	44	24.9	177	100

Fonte: Registro de Óbitos de Escravos. Centro de Documentação Histórica – Universidade Severino Sombra, Vassouras, R.J.

Tabela 2 – Escravos africanos e crioulos com origem não especificada, 1840-1880.

Região	Origem	Homens		Mulheres		Total	
		Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Não especificado	Africano	48	5.96	10	1.24	58	7.20
	Nação	328	40.74	85	10.56	413	51.30
	Crioulos	195	24.22	139	17.26	334	41.49
TOTAL		571	70.93	234	29.07	805	100

Fonte: Registro de Óbito de escravos. Centro de Documentação Histórica – Universidade Severino Sombra, Vassouras, RJ.

Um conjunto de fatores certamente os levava ao túmulo precocemente, homens, mulheres e crianças que, quase nunca, tinham a possibilidade de ser tratados por um cirurgião ou médico. As diferentes classificações e informações sobre os mortos, principalmente nos livros dedicados às pessoas livres, demonstram a distribuição desigual da mortalidade, refletida na sociedade hierarquizada da Vassouras oitocentista (VIANA, 2009). A transposição social de ex-cativos pode ser percebida nos enterros e suas diferentes representações simbólicas. Entre estes, uma pequena parcela pertencia às famílias abastadas, a grande maioria vivia na pobreza. Entretanto, a escravidão trazia consigo a marca da divisão social, política e econômica. Homens e mulheres – africanos e seus descendentes –, eram utilizados para produzir riquezas, sendo seu trabalho empregado à exaustão e sua vida útil, assaz breve.

Principais doenças e causas *mortis*

Os fazendeiros de distintas regiões do Império do Brasil conheciam bem os transtornos causados pelas moléstias de seus escravizados, bem como também as conheciam indivíduos que se dedicavam à medicina. As proposições médicas no século XIX atribuíam ao negro a responsabilidade por muitos males, “sua presença no seio da família é corruptora, representando perigo físico e moral” (PÓRTO, 2006:2). Tal perigo tornava-se questão econômica ao atingir fazendas nas quais o socorro médico

poderia não chegar, fato que incidia em estratégias que pudessem garantir escravizados saudáveis pelo maior tempo possível.

Atentando para essa questão, o médico francês, Jean-Baptiste Alban Imbert⁵, definira em seu manual a maneira pela qual um proprietário deveria escolher seus cativos, demonstrando a forma ideal de evitar futuros infortúnios, fossem relativos ao trabalho no eito ou à facilidade em contrair enfermidades. Enfatizava, assim, características desejáveis aos negros, associadas às melhores condições e a indivíduos mais saudáveis, tendo em vista os serviços árduos que deles se esperava. O escravizado não deveria apresentar alguns ‘defeitos’, sendo prudente ‘escolher’ um negro que:

[...] seja o pé redondo, a barriga da perna grossa, e o tornozelo fino, o que a torna firme; que a pelle seja lisa, não oleosa, de humabella cor preta, isenta de manchas, de cicatrizes, e de odor demasiado forte; que as partes genitae sejam convenientemente desenvolvidas, isto he, que nem pequem por excesso, nem por cainheza, que o baixo ventre não seja saliente, nem o embigo mui volumoso, circunstancias em que se originão sempre as hernias; que o peito seja comprido, profundo, sonoro, as espaldas desempenadas, sem todavia estarem mui desviadas do tronco, signal de não estarem os pulmões bem collocados; que o pescoço esteja em justa proporção com a altura do individuo, e que não offereça aqui e alli, mormente sob a queixada tumores glandulosos, sinal evidente de afecção escrofulosa, que conduz cedo ou tarde a uma tísica, que os músculos dos membros, do peito e das costas, sejam bem salientes; que as carnes não sejam molles, e sim rijas, e compactas; e que o negro em fim deixe entrever no seu semblante o aspecto, ardor e vivacidade: reunidas todas estas condições, ter-se-ha hum escravo, que apresentará a seu Senhor, todas as garantias desejeveis de saude, força e intelligencia (IMBERT, 1839:3).

5 Jean Baptiste Alban Imbert, médico formado na Universidade de Montpellier, chegou ao Império do Brasil em 1831 para estudar as doenças populares. Fez parte da Academia Imperial de Medicina após ter seu diploma reconhecido e confirmado, tendo sido aceito como membro titular em 15 de outubro de 1835. Escreveu algumas obras, dentre elas, o *Manual do fazendeiro* ou *Tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros*, 1839.

Observados os fatores físicos apontados, haveria garantia de boa compra, que poderia proporcionar muito trabalho dos negros sem muitos gastos com saúde, o que, provavelmente, demandava um bom investimento do senhor. Imbert analisou ainda diversas doenças, mencionando a necessidade de se conhecer a anatomia humana, bem como os principais métodos adotados em diferentes tipos de acidentes.

Uma das doenças que mais geravam óbito, a tuberculose, fora mencionada por Imbert. A maneira inicial de precaução contra o mal seria comprar cativos cujos “pescoço[s] esteja[m] em justa proporção com a altura do indivíduo, e que não ofereça[m] aqui e ali, mormente sob a queixada tumores glandulosos”, estes, associados diretamente à aquisição de tísica, nome dado à tuberculose, muito comum à época. Comprar escravos fortes e saudáveis não significava uma vida útil extensa. O trabalho forçado sob condições precárias ocasionava outros problemas que afastavam o cativo de suas tarefas: defeitos físicos de naturezas diversas. Estes foram facilmente identificados nos inventários *post mortem*, onde deformidades físicas e doenças estavam associadas ao preço do cativo, do que trataremos mais adiante.

As doenças relacionadas nos registros de óbito podem ser consideradas inelutáveis para escravizados, libertos e livres. As que constam nos inventários geralmente estavam associadas ao preço do cativo, parte dos bens do proprietário. Para estes casos, cita-se *Rita*, crioula, pertencente a um grande plantel no ano de 1846 que não teve valor mencionado, provavelmente por estar muito doente⁶.

As moléstias foram organizadas segundo grupos específicos e as que mais ocasionavam o óbito de escravos e livres eram: doenças infecto-parasitárias, sistema circulatório, sistema digestivo, sistema nervoso, sistema respiratório, osteomuscular, causas violentas e defeitos diversos, primeira infância, gravidez e parto, causas mal definidas, doenças

6 Informações contidas no Banco de Dados de Ricardo Salles que nos foi gentilmente cedido. As mesmas encontram-se nos Inventários *Post Mortem* da Freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras, 1846. Centro de Documentação História da Universidade Severino Sombra (CDH)

geniturinárias, doenças de pele, doenças conhecidas e idade avançada. A tabela na página seguinte foi elaborada para demonstrar as divergências entre as menções feitas sobre as diferentes doenças nos distintos grupos sociais. Se, num primeiro momento, estes eram separados pela condição jurídica, num segundo, as moléstias, ao menos em suas descrições, demarcam diferenças. Entre as pessoas livres e libertas, as citações são mais minuciosas e especializadas, de forma que as doenças geniturinárias, de pele, idade avançada e causas conhecidas, só foram mencionadas neste grupo de indivíduos. Dentro de cada grupo específico nota-se a presença de moléstias em um, e, não em outro grupo.

Os dados obtidos em pesquisa apontam que a tuberculose era uma das causas *mortis* mais presentes entre escravizados e livres. Ela concerne ao grupo de *doenças infecto-parasitárias*, tendo causado 10,03% (28) de óbitos de cativos para todo o período analisado. Entre os livres, a mesma gerou 16,57% (117) de mortes neste grupo de moléstias. Cotejando sua manifestação entre os dois grupos, ela foi mais fatal para os livres. Doença antiga em todos os continentes, inclusive na América, não pode ser pensada como a que atingia especialmente escravos, como aponta Mary Karasch (2009:209-212). Nas cidades européias ou americanas, durante a primeira metade do século XIX, a tuberculose pode ser considerada epidêmica, assinalada como a principal causa de morte. Atingia todas as classes sociais, mas as populações rurais deslocadas para as cidades eram as mais suscetíveis, fossem africanos ou não (CARVALHO, 2007:7).

Nos óbitos analisados, ao se compararem as informações com outras doenças que geraram morte em Vassouras, percebe-se uma quantidade significativa de escravos e de livres que morreram devido à tuberculose. Do total de mulheres do “Livro de Óbito de Livres da Freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras”, atingidas por essa moléstia, seis eram pretas (0,84%), 20 brancas (2,83%), 12 pardas (1,70%) e 11 (1,56%) sem cor atribuída. O total de descendentes de escravas é próximo ao de brancas, se forem consideradas conjuntamente pretas e pardas. Entre os escravos, 12 mulheres (4.30%) e 16 homens (5.73%) foram atingidos pela doença. Em outras palavras, a tuberculose atingia

Tabela 3 – Comparação de escravos e livres por tipo de doenças e gênero, 1840-1880.

Grupo	Escravos					Livres				
	H	%	M	%	T%	H	%	M	%	T%
Infecção-Parasitárias	36	12,90	24	8,60	21,50	114	16,15	94	13,31	29,46
Sistema Circulatório	13	4,66	18	6,45	11,11	35	4,96	15	2,13	7,09
Sistema Digestivo	8	2,87	4	1,43	4,30	24	3,40	7	0,99	4,39
Sistema Nervoso e Neuropsiquiátrico	15	5,37	7	2,51	7,89	31	4,39	16	2,27	6,66
Sistema Respiratório	19	6,81	5	1,79	8,60	11	1,56	9	1,27	2,83
Sistema Osteomuscular e Reumático	2	0,72	2	0,72	1,44	3	0,42	2	0,28	0,71
Morte Violenta ou Acidental	11	3,94	3	1,07	5,01	25	3,54	6	0,85	4,39
Primeira Infância	0	-	1	0,36	0,36	21	2,97	14	1,98	4,95
Gravidez e Parto	-	-	4	1,43	1,44	-	-	14	1,98	1,98
Causas mal definidas	71	25,45	36	12,90	38,35	132	18,70	117	16,57	35,27
Doenças Geniturinárias	-	-	-	-	-	2	0,28	1	0,14	0,42
Doenças de Pele	-	-	-	-	-	1	0,14	-	-	0,14
Doenças Conhecidas	-	-	-	-	-	2	0,28	3	0,42	0,71
Idade Avançada	-	-	-	-	-	3	0,42	4	0,57	0,99
Totais	175	62,72	104	37,28	100	404	57,22	302	42,78	100
Total Geral:	279					706				

Fonte: Livros de óbitos das pessoas escravas e livres da Paróquia de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras. Centro de Documentação História da Universidade Severino Sombra (CDH), Vassouras, RJ.

diferentes classes sociais e diferentes etnias existentes na sociedade da Vassouras oitocentista. A incidência de mortes causadas por doenças infecto-parasitárias entre os livres é superior à de escravos.

Bexiga ou varíola é a segunda doença deste grupo que mais gerou óbito entre escravizados. Se a vacinação, ainda em território africano, diminuiu a incidência de casos da doença, entre os cativos de Vassouras, não fora possível, nesse momento, confirmar a informação. Todavia, sete (2,50%) escravos sucumbiram a ela, um (0,36%) homem e seis (2,15%) mulheres. Entre os livres, essa enfermidade foi fatal para 11 (1,56%) indivíduos, quatro (0,57%) homens e sete (0,99%) mulheres. O que nos parece evidente é que, entre os gêneros, o feminino foi o mais atingido pela doença; entre os grupos, percentualmente o dos escravos.

No caso da febre amarela, o indivíduo estaria imunizado por alguns anos, se fosse infectado em tempos pretéritos. A falta de contato anterior com a infecção levou muitos estrangeiros livres à morte, conforme nos informa Mary Karasch (2000:222-223). Na análise do livro de óbitos de escravizados, ainda seguindo a Tabela 3, nenhum caso da doença ocasionou morte neste grupo. Entre os livres, contudo, significou a morte de 11 homens e duas mulheres, representando 6,25% das causas *mortis* no grupo de doenças infecto-parasitárias e 1,84% do total das moléstias quantificadas.

As doenças respiratórias acometiam muitos escravos na sociedade escravista de Vassouras. Vários são os fatores que corroboraram para a existência dos males pulmonares. Dentre eles, o fato de algumas fazendas, na década de 1860, terem adotado ventiladores movidos à força, que, segundo Stanley Stein, aumentou a poeira dos engenhos, elevando o grau de insalubridade nos escravos, “percebido pelo hábito de tossir e cuspir acompanhado de complicações respiratórias” (STEIN, 1990:65). Os escravos tiveram 8,60% (24) de mortes relativas a essa causa. Os indivíduos livres, apenas 2,83% (20). Comparando todos os grupos de doenças relacionados, pode-se verificar que neste se encontra a maior diferença. Nos períodos mais frios do ano, uma simples gripe poderia se tornar uma pneumonia.

Os africanos, segundo Mary Karasch, eram mais suscetíveis a essas doenças e “aparentemente tinham uma mortalidade mais alta e maior probabilidade de morrer delas que os brancos” (KARASCH, 2000:242). Neste grupo de moléstias, a pneumonia foi a mais expressiva para os escravos: 3,94% do total das doenças registradas: dez homens (3,58%) e uma mulher (0,36%) a tiveram como *causa mortis*. Para o mesmo grupo, a bronquite (0,71%) foi mais representada entre os livres: quatro homens (0,57%) e uma mulher (0,14%). As divergências neste grupo, comparando a condição jurídica dos indivíduos, são evidentes na forma como as descrições são mais específicas para livres e libertos. Gripe, tosse, tosse convulsa só são mencionadas para estes últimos grupos.

Doenças relativas ao sistema circulatório somam 31 (11,11%) mortes entre os escravizados: 13 (4,66%) homens e 18 (6,45%) mulheres. Os livres somam 50 (7,09%): 35 (4,96%) homens e 15 (2,12%) mulheres. Comparando-se os percentuais, as fontes apontam que escravizados morriam em maior número que os livres de causas cardíacas. Se no Rio de Janeiro foram poucos os que faleceram delas na primeira metade do século XIX, em Vassouras, a partir da segunda metade do mesmo século, foi o segundo maior agente causador de mortes identificadas para o grupo. Entre os livres, as descrições são mais específicas: angina e aneurisma são algumas das denominações descritas. Nos inventários apenas 12 (0,58%) escravizados traziam alguma doença cardíaca mencionada.

O sistema digestivo, como observado na Tabela 3, foi responsável pela morte de 4,30% (12) dos escravizados e 4,39% (31) dos livres. Se no Rio de Janeiro era o segundo grupo mais letal das moléstias, em Vassouras, ocupou o sexto lugar. Provavelmente, como assinala Mary Karasch, os médicos do século XIX utilizavam a diarreia para justificar a morte de um escravo, sugerindo, neste caso, pouco estudo, conhecimento ou atenção sobre as enfermidades pertencentes ao grupo para esses agentes históricos. Pouca higiene, precário saneamento, mau manuseio de alimentos e a proximidade dos mesmos ao lixo, fato que ocorria com frequência dentro de algumas fazendas, são fatores que podem estar intimamente relacionados à existência dessas doenças.

Moléstias do sistema nervoso afetaram e levaram à morte 7,89% (22) de escravizados e 6,66% (47) de livres e libertos, segundo as informações no “Livro de Óbito” da paróquia. Entre os cativos, ocupavam o quarto lugar dos problemas de saúde que mais ocasionaram mortes, sendo a ‘congestão cerebral’ a mais evidente. Dela, faleceram sete (2,51%) homens escravos. Fora igualmente significativa entre o segundo grupo, 11 (1,56%) homens e quatro (0,57%) mulheres. A segunda mais mencionada foi a apoplexia: quatro (1,43%) mulheres escravas. Somente um (0,14%) homem livre foi vítima da doença. Amolecimento cerebral e convulsões foram as enfermidades mais comuns do sistema nervoso entre os indivíduos livres. Os inventários demonstram que esses tipos de enfermidade foram descritos como epilepsia (1) e ataque de nervos (1), totalizando 0,2% das mazelas registradas. Acrescentam-se, neste tipo documental, as doenças mentais, representadas por 1,76%. São descritas como: apatetado, apatetado sem valor, demente, demente sem valor, doído, doído sem valor, dentre outros. Demarcam-se, assim, os que ainda poderiam fazer parte do total do patrimônio a ser considerado, mesmo sendo portadores de doenças mentais.

Crianças, ainda na primeira infância, somavam um grande número de mortos, entre escravizados e livres. Contudo, as causas *mortis* não foram informadas na maioria dos casos. As que tiveram alguma doença mencionada representam 0,36% (uma) e as livres 4,95% (35) do total de moléstias no seu grupo específico. Crianças escravizadas, libertas e livres eram vulneráveis às doenças no século XIX. Muitas não ultrapassavam os sete anos de idade. As livres morriam de dentição, ‘mal-dos-sete-dias’; meninas escravas não tinham a *causa mortis* informada na maior parte dos assentos de óbitos.

Seguindo os indícios dos livros de óbitos, doenças associadas à gravidez pouco matavam, fato que pode estar em desacordo com a realidade. Mulheres escravizadas correspondem a 1,43% (4) das que morreram de algum mal relacionado à gestação, enquanto as livres, a 1,98% (14). As cativas que tiveram alguma moléstia do gênero e foram contabilizadas nos inventários são 0,58% do total quantificado; da mesma forma, um

baixo quantitativo, se relacionado com o total de escravas inventariadas no período de 1840 a 1880.

Tabela 4 – Doenças de escravos listadas nos “Registros religiosos” e nos “Inventários” de proprietários.

Grupo de Moléstias	Livros de Óbitos	%*	Inventários	%*
Infecto-parasitárias	60	21,51	50	2,44
Sistema Circulatorio	31	11,11	12	0,58
Sistema Digestivo	12	4,30	9	0,44
Sistema Nervoso	22	7,89	2	0,10
Sistema Respiratório	24	8,60	43	2,10
Osteomuscular	4	1,44	51	2,48
Causas Violentas / Defeitos diversos	14	5,01	963	46,97

Fonte: Registros de óbitos de escravos e inventários *post mortem*, 1840-1880. CDH.

*Percentuais calculados com base nos totais de cada fonte para cada grupo de doenças.

Nos inventários, as doenças são informadas condicionadas ao valor atribuído ao escravizado. Portanto, de forma diferente da apresentada nos assentos de óbitos. O que interessava nesse tipo de documento é se a doença impossibilitaria o cativo para o trabalho, diminuindo o valor do patrimônio a ser considerado e, conseqüentemente, da mão de obra necessária para as diversas atividades da fazenda. Para ilustrar as divergências em ambos os documentos, elaborou-se a Tabela 4, quantificando o número de vezes que as principais doenças relacionadas a cada grupo foram registradas.

Neste *corpus* documental são catalogadas doenças ou imperfeições de cativos. Comparando-as com as que causavam óbitos, tem-se uma inversão dos valores atribuídos a cada um dos grupos. Se entre eles, nos livros paroquiais, as infecto-parasitárias eram as responsáveis pelo maior número de óbitos, nos inventários, elas significam apenas 2,44% (50) do total dos infortúnios morbos. As relacionadas ao sistema respiratório são 8,60% no registro religioso; nos inventários, representam 2,10% do total. As de maior vulto são as moléstias que geravam “defeitos” e deficiências de um modo geral. Levando-se em conta as relacionadas à visão, audição, invalidez, obesidade, defeitos nos membros inferiores e superiores,

teremos um total de 46,97%. Portanto, quase metade dos escravizados relacionados nos inventários de 1840 a 1880 com algum problema de saúde, teve ou tinha problemas físicos gerados por moléstias ou acidentes. Considera-se que a relação existente entre imperfeições, moléstias e patrimônio norteava as anotações feitas nos inventários *post mortem*. Essas informações também indicam os maus tratos defendidos por muitos fazendeiros como forma de manutenção da ordem escravista, descrita nos manuais da década de 1830.

Doenças versus economia: distintas implicações

Algumas moléstias não afastavam, ao menos inicialmente, o escravo de suas atividades, não significando perda total de mão de obra e capital. Este parece ter sido o caso de Gonçalo, crioulo que, embora doente, foi avaliado em 1.400.000 réis. Da mesma forma, José Pinto de Nação, 42 anos, *perna de pau*, que teve seu preço estimado em 1.200.000 réis. Mesmo sem um membro, alguns cativos apresentavam um valor, como Sabino, 5 anos, sem um braço, 400.000 réis. Outras moléstias, contudo, constituíam perda no total do patrimônio, pois o cativo não teve nenhum valor a ele atribuído. Nesse contexto, estavam inseridos Eva Nação, com 50 anos de idade, doente; Maria, casange⁷, diagnosticada como demente; Delfino, aleijado, e Floriano, inválido. Muitos são os impossibilitados para o trabalho devido a doenças, congênicas ou adquiridas, que representam perda de patrimônio e mão de obra.

Os idosos correspondem a um grupo específico. O fator idade já incidia no preço do cativo e, se doente, poderia ser considerado inválido. No ano de 1860, Pedro Nação Moçambique foi classificado como muito velho e sem valor, não estando inserido no rol de bens que pudessem gerar algum lucro após ser inventariado. O registro paroquial informa que, entre os escravos, faleceu em 18 de agosto de 1880 de moléstia interna e velhice, Manoel, preto, africano com 70 anos. Aqui, a velhice foi associada a *causa mortis*. Algumas doenças eram peculiares da senilidade, causando a morte de 0,99% (sete) dos livres. Nos inventários, 8,05% dos

7 Etnia africana que consta nos documentos do século XIX.

cativos tiveram anotações relativas à idade avançada: *muito velho, velho doente, velho sem valor*. As diferentes especificações demonstram a tentativa em descrever a possível utilidade do cativo, que poderia, em muitas fazendas, colaborar nos serviços considerados mais leves, como cuidar dos galinheiros e, por este fato, manter preço no mercado, ainda que irrisório.

Do ponto de vista econômico, as doenças de cativos relacionadas nos inventários quantificam a diminuição da mão de obra, os gastos com a dieta alimentar, remédios e cirurgia e, em alguns casos, redução do valor do patrimônio, devido aos inutilizados pelas moléstias ou acidentes para os serviços na fazenda e na casa de vivenda. No contato com as fontes, percebe-se que muitos com doença associada ao seu nome exerciam alguma função. Outros tantos foram desviados para funções mais leves e adequadas a sua nova condição física e / ou psicológica. O importante era utilizar ao máximo aquela mão de obra. As perdas, entretanto, não ficam restritas aos proprietários e ao total de seus bens. Os cativos sofreram perdas incalculáveis para serem descritas pelas fontes consultadas.

Deve-se considerar, da mesma forma, que muitos registros não traziam a verdadeira *causa mortis*, como nos demonstra Stanley Stein (1990:173), pois, “tão difundido era o uso do chicote que termos como ‘apoplexia fulminante’ e ‘congestão cerebral’ eram empregados como esclarecimento médico para mortes induzidas pelas chicotadas”. Os castigos físicos eram certamente um dos motivos que levavam ao sepultamento precoce escravizados nas distintas fazendas de Vassouras. E, provavelmente, daí decorram termos utilizados como *causa mortis* que não encontram explicações científicas hoje. Mas, se a prática de castigos era usual na sociedade escravista, por que, então, camuflá-la nos registros?

Sabe-se que fora recusada a proposta de Ambrozio de Souza Coutinho, um dos fundadores de Vassouras, nos regulamentos municipais de 1829, sobre possíveis punições para senhores que maltratassem seus escravizados com pancadas, chicotadas ou práticas desumanas comprovadas por testemunhas (STEIN, 1990:170-171). Nesse sentido, qual o possível sentido de escamotear os fatos verdadeiros

que levaram à morte um escravizado? Na percepção de alguns fazendeiros, ele era uma propriedade. Talvez aí se encontre uma solução para as muitas questões que surgiram com esta análise. A preocupação com a visão da sociedade da época pode ter sido uma das causas para tal fato, tendo-se em vista que o status social era algo importante; ou seja, o fazendeiro poderia não ser bem visto pela opinião pública ao tratar seu escravo de forma ‘desumana’, esta sendo entendida como castigos além dos considerados ‘necessários’. Outra possibilidade de análise seria porque muitos assentos eram feitos pela igreja, que tinha o domínio simbólico sobre a ideologia da época e, por conseguinte, suas principais preocupações relativas à morte situarem-se nos ritos e rituais católicos de bem morrer.

O escravo de Geraldo de Souza Correia foi encontrado açoitado até a morte nos cafezais da fazenda vizinha de Felix do Nascimento Costa. Diziam que o capataz de Costa, Manoel da Ilha, recebeu ordens para chicotear todos os escravos que usassem um caminho próximo para retornar às suas fazendas vindos de uma venda no campo. O magistrado municipal registrou que o escravo havia morrido de congestão cerebral – exatamente os termos usados quando outro médico examinou o cadáver de Constança, uma escrava surrada até a morte por sua senhora, esposa de um Oliveira Barcellar (STEIN, 1990:171).

Mortes violentas, como a citada acima, foram pouco representadas nos registros oficiais da igreja para livres e escravizados. Suicídio, afogamento, tiro, mordida de cobra são os mais comuns. Causas violentas respondem pelo falecimento de 5,1% escravos e de 4,39% livres. Os suicídios que aparecem em poucos registros podem ser lidos como uma forma de resistência escrava à sua condição jurídica. As resistências podiam ser pacíficas, no caso das fugas ou da negação ao trabalho. Poderiam, também, ser violentas, como assassinato de senhores ou feitores (CHALHOUB, 1990; GOMES, 2006:78; REIS & SILVA, 1989).

O maior percentual de doenças são as que não ficam bem definidas para escravizados e livres nos livros paroquiais e também nos inventários. São, respectivamente 38,35%, 35,27% e 34,58%. A maioria deste grupo é mencionada como ‘moléstia interna’ para escravizados e livres e ‘repentinamente’ somente para o segundo grupo, nos registros da Igreja.

O barão de Pati do Alferes, ao escrever um manual, em 1847, sobre como construir e organizar a produção de uma fazenda para seu filho, não reserva um item específico às doenças de escravizados. Contudo, destaca a importância de se preservar a saúde de cativos para manter a propriedade senhorial, pois segundo ele a “... imensa mortandade a que estão sujeitos e que devora fortunas colossais, [...] traz a infalível ruína de honrados e laboriosos lavradores” (WERNECK, 1985:63). Associando patrimônio e morte de cativos, ele destaca o tratamento ideal a ser ministrado aos doentes:

“(...) nas moléstias devem ser tratados com todo o cuidado e humanidade. Embora haja cirurgião assistente, o senhor do escravo deve fazer a sua revista à enfermaria para animar os doentes, dar-lhes alívio, acautelando alguma falta que porventura possa haver” (WERNECK, 1985:64).

Escravas no período de gestação deveriam receber cuidado especial. Transferi-las para ocupações domésticas ou mais leves que o trabalho no eito, como, por exemplo, escolher café, seria aconselhável evitando-se, desta forma, a perda da mão de obra e da criança.

As formas de curas e medicamentos utilizados estavam presentes nas fazendas e eram exercidas por negros curandeiros (XAVIER, 2003) (feiticeiros, sangradores ou barbeiros) (PIMENTA, 2003). As variantes são muitas, entretanto, não seguem um padrão específico. Provavelmente, nem todas as fazendas possuíam botica ou farmácia, sequer podiam contar com a presença de cirurgião. Nos inventários encontra-se menção a cativos que tinham como ocupação: ‘barbeiro’, ‘enfermeiro’ e ‘parteira’. O escravizado barbeiro crioulo pertencente a um mega-proprietário, em 1840, faz parte desse pequeno número que atendia às necessidades de

cura e cuidados médicos. Analisando-se os inventários de 1840 a 1880, não foi encontrada menção a curandeiros ou feiticeiros.

Considerações finais

Diante do exposto, com base na análise dos dados quantificados e comparados nos diferentes documentos, aponta-se que as moléstias relatadas nos inventários são físicas, *defeitos* em diferentes partes do corpo, demonstrando as possíveis dificuldades presentes no cotidiano de escravizados. Definidas como causas violentas ou acidentais, representam 46,97% do total de doenças constantes nos inventários *post mortem* de proprietários. De acordo com os danos causados, em especial diante de uma invalidez, o cativo passa a não exercer nenhuma atividade, o que pode sugerir a presença de castigos físicos e psicológicos. Elas representavam as perdas senhoriais quanto à mão de obra e patrimônio, ligadas a questões econômicas. Para os escravizados, a perda de um dos sentidos, de uma parte do corpo e o afastamento de suas funções, que o levaria a ser abandonado ou receber a alforria, expressaria uma sentença de morte, se este não pudesse contar com as relações familiares e sociais estabelecidas (GRAHAM, 2005).

De modo distinto, as causas *mortis* relatadas nos livros de óbito da Paróquia de Nossa Senhora da Conceição de Vassouras demonstram que doenças do sistema respiratório, infecto-parasitárias e do sistema circulatório ceifavam a vida da maioria dos escravizados. Mortes violentas foram pouco representadas nos registros oficiais da Igreja para livres e escravos, apenas 5,01%. A preocupação central da Igreja era mencionar o quanto o defunto era fiel aos seus costumes, indicando os sacramentos, a esmola, o número de missas de corpo presente, de padres, e vestimentas fúnebres.

Assim, destacamos que as diferentes implicações sociais, religiosas e econômicas, causadas pelas doenças de cativos, transformaram as relações entre estes e seus proprietários, mormente após 1850, quando a quantidade de mão de obra diminuiu, fosse por sua disponibilidade ou pelo alto preço que alcançou o escravizado no mercado interno. A atenção dispensada a sua propriedade humana tornou-se maior no que tange

à alimentação, vestimentas, cuidados com higiene e saúde, como havia sido indicado nos manuais da década de 1830. Não se encerra aqui a possibilidade de análises sobre doenças de escravos e livres. O tema merece maior atenção e pesquisas, de modo que seja possível compreender as peculiaridades das enfermidades existentes no século XIX, bem como suas diferentes implicações.

Referências bibliográficas

CARVALHO, Diana Maul de. “Doenças dos escravizados, doenças africanas?” In PÔRTO, Ângela (org.). *Doenças e escravidão: sistema de saúde e práticas terapêuticas*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, 2007.

CHALHOUB, Sidney. 1990. *Apud* ENGEL Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*, seguido de Envelhecer e morrer. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GOMES, Flávio. *História de quilombolas: mocambos e comunidades de senzalas no Rio de Janeiro, século XIX*. São Paulo: Cia. das Letras, 2006.

GRAHAM, Sandra Lauderdale. *Caetana diz não: histórias de mulheres da sociedade escravista brasileira*. Trad. Pedro Maia Soares. São Paulo: Cia. das Letras, 2005.

IMBERT, J. B. A. *Manual do fazendeiro*. Ou tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Typografia Nacional, 1839.

KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. Trad. Pedro Maia Soares. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

MARQUESE, Rafael de Bivar. *Feitores do corpo, missionários da mente: senhores, letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660-1860*. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.

PIMENTA, Tânia Salgado. “Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX.” In CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

PÔRTO, Angela. “A saúde dos escravos na historiografia brasileira. Usos do passado”: XII Encontro Regional de História, 2006.

REIS, João José. J. *A morte é uma festa: rituais fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.

SALLES, Ricardo Henrique. *E o vale era o escravo: Vassouras, século XIX – Senhores e escravos no coração do império*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo / razão e emoção* (Cap. 2 “O espaço: sistemas de objeto, sistemas de ação”, e Cap. 3 “O espaço geográfico, um híbrido”). São Paulo: Hucitec, 1996.

STEIN, Stanley J. *Vassouras: um município brasileiro do café, 1850-1900*. Trad. Vera Bloch Wrobel. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

VIANA, Iamara da Silva. “Morte escrava e relações de poder em Vassouras (1840-1880): hierarquias raciais, sociais e simbolismos”. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Centro de Educação e Humanidades, Faculdade de Formação de Professores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Uerj, 2009.

WERNECK, Francisco Peixoto de Lacerda. Memória sobre a fundação de uma fazenda na província do Rio de Janeiro (1847). In WERNECK, Francisco Peixoto de Lacerda (Barão de Pati do Alferes). *Memória sobre a fundação de uma fazenda na província do Rio de Janeiro*. Eduardo Silva (org.) Rio de Janeiro – Brasília, 1985.

XAVIER, Regina. “Práticas Médicas na Campinas oitocentista”. In CHALHOUB, Sidney et al. (org.) *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

Entre a escravidão e a loucura: escravos e libertos no Hospício de Pedro II (1852-1888)¹

Daniele Corrêa Ribeiro

A ESCRAVIDÃO É UM TEMA RECORRENTE NA HISTORIOGRAFIA BRASILEIRA e internacional, tendo pico em alguns momentos históricos como o centenário da sua abolição, em 1988. Apesar da vasta produção sobre o tema, a saúde e o corpo dos escravos foram pouco abordados, aparecendo apenas tangencialmente em algumas obras. Somente nos anos 2000 as relações entre escravidão, saúde, doenças e práticas de cura ganhou ênfase. A partir, principalmente, de manuais, teses e artigos médicos especializados, alguns autores abordaram o pensamento médico sobre a escravidão e os africanos (PÔRTO, 2008: 726-734).

No entanto, mais difícil de apreender é a situação cotidiana dos escravos, e também dos libertos, em relação à saúde e à doença. Pouco se sabe ainda sobre os tipos de sofrimento físico e mental que os acometia e como eram tratados ou não, embora alguns autores já estejam trabalhando nessas direções (BARBOSA, 2010; LORENZO, 2007; PEREIRA, 2009).

Até o momento, inventários *post mortem* e registros de instituições que prestavam assistência têm aberto novas e instigantes vias de análise.

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia (os hospitais e asilos ligados a ela) foi uma das instituições que desempenhou papel de destaque na assistência da população mais pobre em várias das províncias, ao longo do século XIX. Embora atendessem a um público bastante diverso, as Santas Casas acolhiam e cuidavam de escravos e homens livres pobres, principalmente a partir dos compromissos caritativos da irmandade (GANDELMAN, 2001; MELO, 2009; PIMENTA, 2003). Os registros

1 Este texto foi desenvolvido a partir de questões levantadas e apresentadas em dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, em 2012.

hospitalares e de óbitos daquelas instituições, ainda que esparsos, têm oferecido dados importantes para pesquisas neste campo.

Levando em conta a proposta caritativa da irmandade, “que visava o bem estar do corpo e da alma” (MELO, 2009) dos seus assistidos e as imprecisões acerca da gênese da loucura, que até hoje permeiam o campo médico, os hospitais da Santa Casa abrigavam também alienados. Ainda que não houvesse consenso médico sobre as divisões entre corpo e alma, a Santa Casa era o destino de muitos dos loucos das cidades, pelo menos até meados do século XIX.

No entanto, a partir da década de 1830, com a emergência de uma série de denúncias aos tratamentos dispensados aos loucos da Santa Casa do Rio de Janeiro, um grupo de médicos da Corte passou a defender a criação de um asilo especializado para atender os alienados. Inspirados pela então experiência revolucionária francesa, que teve Pinel como símbolo e que planejava espaços científicos de cura, os médicos foram ouvidos pela Coroa e, no dia da sagração do Imperador D. Pedro II, era fundado o primeiro hospício do Império, que levaria seu nome (ENGEL, 2001; MEYER, 2010. 473-492).

Em 1852, alguns anos após o decreto da fundação, de 1841, foi inaugurado o Hospício de Pedro II, na atual região da Praia Vermelha. Administrativamente, o estabelecimento nascia incorporado à Santa Casa, e assim permaneceria até o fim do Império. Este vínculo contribuiu para a complexidade daquela instituição, que se propunha médica, ao mesmo tempo em que legava um forte apelo caritativo e de assistência às camadas mais pobres da sociedade. Assim, imbricavam-se diversos interesses e expectativas para aquele estabelecimento (RIBEIRO, 2012).

Embora os estatutos do Hospício de Pedro II previassem tarifas e condições especiais para a internação de escravos, a participação destes indivíduos, bem como de libertos, não foi focada por parte da literatura sobre aquela instituição. Para Manoel Olavo Teixeira (1998), o hospício teria atendido poucos negros e mestiços, e quase nenhum escravo. Já Magali Engel (2001), embora afirme que o público alvo a ser atingido fosse os segmentos pobres e miseráveis que circulavam pelas ruas, indica que

o número de escravos internados era bastante reduzido. Um dos argumentos explicativos para a ínfima quantidade de escravos utilizados pela autora é a própria lógica escravista, que não seria condizente com o pagamento das despesas exigido pelo hospício para senhores que possuíssem mais de um cativo.

Para o caso de Porto Alegre, Ricardo de Lorenzo apresentou a Santa Casa como local preferencial de uma política de controle dos grupos marginalizados, dentre os quais cativos, libertos e pobres. A partir de livros de registro do hospital, o autor apresenta dados relevantes sobre o perfil dos internos. Embora aponte que os brancos fossem maioria nas internações, destaca a não adequação ao trabalho ou a insubmissão como fatores desencadeadores das internações. Nesse sentido, o foco da análise é ampliado, abarcando setores pobres daquela sociedade, fossem escravos ou homens livres.

Retomando o caso da Corte, nos últimos anos, um intenso trabalho de organização de acervos tem permitido, ainda que lentamente, a abertura dos arquivos do antigo Hospício de Pedro II, que se encontram sob a guarda do Instituto Municipal Nise da Silveira, no Engenho de Dentro. Desde a publicação de *Espelho do Mundo*, em 1986, sobre o Hospício do Juquery, em São Paulo, a autora, Maria Clementina Pereira Cunha evidenciou a importância desses arquivos médicos para uma história social do hospício, em que fosse possível mapear aspectos do cotidiano daquela instituição. Em relação ao Hospício de Pedro II, além de alguns livros com dados administrativos², está preservada parte relevante dos registros dos internos que foram matriculados no estabelecimento.

Esse *corpus* documental consiste de uma ficha de entrada com dados gerais sobre os alienados e diversos anexos como: encaminhamentos de outras instituições, requisições dos familiares remetidas à secretaria da Santa Casa, cartas de alforria, atestados de pobreza etc. Dentre os dados das fichas da década de 1880, inclui-se: nome, classe, cor, nação, raça,

2 Até o momento, foram localizados livros esparsos com informações sobre o pagamento dos pensionistas; um livro com exames de sanidade mental e um livro de "Matrícula de escravos", que possui poucos registros, mas apresenta alguns dados sobre escravos que serviam no hospício.

naturalidade, condição social, idade, datas de entrada e falecimento ou alta, estado civil, profissão, diagnóstico, estatura e temperamento. Além disso, consta ainda um campo para informações sobre quem havia remediado o alienado para o hospício, outro para informações sobre o médico que havia atestado a alienação e espaço para observações gerais.

A partir do levantamento das entradas feito para a dissertação de mestrado e de um resumo elaborado pela instituição custodiadora dos acervos, pudemos perceber que, entre as décadas de 1850 e 1880, do total das 1.835 fichas disponíveis, 1.746 tiveram condição social atribuída. Destes internos, 207 foram classificados como escravos (11,85%), 153 como libertos (8,76%) e 1.386 como livres (79,38%). Já em um primeiro momento cabe ressaltar que, pelo menos até 1888, a condição social (escravo, livre ou liberto) foi um dado bastante relevante para a classificação desses indivíduos na Instituição. Ao lado de dados como classe, sempre preenchido, e cor, regularmente preenchido, podemos inferir que a condição social tinha papel relevante em definir o lugar desse indivíduo dentro do Hospício, o que espelhava a ordem hierárquica da sociedade senhorial.

O campo “classe” determinava o tipo de acomodação e de alimentação em que o indivíduo se enquadraria, a partir do valor e de quem financiaria sua estada. Segundo os estatutos³, os “indigentes”, eram custeados pela própria instituição e ficavam em enfermarias. Os “pensionistas”, de primeira, segunda e terceira classe pagavam pela internação, com valores e privilégios diferentes, de acordo com a classificação. Além dessas, algumas vezes aparece a denominação “pobre” para os indigentes, as classificações “Exército” ou “Armada”, quando eram alienados originários das forças armadas e “província” quando vinham de fora da Corte.

Algumas províncias contribuíam com cotas para terem a garantia de determinado número de vagas para seus alienados. As polícias das províncias eram as responsáveis pela administração dessas vagas e remessa de novos internos cada vez que os demais falecessem ou tivessem

3 Decreto nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852. Aprova e manda executar os estatutos do Hospício de Pedro II.

alta. Este procedimento, conforme já analisamos, pode ter levado a interpretações equivocadas quanto ao papel das polícias nas internações de alienados no Império (RIBEIRO, 2012:75).

Ao longo de todos os anos de funcionamento do Hospício, os não pagantes parecem ter sido maioria na população de internos. Inclusive, a grande proporção de indigentes, aliada a outros fatores, como o reduzido número de altas por cura, seria uma das justificativas para as diversas crises financeiras e de superlotação por que a instituição passava frequentemente (ENGEL, 2001; GONÇALVES, 2010).

A partir dos números levantados, podemos perceber que, de fato, a participação de escravos e libertos no Hospício de Pedro II foi bastante inferior à de livres, o que não a torna desprezível. No entanto, alguns indícios, como alforrias anexadas aos prontuários e classificações rasuradas, nos mostram que, pelo menos nos últimos anos da escravidão, entre os classificados como livres podiam estar alguns forros. Essas constatações convergem com abordagens que demonstram a complexidade populacional da Corte nos últimos anos da escravidão, quando crescia o número de alforrias e as classificações de cor e raça se tornavam cada vez mais fluidas (CHALHOUB, 2011).

Mesmo os próprios estatutos jurídicos de escravo ou não escravo parecem ter, neste contexto, um certo grau de flexibilidade. Magali Engel (2001:223) afirma que entre os livres e libertos estariam alguns cativos que teriam sua condição dificilmente identificável. Monique Gonçalves (2010), por outro lado, aponta casos de alienados alforriados pelos senhores que, quando perdiam a esperança da cura do seu cativo, preferiam libertá-lo e assim livrar-se das despesas⁴ com a estadia no hospício. Na pesquisa com as fichas e seus anexos, podemos encontrar indícios de escravos que entram como pensionistas de terceira classe, mas em seus anexos consta carta de alforria e solicitação de baixa do pagamento.

Há ainda casos em que o indivíduo é classificado na ficha como livre, no entanto, em alguns anexos é referido como liberto. Outro indício da presença de libertos classificados como livres é um alto percentual

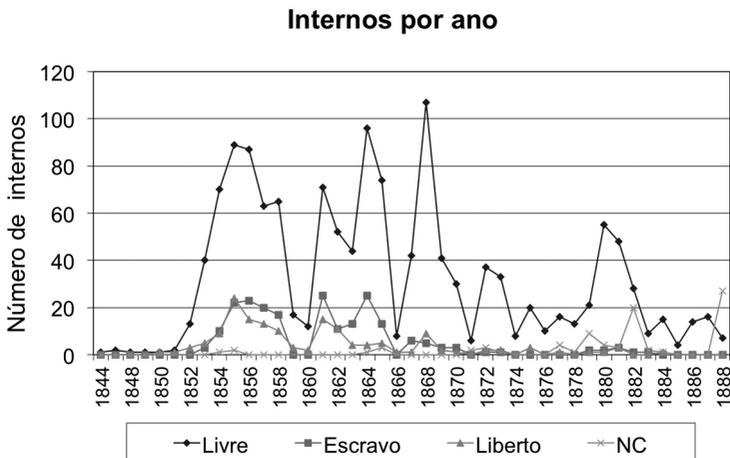
4 Segundo os estatutos, os senhores que possuíam mais de um escravo e que tivessem condição, deveriam pagar para interná-los.

de negros africanos classificados como livres. Em quadro de movimentação de pacientes do Hospício entre 1852 e 1856, Gonçalves (2010:40) demonstra que, dentre os pacientes estrangeiros, 50% eram africanos. Esta considerável proporção merece análises mais atentas e serve como indício de que o número de libertos pudesse ser ainda maior do que as cifras nos mostram, tornando esta participação ainda mais expressiva.

O gráfico abaixo, construído a partir do levantamento das fichas de entrada, aponta as variações dessa população ao longo das décadas em questão (RIBEIRO, 2012: 37).

A partir do gráfico podemos perceber algumas quedas bastante bruscas na entrada de livres nos anos de 1859 e 1866 e 1871. À exceção de alguns altos e baixos bruscos e bastante pontuais e que não podemos explicar apenas a partir dos resumos contabilizados, podemos perceber uma baixa contínua na entrada não só dos livres, como dos escravos e libertos ao longo de toda a década de 1870, retomando o crescimento em 1879 e caindo novamente na década de 1880.

Essas discontinuidades apontam a necessidade de uma análise mais atenta de cada uma das décadas que, embora tenham sido tratadas de maneira homogênea nas abordagens mais clássicas, podem ter sido marcadas por importantes mudanças, possivelmente relacionadas



às administrações e aos médicos em exercício. Monique Gonçalves demonstra uma peculiaridade bastante interessante sobre a década de 1870 que pode explicar essa diminuição no número de entradas. Este teria sido o período em que melhor se conteve admissões requeridas por outras províncias, o que teria possibilitado uma diminuição na quantidade de internos que, até então, estava sempre acima do fixado. Essa diminuição das internações teria sido responsável também pelo sucesso, até então raro, nas finanças da Instituição (GONÇALVES, 2010:53).

A supremacia do Hospício de Pedro II como espaço de referência para alienados de todo o Império, e a consequente grande demanda por vagas foram sempre alvos de preocupação da administração. Em 1866, quando o Senador Zacarias Góes e Vasconcellos assumiu a provedoria da Santa Casa, medidas mais drásticas foram tomadas para tentar resolver o problema da superlotação. O novo provedor destacava, no ano seguinte, que o Hospício de Pedro II,

“único estabelecimento regular desta ordem que existe em todo o Império, ao passo que só a Província do Rio de Janeiro concorre com uma loteria anual para as despesas do mesmo Hospício. A algumas requisições força tem sido atender pelas circunstancias especiaes dos doentes; a outras se tem a Misericórdia negado, porque a lotação do edifício é de 300 alienados, e um maior numero, além de augmentar a despeza, embaraça o serviço.”⁵

Entre 1869 e 1870, o mesmo provedor Zacarias reitera a reclamação, destacando as dificuldades administrativas e já argumentando a necessidade de ampliação do estabelecimento⁶.

No entanto, o que mais nos chama atenção, a partir da análise no gráfico, é a diminuição gradativa do número de escravos e libertos, paralelamente ao aumento do não preenchimento do campo de condição social, refletido pela quantidade de “não consta” (NC). Nos levantamentos

5 Relatório do Ministério do Império do ano de 1866 apresentado a assembléa geral legislativa na 1ª sessão da 13ª legislatura. Publicado em 1867.

6 Relatório do Ministério do Império do ano de 1869 apresentado a assembléa geral legislativa na 2ª sessão da 14ª legislatura. Publicado em 1870.

de Magali Engel, embora, como ela mesma afirma, os dados sejam esparsos, além de o número de escravos ser pequeno, teria apresentado uma redução drástica. Essa queda é atribuída, pela autora, a transformações sociais mais amplas, da segunda metade do século XIX. Assim, a extinção do tráfico teria estimulado dois movimentos que explicariam a redução de escravos no Hospício de Pedro II. Em primeiro lugar, estaria a diminuição de escravos no Rio de Janeiro que teria reduzido de 31,8% em 1856 para 21,2% em 1870 (CHALHOUB, 2001:222). O segundo fator explicativo seria uma valorização da mão-de-obra que exigia a concentração desta em setores básicos. Além disso, afirma que despende recursos com o tratamento mental não fazia parte da lógica de exploração escravista, principalmente após a extinção do tráfico (ENGEL, 2001:223).

Dentro do universo das fichas de entrada disponíveis, a participação da soma de escravos e libertos teria sido a seguinte: 180 (28%) na década de 1850; 155 (21,9%) na década de 1860; 17 (7,35%) na década de 1870 e 11 (4%) na década de 1880. Apesar de se tratar de uma cifra pequena, se comparada a dos livres, podemos perceber sim uma participação razoável desses indivíduos na instituição, ainda que esta seja, de fato, decrescente.

Embora a diminuição de escravos na cidade do Rio de Janeiro seja um importante fator explicativo dessa tendência no hospício, um estudo mais denso sobre experiências dessa natureza é necessário para compreender outras possíveis condicionantes deste movimento. Conforme apontamos, a redução de escravos e libertos foi acompanhada por um crescente processo de negligência no preenchimento do campo “condição social”, o que pode inferir a ideia de que escravos ou ex-escravos podiam estar, cada vez mais, entrando sem serem classificados como tal.

Além disso, o grande quantitativo de incuráveis, especialmente dementes e paralíticos, levavam a um reduzido número de altas (GONÇALVES, 2010:49). A baixa rotatividade do número de internos certamente contribuiu para a perda da expectativa de cura que a sociedade da Corte tinha em relação ao estabelecimento. Esta visão pode ter servido, então, como desestímulo a muitos senhores que pensassem em internar seus escravos visando à retomada do valor produtivo da sua mão de obra.

Embora não se negue uma relação direta entre o perfil de internos e as variações demográficas da Corte, trata-se de levantar hipóteses que aprofundem a análise social do hospício e do diálogo com a sociedade que o construía. Para tanto, faz-se necessário um estudo mais aprofundado da trajetória dos indivíduos que tiveram suas vidas atravessadas pelas experiências da escravidão e da loucura e, em especial, das motivações que levavam o senhor a pagar pela internação de um escravo.

Nesse sentido, o trabalho com as fichas de entrada e seus anexos pode oferecer ferramentas decisivas para a análise tanto das experiências da escravidão e da loucura quanto do papel daquela instituição para a sociedade imperial brasileira. Com o auxílio de outras fontes como relatórios ministeriais, regimento interno e estatutos do Hospício, é possível perceber como as hierarquias sociais e mecanismos de afirmação do poder se refletiam na organização daquela instituição. Por outro lado, sua vinculação à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro ajudava na perpetuação daquelas diferenciações, uma vez que a caridade era importante instrumento de distinção social.

Diante da constatação de uma presença não desprezível de escravos e libertos no hospício, e que pode ser ainda maior do que os dados dos resumos nos mostram, somos impelidos a alguns questionamentos sobre essa experiência. Os argumentos de que esta não seria compatível com o sistema escravista nos parecem duplamente equivocados.

Em primeiro lugar, como aponta Rafael Marquese, desde o século XVII, com a reordenação dos poderes imperiais em relação às colônias, o mundo atlântico teria testemunhado o surgimento de textos e manuais sobre o governo dos escravos. Na América Portuguesa, principalmente a partir do século XVIII, contexto em que exacerbavam-se tensões sociais e a resistência escrava, ganhava força o debate sobre a relação entre senhores e escravos. Assim, os escritos de Benci, por exemplo, visavam delimitar deveres recíprocos, de acordo com os quais o Senhor teria como obrigação, dentre outras responsabilidades, o provimento do pão. Como pão incluía-se o sustento, as vestes e o cuidado com as enfermidades (MARQUESE, 2004:39-82), ou seja, a própria ideologia escravista, desde o

século XVIII, previa a atenção que os Senhores deviam dispensar aos seus escravos enfermos.

Por outro lado, a historiografia mais recente sobre a escravidão tem apontado uma série de fatores não econômicos que permeavam a relação escravista. Desde as redes de compadrio às relações de amizade e confiança que se estabeleciam, muitos eram os aspectos imateriais que poderiam reger o tipo de tratamento que um senhor pudesse providenciar para seus escravos. Da mesma forma, não nos parece improvável que libertos pudessem viver sob a proteção de famílias que lhes despendessem cuidados. Nesse sentido, é fundamental atentar para os processos de internação, analisando o que levava aqueles indivíduos a recorrerem ao hospício e, algumas vezes, a pagarem pela estadia de seus escravos ou de recolherem documentos e implorarem vagas para libertos que viviam sob sua dependência.

Para entendermos melhor a experiência de escravos e libertos em sua relação com a loucura e, mais especificamente, com o Hospício de Pedro II, faz-se necessário aprofundar o estudo sobre o perfil tanto dos internados quanto dos internantes, que imaginamos ter sido bastante diversificado, tanto pela relevância daquela instituição como local inaugural do alienismo no Brasil, quanto pela sua vinculação à Santa Casa de Misericórdia. Se, por um lado, a população mais pobre recorria àquele espaço através do apelo à caridade, a população mais abastada também esteve fortemente imbricada, especialmente pelos simbolismos de progresso e de poder que estavam presentes no Hospício e na Santa Casa, respectivamente.

Além das classificações sociais atribuídas aos alienados no momento do ingresso na instituição (escravos, livres ou libertos), o perfil mais amplo destes indivíduos e suas trajetórias pode nos ajudar a compreender os fatores que levavam às internações, como esta loucura se expressava e de que maneira esta podia ser tolerada ou não no cativo ou nas ruas. Outros atores fundamentais para análises desta natureza são os requerentes das internações, através dos quais poderemos destacar as negociações e redes de sociabilidade que definiam a forma como se relacionavam com aquela instituição e com a própria Santa Casa de Misericórdia.

Muitos podem ter sido os impulsos que levaram senhores, patrões ou famílias de livres a internarem seus escravos ou dependentes libertos. O que parece ter sido mais relevante foi a ideia do louco como figura perigosa. Percebemos que, entre os argumentos presentes nas solicitações de internação na década de 1880, um dos fatores preponderantes é o de que o alienado representava um risco para a vida dos que lhe cercavam e para si mesmo. Assim, ainda que internar o indivíduo representasse uma perda financeira ou um desgaste burocrático para a conquista da vaga (RIBEIRO, 2012:94), esta poderia ser uma saída interessante para evitar desastres e problemas ainda mais graves.

Paralelamente à alternativa de tirar de casa alguém que representasse perigo, a expectativa de cura impressa à instituição em seus primeiros anos de funcionamento pode ter impedido muitas internações. O Palácio dos Loucos, como era conhecido, chegou a ser considerado referência, mesmo por médicos estrangeiros que visitavam e destacavam a modernidade do hospício brasileiro. Esta visão pode ter impulsionado senhores que acreditavam na possibilidade de curar seus escravos das afecções mentais, restabelecendo-os ao trabalho produtivo. A própria gradação diminutiva no número de internos escravos, pode ter acompanhado, em alguma medida, mudanças na convicção de que a ciência médica e o estabelecimento específico para alienados poderia curá-los da alienação. Índícios de que alguns escravos tenham recebido alforria durante a permanência no Hospício podem indicar o fim dessa expectativa depois de algum tempo de confinamento, quando, aí sim, não interessava mais manter o pagamento. Nesse momento, passar a responsabilidade sobre o indivíduo para as mãos do Estado poderia ser a melhor opção.

Ainda que menos tangível, é possível pensarmos na forma como um certo ideal modernizador e humanitário, que parece ter atingido a população nas últimas décadas antes da abolição da escravidão, pode ter impedido alguns senhores a apelar às *benesses* da ciência. Sidney Chalhoub já demonstrou o dilema entre propriedade e liberdade em que viveram as elites econômicas e sociais da Corte do Rio de Janeiro nas últimas

décadas de escravidão, em que os “princípios humanitários filhos das luzes do século” tendiam a prevalecer à favor da liberdade (CHALHOUB, 2011:157).

Nessa abordagem fica clara a demanda crescente por um certo acerto de contas dos senhores com uma moral que começava a desnaturalizar a escravidão e seus desmandos. Não nos parece equivocado pensar que, diante dessa demanda e sem o desejo de libertar os escravos, levá-los à tratamento na primeira instituição para alienados do Brasil, poderia ser um belo acerto de contas com uma sociedade que começava a entortar o nariz para a escravidão. Embora este ideal nos pareça mais difícil de ser apreendido a partir da documentação médica do Hospício, é possível mantê-lo como pano de fundo, especialmente nos casos de proprietários renomados, quando poderemos recorrer a fontes de outra natureza para traçar seus perfis.

Para concluir, vale destacar, então, a importância que essa documentação médica do Hospício de Pedro II pode desempenhar para novas análises, não apenas relativas ao papel da instituição para a sociedade imperial, mas também sobre a vida e a saúde de indivíduos que vivenciaram a experiência da escravidão e da loucura. Ainda que estes sejam dados e apontamentos iniciais, o levantamento quantitativo da série documental, aliado à análise qualitativa, especialmente dos anexos às fichas, podem suscitar novas interpretações acerca da população da corte e do cruzamento de estigmas da escravidão e da loucura.

Para abordagens que enfoquem a questão da loucura entre libertos, outra instituição pode ser fundamental. Na década de 1890, para desafogar o antigo hospício da Praia Vermelha, foram criadas duas colônias agrícolas na Ilha do Governador, especialmente voltadas para incuráveis pobres. Estas instituições podem ter sido destino de muitos ex-escravos que não estivessem inseridos em redes de proteção e solidariedade e que não se enquadrassem como mão de obra produtiva no momento pós-abolição.

Referências bibliográficas

BARBOSA, Keith. “Doença e cativo: um estudo sobre mortalidade e sociabilidades escravas no Rio de Janeiro, 1809-1831”. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em História, UFRRJ, 2010.

CHALHOUB, Sidney. 1990. *Apud* ENGEL Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

CHALHOUB, Sidney. *Visões da liberdade: uma história das últimas décadas da escravidão na Corte*. São Paulo: Cia. das Letras, 2011.

CUNHA, Maria Clementina. *O espelho do mundo*– Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

GANDELMAN, Luciana. “A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX”. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, v. 8:613. Rio de Janeiro, set./dez. 2001.

GONÇALVES, Monique. “Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das “nevrozes” e da loucura na Corte Imperial (1850-1880). Tese de Doutorado. Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, COC/Fiocruz, 2010.

LORENZO, Ricardo. “E aqui enloqueço – A alienação mental na Porto Alegre escravista (c.1843-c.1972)”. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS, 2007.

MARQUESE, Rafael de B. “Ideologia imperial, poder patriarcal e o governo dos escravos nas Américas”. *Afro-Ásia*, 31, 2004.

MELO, Mariana. “Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, sociabilidade e poder”. In ARAUJO, Maria. *As misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal-Brasil: Portugal – Brasil* (séculos XV-XX). Cuiabá: Carlini & Caniato, 2009.

MEYER, Manuella. "Sanity in the South Atlantic: The mythos of Philippe Pinel and the asylum movement in nineteenth-century Rio de Janeiro". *Atlantic Studies*, 7:4, 2010:473-492.

PEREIRA, Julio C. "Práticas de saúde, doenças e sociabilidade escrava na Imperial Fazenda de Santa Cruz, da segunda metade do século XIX". *Histórica – Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo*, n. 35, 2009.

PIMENTA, Tânia. "O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)". Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp. Campinas: 2003.

PÓRTO, Ângela. "Fontes e debates em torno da saúde do escravo no Brasil do século XIX". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 11, n. 4, dezembro 2008:726-734 (Suplemento).

RIBEIRO, Daniele. "O Hospício de Pedro II e seus internos no ocaso do Império: desvendando novos significados". Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. "Deus e a ciência na Terra do Sol: O Hospício de Pedro II e a constituição da medicina mental no Brasil". Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1998.

O aleitamento mercenário: os saberes médicos e o mercado de trabalho das amas de leite (Rio de Janeiro, 1850-1884)

Bárbara Canedo Ruiz Martins

“Na cidade do Rio de Janeiro e em todo o Brasil, as amas ou são escravas ou proveem das classes mais ignorantes e desfavorecidas da sociedade. No primeiro caso, quando não apresentam repugnância, o que é muito raro, é porque são embaladas pela esperança de liberdade, de um bom passadio e de todas as atenções de que são alvo ordinariamente por parte dos pais das crianças. No segundo caso, elas são levadas unicamente pelo interesse de um salário vantajoso, cuja importância de dia em dia vai aumentando, de tal sorte que, breve, somente as pessoas abastadas é que poderão pagar as amas; e isso mesmo sem que tenham uma só garantia em seu favor.

As mulheres livres e honestas raramente se prestam nesta cidade a exercer as funções de amas; apresentam uma repugnância quase invencível: tudo isso resulta de não quererem nivelar-se com as escravas, que são as mais comumente empregadas” (CUNHA, 1873:52).

O RELATO DO DR. AUGUSTO ÁLVARES DA CUNHA REFLATE ALGUMAS das crenças médicas em torno da figura das amas de leite, em fins do século XIX. As diferenças entre as mulheres, empregadas no ofício, surgem baseadas em uma espécie de hierarquia, segundo suas identidades, suas origens e sua condição social e jurídica. A condenação pelo uso das amas no aleitamento infantil é o traço mais marcante. O trecho citado encaminha nossas principais preocupações nesta análise, junto às relações de trabalho que envolviam as referidas mulheres nos mundos do trabalho doméstico, considerando a tentativa classificadora dos saberes médicos, na capital do Império (MATTOS, 2008).

Interessante notar que os motivos que impulsionavam as amas escravas, para Cunha, tornaram-se imagens reapropriadas e reelaboradas

por movimentos sociais, ou mesmo por alguns historiadores, que as viam como um símbolo de expropriação do sistema escravista sobre a mulher cativa (GIACOMINI, 1988:57-58)¹. Em algumas narrativas de viajantes estrangeiros, ser ama de leite poderia significar, para algumas escravas, uma forma de obter melhores condições de vida e até possibilidades de alforria (EXPILLY, 1862:186-189).

Precisamos considerar que havia uma série de diferenças entre as amas de leite, relacionada aos seus possíveis destinos e práticas. Desse modo, identificamos inicialmente as mulheres que se dispunham a ser amas de leite de crianças enjeitadas – também chamadas como criadeiras – que sofriam com a discriminação das autoridades locais e geralmente estavam associadas à Roda de Expostos. Eram acusadas pela grande mortalidade infantil nas instituições destinadas às crianças abandonadas. Os responsáveis pelas referidas instituições alertavam para a falta de cuidado e desleixo de tais mulheres, como afirmavam os encarregados pela Roda da Bahia:

“A criação dos expostos estando presentemente confiada aos cuidados de pessoas particulares, que se encarregam dela mediante a gratificação mensal de quatro mil réis, precisa ser regulada de uma maneira mais conveniente, em ordem a que haja zelo no tratamento das crianças, e que estas infelizes não sejam indistintamente entregues a quem as procura para criar; a fim de se ver se, de alguma forma, se evita tanta mortandade, pois, de anos a esta parte, os óbitos têm andado na razão de metade dos enjeitados que se lançam na Roda anualmente” (MARCÍLIO, 1998).

Os argumentos aqui utilizados contra tais amas criadeiras aproximavam-se daqueles apresentados pelos médicos da Academia Nacional de Medicina na Corte Imperial a todas as outras amas de leite. O combate ao emprego das amas intensificava-se e ganhava outros sentidos e

1 Para o movimento negro contemporâneo, as amas de leite representam a submissão negra, a conduta de desvalorização da identidade negra frente ao poderio social branco. Segundo Giacomini, a ama de leite representa a negação da sua condição de mulher, já que ser escrava não permitia a maternidade.

significados. Em nossa pesquisa, acreditamos que as escravas envolvidas no ofício estavam em maior número, já as mulheres livres e libertas atendiam a determinados nichos do mercado em formação.

Procuramos identificar tal heterogeneidade, inicialmente, através da análise dos anúncios de jornal, de compra, venda e aluguel de amas, revelando a diferenciação das tarefas e dos locais nos quais tais mulheres trabalhavam. Inquirimos, ainda, sobre as expectativas e crenças que direcionavam as escolhas de senhores/patrões para as ocupações domésticas, como também pretendemos articular o cotidiano deste ofício às questões levantadas pelos médicos, em processo de legitimação da prática médico-higienista.

Escolhemos para a nossa pesquisa um conjunto qualitativo de anúncios do *Jornal do Commercio*, do século XIX. Nossa investigação baseou-se na coleta e indexação de 1.183 anúncios de jornais e na seleção de uma amostragem de 600 anúncios. A seleção dos mesmos obedecerá à ordem prévia estabelecida de seis meses por ano das décadas escolhidas, com intervalos de até um mês. Para este trabalho escolhemos apenas a amostragem que dá conta do período abordado, porém não excluímos as referências aos períodos anteriores. Os anos eleitos foram: 1853, 1859, 1860, 1864, 1874 e 1881².

Nos anúncios de amas de leite, as vantagens – qualidades físicas e morais – indicavam certos aspectos das relações sociais engendradas nos mundos do trabalho. Ou seja, certos valores considerados positivos denunciavam estratégias e negociações cotidianas femininas, nesse nicho específico do trabalho doméstico urbano. Segundo Schwarcz (1993:136), no caso dos anúncios de amas de leite escravas, ressaltava-se a singularidade dos serviços anunciados, “através da própria negação dos atributos morais pejorativos normalmente associados aos negros”. A esta particularidade, combina-se o fato de serem mulheres e pobres.

As amas de leite surgem como uma ocupação feminina naturalizada nos anúncios. Estes poderiam aparecer sobre diversas formas e possuíam

2 A escolha dos anos está baseada nos anos próximos daqueles registrados nas teses de medicina e particularmente ligadas aos anos das epidemias na Corte.

requisitos variados para as amas. Tal característica supõe o quanto a utilização de amas de leite era disseminada na sociedade carioca. Ao considerarmos os anúncios, percebemos a improvisação e a informalidade no exercício das ocupações domésticas femininas, como também a permanente redefinição das mesmas, sugerindo constantes negociações e conflitos (EL-KAREH, 2004:10-11).

Percebe-se nos anúncios um significativo número de mulheres que se propunha “criar de leite”, “crias” ou “crianças brancas”, sem que a sua condição como amas de leite estivesse explícita ou descrita. Mesmo que não acusassem tal ocupação, as anunciadas estavam envolvidas com a amamentação e a criação infantil. Eram anúncios peculiares no modo de oferecer serviços. As mulheres/amas prestavam-se a “criar de leite”, desvinculando-se das relações de aluguel.

As narrativas desses tipos de anúncios oferecem contraste precioso para analisarmos os mundos do trabalho das amas de leite, uma vez que existiam diferenças fundamentais entre os anúncios das “crias de leite” e os de aluguel, compra e venda de amas de leite. Inicialmente, podemos notar que tais anúncios começavam com frases do tipo: “Toma-se criança a amamentar”, “Recebe-se uma criança para se criar de leite” ou “Quem quiser dar uma criança para se criar de leite”. Há um indicativo particular – em todo o universo selecionado dos anúncios – de que a amamentação realizar-se-ia fora do ambiente da família da criança.

O uso de amas de leite fora do domicílio da criança não era prática de todas as famílias cariocas. O hábito de se alugar uma ama de leite tinha como uma das características principais, no Brasil, a permanência das amas nas casas dos pais durante o período de serviço. Normalmente, eram mulheres escravas que se dedicavam ao ofício. Segundo Mauad (2002:160), a amamentação estava conjugada à ideia de trabalho extremamente fatigante, porque envolvia uma série de cuidados com crianças pequenas. Assim, o aleitamento “foi rapidamente associado à mão de obra escrava”. As mulheres que amamentavam e cuidavam de crianças em seus domicílios eram mais conhecidas como criadeiras, mulheres livres e libertas pobres, em sua maioria, como já apontado anteriormente.

As amas criadeiras que prestavam serviços para a Roda de Expostos, geralmente, provinham da população pobre urbana. Quando empregadas por tais instituições, eram responsáveis pelos primeiros cuidados com os órfãos. Na grande parte das fontes investigadas por Maria Luiza Marcílio (1997:154-153) e Renato Pinto Venâncio (2001:189-221), ressaltam-se as características penosas e perigosas de uma criação realizada distante da casa da família. Desse modo, pela visão senhorial, as criações feitas fora da casa da família estavam associadas aos órfãos e, consequentemente, aos maus tratos das amas de leite criadeiras. Por isso, o costume de manter-se uma ama sob a vigilância das organizações domésticas garantiria o bem estar da criança:

“Uma família do Engenho Velho possui (?) preta de bom leite, por causa da morte da cria, recebe-se para criar em casa, como todo o desvelo a quem queira dar uma criança, dirija-se ao Becco dos Cachorros, n. 18”.

“Recebe-se para criar de leite, com todo o carinho e desvelo, advertindo-se que seja branca. Rua da Alfândega, n. 336”.

“Toma-se uma criança para amamentar, podendo as pessoas que lhe pertencem ir vê-la a qualquer hora, afiança-se o bom tratamento, em casa de família em uma chácara perto da corte; para tratar na Rua da Carioca, n. 106”³.

A preocupação em mostrar o quanto a criança seria bem tratada, mesmo longe de sua família, é umas das características mais significativas. As garantias de um “bom tratamento” incluíam atenção, carinho, vigilância e organização, visando evitar abusos e/ou maus-tratos das amas de leite. Como visto acima, muitos anúncios de criadeiras destacavam mais os aspectos das “crias de leite”, do que os predicados das próprias amas. A exigência feita para as amas em criar apenas crianças brancas era pouco usual nesses tipos de anúncios, existindo aqueles que não

3 *Jornal do Commercio*, 14 de fevereiro de 1845; 7 de janeiro de 1853 e 25 de maio de 1874.

apontavam a preferência de cor, como outros que mencionavam “qualquer cor”. Este aspecto pode indicar que as amas criadeiras estavam relacionadas a determinados setores sociais.

As amas de leite foram também classificadas pelos argumentos médicos, como nas teses, principalmente na segunda metade do século XIX. Especialmente naquelas que se referem às proposições⁴. Entre as teses de medicina que abordaram o tema do aleitamento as “Proposições” do Doutor Hermogeneo Pereira da Silva (1869:51-54) foram as primeiras a se referirem à “falta de vontade ou indisposição da mãe para criar” como condição que proibia o aleitamento materno. A partir de uma série de interdições relativas às lesões e às enfermidades transmissíveis, o médico aconselhava a entrada da ama para nutrir a criança, o que “pode ser feito no domicílio da ama ou em casa de família do recém-nascido”.

Ao que tudo indica, amamentar a criança em seu domicílio era reconhecido pelos médicos como o mais empregado. O aleitamento praticado nas casas das amas era utilizado em situações pontuais, não totalmente conhecidas pelas investigações (PRIORE, 1988; MATOS & SOHIET et al, 2003). A questão parece estar não só ligada à diferença de *status* que a mulher possuía ao desempenhar tal função, como também expressões múltiplas do ofício⁵.

4 As proposições são identificadas através de determinadas quantidades de afirmações listadas e numeradas por algarismos romanos, no máximo de dez a 22 declarações. Através das mesmas, os esculápios procuravam esclarecer, de maneira prática e objetiva, definições e informações acerca dos temas abordados, dedicados normalmente às cadeiras de “Hygiene” e “Medicina Legal”. Nas décadas de 1860 e 1870, as teses ganharam novos formatos, com maior homogeneidade, e o estabelecimento de novos padrões nas divisões. As teses aparecem organizadas em três “secções”: “Secção Cirúrgica”, “Secção Acessória” e “Secção Médica”. Tal divisão parece atender às expectativas da época, visando demonstrar o saber médico adquirido, para “obter grau em doutor em Medicina”, pela Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro. Em tais trabalhos eram (re)criadas e estabelecidas categorias, classificações e hierarquias entre os assuntos tratados. As duas últimas seções aparecem sintetizadas na forma de “proposições”. Via de regra, as definições ali oferecidas eram quase invariáveis, aceitas como “verdades científicas”, tanto por apresentarem caráter sintético, como também pela repetição de várias ideias a respeito do aleitamento, noções que desaparecem ao serem as proposições analisadas com maior cuidado.

5 Segundo LAGE & VENÂNCIO (1991:64), as crianças entregues na instituição permaneciam de um a dois meses no local, e a taxa de mortalidade beirava a 50-70%; “os que sobreviviam permaneciam na companhia de criadeiras até os 7 anos.

No caso das amas de leite criadeiras, segundo Venâncio, “alguns proprietários ou mulheres livres aceitavam manter enjeitados recebendo muito pouco ou nada por isso; alegavam estar pagando promessa” (LAGE & VENÂNCIO, 1991). Concordamos com tal reflexão, e estendemos a situação sócio-demográfica de inferioridade entre as amas de leite “criadeiras” também em meados do século XIX. Para algumas dessas mulheres, a amamentação de enjeitados em seus domicílios poderia significar o complemento de seus rendimentos sem que abandonassem suas ocupações principais e mais rentáveis, como lavadeiras ou quituteiras. Assim, a desqualificação operada pelo doutor Hermogeneo da Silva expõe a sua desconfiança em relação a algumas amas associadas ao conceito de “classes perigosas”, portanto, distantes da política de domínio dos mundos do trabalho na sociedade escravista do Rio de Janeiro (CHALHOUB, 1996).

Avaliamos que as amas criadeiras procuravam crianças que normalmente não poderiam ser cuidadas pelas mães em seus domicílios, seja porque eram escravas ou porque eram mulheres pobres, sem condições de manter as amas em seu núcleo familiar e/ou cuidar de crianças. Na corte do Rio de Janeiro, verificamos que o comportamento cultural de contratar uma ama de leite estava ligado à posição social e ao status de cada família, pois, segundo Alencastro (2000:12-98), o “hábito do aleitamento materno seguia o da renda familiar”. Desse modo, a utilização de amas criadeiras poderia significar uma alternativa para aquelas mulheres/mães que necessitavam manter a empresa doméstica e não poderiam custear a vinda de uma ama de leite para a sua casa. O oferecimento de crianças nos anúncios, e de amas que tomavam crianças para “criar de leite”, atendia determinados segmentos sociais, que sejam os mais pobres.

A maioria dos trabalhos médicos analisados salienta a importância do aleitamento materno e enfatiza sobre a necessidade do vínculo entre mãe e filho, a fim de criar uma família (cidadãos) sob os padrões higiênicos. Contudo, as referidas fontes não deixam de reconhecer o aluguel de escravas admitidas como amas de leite. Desse modo, o “aleitamento mercenário” ganhou outros sentidos, ligados diretamente à escravidão e às mudanças operadas nos mundos do trabalho. Como destacaram as

“Proposições” do Dr. Julião Alexandre Baptista Cabral, as quais indicaram uma série de “qualidades visíveis”, ou nem tanto assim, para a escolha da ama, baseada na crença de um “aleitamento mercenário” no Rio de Janeiro, “executado, quase exclusivamente, pelas escravas; [com] numerosíssimos inconvenientes” (CABRAL, 1869:35).

Esta tese foi uma das primeiras que mencionaram a “urgente necessidade” da “fundação de um depósito das amas de leite”. O argumento do médico vai se tornar comum em trabalhos maiores apresentados principalmente a partir de 1873⁶. A posição de Baptista Cabral poderia indicar as transformações nas relações de trabalho doméstico e vida familiar. De acordo com Chalhoub, a política de “domínio senhorial” ficou enfraquecida no final do século XIX. Isto pode ter refletido nas relações de trabalho das amas de leite. As garantias de “informações confiáveis” a respeito das trabalhadoras ficavam cada vez mais difíceis, tanto porque os médicos chamavam para si a tarefa de ordenar valores hegemônicos dos mundos do trabalho. Para os escúlapios, o exame médico e o controle institucional eram, portanto, os modos mais seguros para tal tarefa (CHALHOUB, 1990).

A apologia ao aleitamento materno encontra-se por todo o material investigado, variando a importância dada às amas de leite. Em quase sua totalidade, a referência à escravidão assinalava o modo como os médicos pensavam a sociedade que lhes era contemporânea. Assim, o trabalho realizado pelas amas de leite esteve muitas vezes associado a “uma civilização mal entendida”, provavelmente ligada à corrupção e à degenerescência, manifestadas pelo contato com a escravidão, ou pelo excesso de luxos e futilidades, como assegurava o doutor Juvenal Martiniano das Neves (1869). Os discursos médicos variavam entre a completa condenação e o controle rígido na escolha das amas, atestando a “necessidade imperiosa” de criar-se um estabelecimento para regular o serviço prestado por elas (SILVA, 1873). Aqueles que condenavam, salientavam a

6 Segundo Moncorvo Filho, 1872 é a data de inauguração da Pediatria no Brasil. Lage e Venâncio apontam que, desde 1872 e até 1889, são criadas instituições com o intuito de proteger a criança.

condição social e jurídica das amas de leite escravas, articulada, ou não, ao aparecimento da sífilis como “causas que concorrem exuberantemente para modificar em mal às qualidades do leite”(LIMA, 1869:47). Segundo Carrara (1996:144-146), a sífilis constituía-se como uma doença de foro privado, uma enfermidade caracteristicamente feminina e silenciosa. Suas menores manifestações eram pouco conhecidas entre os médicos, as expressões da enfermidade eram, na maioria das vezes, tardias e atribuídas quase sempre às mulheres escravas (VIANNA, 1869:34; AZEVEDO, 1873:47-67)⁷.

Já aqueles médicos que admitiam controladamente as amas de leite recomendavam inúmeros cuidados higiênicos. Tais orientações estavam possivelmente vinculadas à ampliação de propostas, dispositivos e instituições voltadas para regular o comportamento dos (futuros) trabalhadores, incluindo-se as mulheres. Muitas vezes, ligadas à valorização do trabalho livre e disciplinado, especialmente no último quartel do século XIX (CHALHOUB, 1996; ESTEVES, 1989).

As amas de leite eram acusadas por médicos e autoridades de serem focos de contaminação, determinados pela escravidão ou ascendência africana. Tais acusações envolviam normas e controles específicos do corpo e da higiene da mulher, medidas quase inexistentes para outros servidores domésticos. A ênfase dada pelos esculápios à vigilância e ao veto das amas cativas, talvez possa sugerir algum tipo de preferência por este tipo de mão-de-obra.

Levantamos tal possibilidade ao considerarmos a análise dos anúncios de jornais de venda e aluguel, distinguindo suas marcas de identidade. Reconhecemos entre os anúncios de venda de amas de leite

7 Quando o Dr. Murillo Mendes Vianna (1869:34) trata em sua tese sobre os “predicados físicos” das amas de leite, salienta que as amas escravas “exercem a sua influência funesta transmitindo-se ao menino moléstias. Já o doutor Luiz Augusto Corrêa de Azevedo acreditava que, quando não se tem certeza de que a ama está livre da “infecção sífilis”, o melhor a se fazer é aleitar artificialmente. Outro exemplo de Azevedo desqualificava as amas escravas pela condição que as brutalizava: “Sem educação, de hábitos péssimos, as escravas, mesmo tendo em sua companhia seus próprios filhos, não obstante a mais solícita vigilância, maltratam os recém-nascidos que lhe são entregues para criar, apresentando além disto o grande inconveniente de incutir maus hábitos nas crianças confiadas aos seus cuidados” (AZEVEDO, 1873:47).

certas ambiguidades, ao qualificarem quais amas eram “próprias” ou poderiam servir:

“Vende-se uma preta sadia com leite abundante e de 1 mês com um filho, própria para ama. Sabe coser, lavar, engomar e cozinhar. Rua da Conceição n. 38”.

“Vende-se uma parda moça e mui sadia, prendada e com o filho de 10 meses, a qual pode servir para ama. Só se vende para casa particular. Rua Nova do Conde n. 60”⁸.

Estas estratégias de valorização do produto permitiram às amas escravas o deslocamento de funções, conforme as conveniências dos mundos do trabalho. Assim, as funções domésticas poderiam ser mais elásticas do que se supõe, uma vez que numerosas famílias contavam com uma única criada para todas as atividades domésticas da casa, ou mesmo empregavam trabalhadoras temporárias para os serviços domésticos diários (GRAHAM, 1995). Enfim, estar empregada como ama de leite dependia dos valores conseguidos nos contratos comerciais envolventes.

A preferência por amas de leite escravas passava pela depreciação das amas criadeiras, geralmente ligadas àquelas livres e libertas, que faziam da criação/aleitamento apenas uma das fontes de renda da família. Sobretudo na segunda metade do século XIX. Chama-nos atenção a representação identitária das amas de leite, pois notamos considerável mudança. Em nossa amostragem, o número de brancas e crioulas praticamente dobra. Tais números evidenciam a entrada massiva de mulheres brancas e estrangeiras nas relações de trabalho doméstico, e o decréscimo da presença africana e escrava no Rio de Janeiro. Segundo Alencastro (1988:39), a cidade do Rio de Janeiro torna-se o objetivo prioritário dos imigrantes: “Nos anos imediatamente posteriores à supressão definitiva do tráfico, a chegada de proletários estrangeiros e a consequente queda dos salários induz os proprietários

8 *Jornal do Commercio*, 1 de janeiro de 1849; 08 de junho de 1859.

de escravos urbanos a vender esses cativos aos proprietários rurais”. A referida alteração indica, possivelmente, o aumento das disputas por trabalho entre as mulheres livres e libertas.

As mudanças demográficas refletiram sobre os serviços domésticos. Os anúncios começaram a requisitar fiadores de conduta com mais frequência. A desconfiança dos patrões sobre as mulheres livres e libertas baseava-se, provavelmente, na ausência de referências confiáveis acerca das criadas. A suspeita fundamentava-se em lógicas escravistas, visto que algumas amas de leite poderiam desempenhar outros papéis no interior da lida doméstica ou até mesmo sair à rua para outras incumbências. Desse modo, as práticas tradicionais de controle e o domínio senhorial foram colocados à prova, criando outros valores considerados nas relações de trabalho feminino no período.

As autoridades administrativas tentavam solucionar tais impasses oferecendo à Câmara Municipal projetos de posturas. Normalmente, tais indivíduos eram funcionários públicos ou ocupavam cargos de destaque, através da participação em alguma comissão formada pelo governo. Segundo a ótica destes indivíduos os serviços domésticos necessitavam ser organizados e moralizados “como se tem praticado nos países mais civilizados da Europa” a fim de garantir “a boa ordem dos serviços domésticos”⁹. Nas palavras de Antonio Felix Garcia (autor do projeto de posturas citado abaixo), tratava-se de implantar o modelo de civilidade europeu nos mercado de trabalho urbano doméstico da Corte, a fim de ordenar as relações entre patrões e criados de forma mais conveniente aos interesses de uma nação “civilizando-se”, evitando-se os traços da escravidão (ALENCASTRO, 1989: 28-29; SOUZA, 2009).

A ocupação como ama de leite, no período analisado, reunia tais características e figurava como um dos dilemas da sociedade carioca, pois representava a participação íntima e disseminada da escravidão no seio da família, comprometendo as pretensões de parcela da população que buscava civilizar o país através dos modelos europeus.:

9 Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro (AGCRJ), Códice 48-4-56, Serviços Domésticos, 1884, f.4.

Por outro lado, a maternidade oferecia oportunidades de empregos diferenciados ou de complemento de renda, agregado a outros afazeres. Desse modo, a análise do ofício das amas de leite nos ajuda a compreender que os mundos do trabalho constituídos durante os oitocentos são instigantes meios de entender escolhas e representações femininas.

Referências bibliográficas

ALENCASTRO, L. F. de “Vida privada e ordem privada no Império” In ALENCASTRO, L. F. (org.), *História da vida privada no Brasil: Império: a corte e a modernidade nacional*, São Paulo, Cia. das Letras, 2000.

ALENCASTRO, L. F. de. “Proletários e escravos. Imigrantes portugueses e cativos africanos no Rio de Janeiro, 1850-1872”. *Novos Estudos* – Cebrap, São Paulo, 1988.

AZEVEDO, Luiz Augusto Corrêa de. “Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro”. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typographia Acadêmica, 1873.

CABRAL, Julião Alexandre Baptista. “Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro”. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typographia do Imperial Instituto Artístico, 1869.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus* – a luta contra a sífilis no Brasil – da passagem do século até os anos 40. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia da Letras, 1996.

CHALHOUB, Sidney. *Visões da liberdade*. São Paulo: Cia. das Letras, 1990.

CUNHA, Augusto Álvares da. “Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro”. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typographia Acadêmica, 1873.

EL-KAREH, Almir Chaiban. “Famílias adotivas, amas de leite e amas secas e o comércio de leite materno e de carinho na Corte do Rio de Janeiro”. *Gênero*, Niterói, v. 4, n. 2, 1. sem. 2004.

ESTEVES, Martha de Abreu. *Meninas perdidas: os populares e o cotidiano do amor no Rio de Janeiro da Belle Époque*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

EXPILLY, Charles. *Le Brésil tel qu’ il est*. Paris, E. Duntl Éditeur, 1862.

GIACOMINI, Sonia Maria. *Mulher e escrava*. Petrópolis: Vozes, 1988.

GRAHAM, Sandra. L. *Proteção e obediência: criadas e seus patrões no Rio de Janeiro (1860-1910)*. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

LAGE, Lana & VENÂNCIO, Renato Pinto. “O abandono de crianças negras no Rio de Janeiro” In PRIORE, Mary del (org.) *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.

LIMA, Pretextato Casado Accioli. “Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro”. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typographia Americana, 1869.

MARCÍLIO, Maria Luisa. “Etnodemografia da criança abandonada na história do Brasil – séculos XVIII e XIX.”. *Latin American Population History Buletin*, n. 28, 12/10/1998. Disponível em: www.Histumn.edu/~rmccaa/laphb/28fall/laphb280.htm. (acessado em 15/11/2005).

MARCÍLIO, Maria Luiza. “Ama de leite mercenárias e crianças expostas no Brasil oitocentista”. In *Olhares sobre a criança no Brasil – séculos XIX e XX*. Coordenação de Estudos e Pesquisas sobre a Infância – Cespi/USU, Rio de Janeiro, Editora Universitária Santa Úrsula/ Anais, 1997.

MATOS, Maria Izilda Santos de & SOIHET, Rachel (org.) *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Unesp, 2003.

MATTOS, Marcelo Badaró. *Escravidados e livres: experiências comuns na formação da classe trabalhadora carioca*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2008.

MAUAD, Ana Maria. "A vida das crianças de elite durante o Império". In PRIORE, Mary del (org.) *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2002.

MONCORVO FILHO, Arthur. *Histórico da proteção à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Pongetti & Cia., 1927.

NEVES, Juvenal Martiniano das. "Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typographia da Reforma, 1869.

PRIORE, Mary del (org.) *A mulher na história do Brasil*. São Paulo: Contexto, 1988.

SCHWARCZ, Lília Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Cia. das Letras, 1993.

SILVA, Caetano Ignácio da. "Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typographia Acadêmica, 1873.

SILVA, Hermogeneo Pereira da. "Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typographia do Apostolo, 1869.

SOUZA, Flavia Fernandes de. "Para casa de família e mais serviços: o trabalho doméstico na cidade do Rio de Janeiro no final do século XIX". São Gonçalo, RJ: Dissertação de Mestrado em História Social Faculdade de Formação de Professores, Uerj, 2009.

VENÂNCIO, Renato Pinto. "Maternidade negada". In PRIORE, Mary del (org.) *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2001.

VIANNA, Murillo Mendes. "Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: Typographia de Domingos Luiz dos Santos, 1869.

“Inspeccionada e afiançada por médicos”: amas de leite entre discursos e práticas da medicina (São Paulo, 1880-1920)

Lorena Féres da Silva Telles

EM 15 DE JULHO DE 1886, NA CIDADE DE SÃO PAULO, ELIZA MARIA Ephigenia comparecia à secretaria de Polícia: aos 19 anos, a jovem inscrevia-se com o subdelegado, declarando-se ocupada como ama de leite, solteira, natural de Itapecerica, filha de Maria Ephigenia¹. Identificada pelo escrivão como negra (“cor fula”), magra, estatura baixa, a moça tinha seu contrato de trabalho assinado, dia seguinte, pelo médico da câmara e pelo patrão:

Examinando a ama Eliza Maria Ephigenia, declaro estar nas condições de servir [...] Dr. Coutinho. Tomei por tempo indeterminado, para meu serviço, como ama de leite, a Eliza Maria Ephigenia, que se acha inscrita no Registro da Polícia, sob nº542, tendo convencionado pagar-lhe o salário de 25000 por mez. São Paulo, 16 de julho de 1886. Luiz Vergueiro².

Eliza Maria, o patrão, o subdelegado e o médico da câmara cumpriam com o que lhes reservava o título XX do Código de Posturas Municipais, dedicado aos criados e às amas de leite³, aprovado em 1886, que vinha estipular normas e procedimentos para empregadores e trabalhadores livres, mediados pelo “Livro de Inscrição de Empregados”⁴

1 *Livro de Inscrição de Empregados*, AESP, ordem 1430, n. 542.

2 *Livro de Certificados*, AESP, ordem 1436,p.37.

3 “Dos criados e das amas de leite”, *Coleção de Leis e Posturas Municipais Promulgadas pela Assembleia Legislativa Provincial de São Paulo no Ano de 1886. Resolução 62, 1886*, Arquivo Municipal Washington Luís, p. 52-53.

4 *Livro de Inscrição de Empregados*, op.cit. Entre julho de 1886 e 1887, feitas as 1001 primeiras inscrições, encontramos 626 mulheres e 375 homens, população constituída de 24 africanas e 2 africanos, 218 homens e 113 mulheres imigrantes majoritariamente europeus, 489 brasileiras e 155 brasileiros.

e pelo "Livro de Certificados"⁵, além das cadernetas de trabalho, não encontradas nos arquivos, onde deveriam ser anotadas as considerações patronais a respeito das razões de saída do criado e de sua conduta. Realizado o exame médico, Eliza Maria empregava-se na casa de Luiz Vergueiro, dedicando-se a uma criança de quem deveria cuidar e a qual se comprometia a amamentar. Declarava-se solteira, e nada era mencionado a respeito de seu bebê, fruto de uma união informal, que talvez a acompanhasse ao trabalho.

Deolinda da Conceição empregava-se como ama de leite desde setembro de 1885, sendo registrada pelo patrão em 19 de julho do ano seguinte, contratada por tempo indeterminado, vencendo 25 mil réis mensais. O registro continha a declaração do Dr. Coutinho: "Examinei a ama Deolinda da Conceição, declaro estar ella nas condições de servir"⁶. Transcorrido pouco mais de um mês, o contrato era rompido: "Mudou de patrão. Tomei no dia 6 de setembro de 1886, para o serviço de cosinha e outros serviços domesticos a Deolinda da Conceição, por tempo indeterminado, convencionando pagar-lhe o salario de 18.000 rs mensaes"⁷. Deolinda amamentara a criança do primeiro patrão e cuidara dela por pouco mais de um ano, submetendo-se ao exame médico meses antes de abandonar o posto. Teria sido dispensada depois de ter aleitado a criança em seu primeiro ano de vida? A mãe e trabalhadora dividiria leite e atenção entre o bebê dos patrões e sua criança? Certo é que não permanecia desempregada, e tornava a desempenhar o trabalho da cozinha e de cuidado da casa, de onde ela possivelmente conquistava o sustento de sua família.

Deolinda, Eliza Maria e outras 8 mulheres livres e pobres inscreviam-se na secretaria de Polícia de São Paulo onde se submetiam a exames médicos e selavam contratos de trabalho, como amas de leite, entre julho de 1886 e 1887, em respeito ao que determinava o Código

5 Entre julho de 1886 e julho de 1887, foram anotados no livro de certificados 1273 contratos de trabalho referentes a 1011 criados, 366 homens e 545 mulheres.

6 *Livro de Certificados*, op.cit., p. 101 verso. Não encontramos a inscrição de Deolinda, de número 1355, provavelmente registrada em outro livro, que se perdeu.

7 Idem, *ibidem*.

de Posturas Municipais: cinco brasileiras (duas brancas e três negras) e cinco europeias (duas italianas e três portuguesas) disputaram a ocupação e seus vencimentos. Estes dados são expressivos de que a transformação do trabalho escravo para o livre excluía a mão de obra brasileira, livre, feminina e negra de ocupações tradicionalmente desempenhadas por escravas (DIAS, 1985:102)⁸, como amas de leite, ao passo que o serviço de cozinha contava com 327 brasileiras inscritas e apenas 39 imigrantes⁹.

Datando de 1886, as “Posturas” aprovadas em São Paulo vinham responder aos problemas suscitados por homens e mulheres livres, ex-escravos, seus descendentes, brancos pobres e imigrantes, no contexto do processo avançado da Abolição, do crescimento urbano acelerado e da política imigratória, que conduziam para a capital imigrantes pobres e libertos destutelados¹⁰. Em São Paulo, progressivamente destituída de escravos desde o fechamento dos portos africanos, delineava-se desde a década de 1870 a substituição de trabalhadores escravos por livres, nos setores de produção e de serviços: em 1872, eram livres 3.506 dentre os 4.810 empregados em serviços domésticos, condição de 88% da população da cidade no período (BASTIDE & FERNANDES, 1955:44).

Mulheres escravas, forras e imigrantes pobres integravam o processo econômico, social e cultural que se dava na Capital desde a década de 1870, sob a hegemonia das elites cafeeiras paulistas. Em 1886, 493 escravos empregavam-se em sobrados e chácaras da Capital: 268 mulheres

8 O jornal *A Província de São Paulo* anunciava a destituição da “mãe preta”: em 1878, procurava-se por uma “ama de leite, branca”. O processo de reeuropeização dos costumes preteriu as mulheres negras das ocupações de maior contato e intimidade com a família burguesa cidadina- como amas de leite e pajens de criança-, quando passaram a ser objeto de preconceito racial além de “uma certa aura de desmoralização [que] passou a cercar a posse de escravos”.

9 Encontramos 18 contratos de trabalho de amas de leite no livro de certificados. Não foi possível cruzar os dados de 8 mulheres, cujas inscrições foram anotadas em livro que se perdeu. Identificamos duas italianas recebendo os maiores salários, 50 mil réis, o dobro dos 25 mil réis recebidos pelas brasileiras negras.

10 Em 1886, o censo enumerava na Capital uma população de percurso social diverso: 268 escravas e 225 escravos, 205 africanos, 12.290 imigrantes, 10.275 negros livres. “Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente da Província de São Paulo pela Comissão Central de Estatística”. São Paulo: Typografia King, 1888, p. 13, 340.

e 225 homens¹¹, sendo recenseados na comarca 10.275 descendentes livres, ao passo que 11.731 europeus já engrossavam as fileiras de homens e mulheres livres¹².

A política de controle sobre criados e amas de leite esteve na pauta das assembleias de diversos municípios brasileiros, desde a década de 1880 (GRAHAM, 1992; FRAGA FILHO, 2009:97-128; TELLES, 2013; BAKOS, 1984:94-104)¹³. No contexto do declínio da escravidão nas cidades (CONRAD, 1975)¹⁴, as autoridades municipais determinavam, como parte da política de controle sobre trabalhadores livres, a ingerência do poder público nas relações de trabalho estabelecidas informalmente no universo da casa, prevendo condutas modelares para patrões e empregados. O conteúdo do Código de Posturas Municipais e a documentação que produziu revelam o que pretendiam os vereadores, dependentes de mão de obra doméstica fixa, majoritariamente negra e feminina¹⁵, de que não podiam, entretanto, prescindir nem tampouco obrigar.

A "Postura" hospedava os chamados "criados de servir": mulheres e homens livres, prestadores de "qualquer serviço doméstico", além daqueles encarregados de serviços especializados, como ama de leite, costureira, engomadeira, ama-seca, cocheiro, copeiro, hortelão, também empregados de hotéis e casas de pasto¹⁶. Os vereadores estabeleciam um

11 "Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Presidente da Província de São Paulo pela Comissão Central de Estatística", op. cit. , p. 54.

12 Ibidem, p. 23. Em 1871, ano da lei do Ventre Livre, quando se deixava de nascer escravo no país, a fundação da Associação Auxiliadora da Colonização e Imigração instituiu a participação do governo na solução da crise da mão de obra nas fazendas.

13 Sobre as "Posturas Municipais" de criados e amas de leite pesquisadas no Rio de Janeiro, em Salvador, em São Paulo e em municípios do Rio Grande do Sul, conferir, respectivamente: GRAHAM, Sandra Lauderdale. *Proteção e obediência: criadas e patrões no Rio de Janeiro (1860-1910)*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

14 A cidade de São Paulo era progressivamente destituída de escravos desde a promulgação da Lei Euzébio de Queiroz, que punha termo ao tráfico de africanos a partir de 1850, quando o sudeste cafeeiro tragaria a preços exorbitantes os escravos das cidades e das regiões Norte, Nordeste e Sul do país.

15 Dos 1001 inscritos, encontramos 489 brasileiras, 392 descritas pelo subdelegadas como negras (cor preta, parda, fula, mulata, morena).

16 *Dos criados e das amas de leite*. Coleção de leis e posturas municipais promulgadas pela assembleia legislativa provincial de São Paulo, no ano de 1886. Resolução 62, 1886. Arquivo Municipal Washington Luís, p. 51.

repertório de procedimentos e condutas para patrões e empregados: era dever dos primeiros contratar trabalhadores matriculados, redigir os contratos e informar “o motivo de saída, e o comportamento do criado enquanto o servia”; quanto às empregadas, deveriam tratá-las bem, respeitando-lhe a “honra”, dispensando-lhes alguns cuidados em caso de doença e algumas horas semanais para ouvirem a missa aos domingos e dias santos¹⁷. Eram sancionadas as causas justas para dispensa dos criados: doentes, grávidas solteiras ou a casada “que tivesse ausente o marido”, os desobedientes, embriagados habituais, os que saíssem “da casa a passeio, ou a negócio, sem licença do patrão, principalmente à noute”, os que demonstrassem “desmazello no serviço”, “recusa ou imperícia”, e os que enredassem discórdia no seio da família¹⁸. A lei produzia a classe dos refratários à norma: condenava os atos de insubordinação e indisciplina dos criados, sujeitos a multas e prisões de intenção pedagógica.

As “Posturas” reservavam alguns direitos aos criados, que não poderiam ser demitidos “sem prévio aviso do patrão cinco dias antes”, exceto por causa justa. Segundo a lei, poderiam romper o contrato sem embargo criados doentes, no caso de enfermidade de algum familiar (cônjuge, pai, mãe ou filho), do não pagamento de salário, de sevícias verificadas pelas autoridades e de demanda de serviços não estabelecidos nos contratos ou “ofensivos aos bons costumes”, indício daquelas práticas de violência senhorial tradicionalmente dispensadas às mulheres escravas. O intuito de controlar os trabalhadores livres é explícito: aqueles que abandonassem o trabalho sem causa justa ou sem cumprimento de aviso prévio de oito dias estavam sujeitos à mais pesada sanção, a multa de trinta mil réis e oito dias de prisão¹⁹.

Além das obrigações comuns aos outros criados, sobre as amas de leite incidiam formas particulares de controle médico e policial, expressas nas disposições que as “Posturas” a elas dedicaram. Tornando obrigatório, do exame médico dependia o emprego das que pleiteavam a ocupação:

17 *Dos criados e das amas de leite*. Coleção de leis e posturas municipais promulgadas pela assembleia legislativa provincial de São Paulo, no ano de 1886. Resolução 62, 1886. Arquivo Municipal Washington Luís, p. 52.

18 *Idem*, p. 53.

19 *Idem*, p. 52.

A mulher que quizer empregar-se como ama de leite é obrigada, além do que está estabelecido nestas posturas a respeito dos criados em geral, a sujeitar-se na secretaria da Polícia a um exame pelo médico da camara municipal, o qual declarará na caderneta o estado de saúde em que ella se achar. Será este exame repetido todas as vezes que o patrão o exigir, e sem essa exigencia, de 30 em 30 dias, sob pena de lhe ser cassada a caderneta²⁰.

Responsáveis pela amamentação e pelo cuidado das crianças pequenas das elites e das classes médias urbanas até as primeiras décadas da República (MACHADO, 2012:199-213)²¹, as amas passaram a ser identificadas, ao longo da segunda metade do século XIX, como potenciais fontes de contágio de inúmeras doenças:

A partir da metade do século, aparecem imagens divergentes da ama de leite. Ela não era mais a encarnação do alimento e dos cuidados afetuosos; tornou-se também um espectro da doença medonha. Com o leite de seu corpo podia infectar o inocente com tuberculose, ou até mesmo sífilis. As moléstias que antes os patrões consideravam seu dever cuidar, como símbolo mais dramático dos cuidados devidos aos dependentes, vieram a ser consideradas importações transpostas pelas criadas, sobretudo pelas amas de leite, para dentro das casas outrora protegidas (GRAHAM, 1992:137).

A preocupação com a saúde das amas de leite, escravas ou livres, remetem às altas taxas de mortalidade infantil e à onda de epidemias que assolavam cidades brasileiras (RIBEIRO, 2004:341; MATTOS, 1990:77)²²,

20 *Dos criados e das amas de leite*. Coleção de leis e posturas municipais promulgadas pela assembleia legislativa provincial de São Paulo, no ano de 1886. Resolução 62, 1886. Arquivo Municipal Washington Luís, p. 52-53.

21 Partos em idade prematura, a ausência de uma cultura que valorizasse a amamentação e a crença na fragilidade das mães brancas e de seu leite, considerado "fraco" e insuficientemente nutritivo para os bebês, são algumas das razões da difusão da prática do que fora chamado, nas teses acadêmicas da medicina brasileira oitocentista, de amamentação mercenária.

22 Epidemias de febre amarela assolaram o Rio de Janeiro entre 1850 e 1854. Na cidade de São Paulo, a febre tifóide, relacionada à qualidade da água, tornou-se endêmica, reaparecendo de tempos em tempos de forma epidêmica entre 1896-1897, 1913-1914,

fenômeno que, se não era novo, passou a ganhar renovada expressão, preocupando autoridades no final do século XIX e nas primeiras décadas do XX. Tais epidemias ceifavam, sobretudo, a população urbana mais vulnerável, constituída de crianças, escravos, libertos e livres pobres, que se concentravam nos abundantes e temidos cortiços:

A ama de leite tornou-se o vínculo direto entre um mundo abrigado e confortável e a vida na rua, infectada de doenças, centrada nos cortiços. [...]. Na década de 1880, à medida que as famílias empregavam mais mulheres livres que moravam fora, os laços diretos com os cortiços não podiam ser evitados (GRAHAM, 1992:137-140).

As constantes epidemias de cólera e febre amarela que assolavam as cidades e as altas taxas de mortalidade infantil são temas que adquirem dimensões inusitadas nos discursos médicos pela ameaça de despovoamento que representava para a nação (RAGO, 1985:125). Somadas aos anseios de modernização calcados nos modelos europeus de família burguesa e de “civilização”, fizeram emergir no Brasil, sobretudo ao longo da segunda metade do século XIX, ampla literatura médica a respeito da maternidade e da amamentação, período também marcado pela criação de instituições públicas comandadas por médicos higienistas (MERISSE, 1997:33)²³ e engenheiros dedicados às reformas de saneamento urbano e à promoção da saúde pública (BOTELHO & REIS, 2006:72; FERREIRA e LUCA, 2011:25)²⁴.

1920-1921 e 1925-1926. A doença era segundo lugar na causa de morte por moléstias infecto-contagiosas, cedendo à tuberculose, que sempre ocupou primeiro lugar, exceto em 1918, ano da gripe espanhola. Na década de 1890, no estado de São Paulo, surtos e epidemias de cólera, febre amarela, peste bubônica e malária atingiam Santos e cidades do oeste cafeeiro.

- 23 Antônio Merisse explica que “o higienismo constituiu-se num forte movimento, ao longo do século XIX e início do XX, de orientação positivista. Foi formado por médicos que buscavam impor-se aos centros de decisão do Estado para obter investimentos e intervir não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área da saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social”.
- 24 Devido às epidemias que grassavam no Rio de Janeiro, Salvador e Recife, o Governo Imperial criou a Comissão de Higiene em 1850. Em 1851, era estabelecida a Junta Central de Higiene Pública, estendida posteriormente a diversas capitais das províncias. Destituí-

O protagonismo dos médicos no diálogo com as autoridades municipais na definição de iniciativas de saúde pública ocorreu, ao longo do século XIX, em centros urbanos como Rio de Janeiro e São Paulo, e evidenciou um projeto de intervenção reguladora dos espaços urbanos, das formas populares de moradia e das condutas individuais dentro dos moldes burguês e europeu, projeto chamado por Roberto Machado de "medicalização da sociedade" (MACHADO, 1978). As nascentes ideias da medicina higienista, propagadas em periódicos e nas teses de medicina apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, que veremos adiante, visando modificar hábitos e debelar o antigo costume do aleitamento pelas amas, não obtiveram de pronto o efeito desejado. Dirigindo-se exclusivamente à família burguesa cidadina, no curso do Segundo Império, a medicina social buscava transformar as condutas físicas, sociais, morais e sexuais, "criticando a família colonial nos seus crimes contra a saúde"(COSTA, 1979:33). Como observa Maria Helena Machado,

Ao que parece, se os médicos conseguiram disseminar entre os bem-nascidos maior preocupação com a saúde das amas, pouco significaram seus conselhos em termos de mudanças nas práticas sociais informais. Perante esse contexto, não espanta que, ao longo da segunda metade do século XIX, entre as camadas dominantes da sociedade brasileira mais urbanizada, a amamentação materna tenha se mantido rara, a amamentação artificial continuasse a ser descartada e se mantivesse disseminada a prática de utilizar escravas como amas de leite (MACHADO, 2012:202).

Ao longo da segunda metade do século XIX, o surgimento dos discursos médicos a respeito da "maternidade científica" e da puericultura (NOVAES, 1979:11)²⁵ elegeu a mulher de elite, o aleitamento materno e o

da de orçamento próprio e subordinada ao Rio de Janeiro, em 1884 era fundada em São Paulo a Inspetoria de Higiene.

25 Segundo Novaes, a puericultura "surge em fins do século XIX, na França, e propõe-se a normatizar todos os aspectos que dizem respeito à melhor forma de se cuidar das crianças com vistas à obtenção de uma saúde perfeita".

chamado “mercenário”, praticado pelas amas de leite, como problemáticas centrais no tratamento das questões de ordem higiênica (MACHADO, 2012:199-200; ENGEL, 1989:39. Como argumenta Maria Helena Machado, “no Brasil, um dos temas centrais na elaboração da ‘maternidade científica’ foi a reprovação à presença do escravo, sobretudo da escrava, no ambiente do lar, crítica essa sintetizada, de maneira muito depreciativa, na figura da ama de leite e da amamentação mercenária”. Os médicos desencorajavam, a partir de seus discursos, a prática tradicional de se delegar os cuidados e a amamentação dos bebês das famílias ricas às amas escravas, sob a crença de que seriam, além de portadoras de doenças que provocavam as altas taxas de mortalidade infantil – como a febre amarela, varíola, cólera, sífilis, tuberculose, escarlatina, malária, escrófulas, vermes, sarnas, parasitas de cabelo e lepra –, veículo de germes transmissores de diversos vícios, como a suposta predisposição das escravas para a promiscuidade (REIS, 1882:25-27). José Fernando e Heloísa Rocha (2011:48) levantam uma hipótese interessante sobre a virulência do discurso dos doutores às depreciadas amas: “as amas são identificadas como ameaça, uma vez que, com suas práticas de cuidado das crianças, desafiavam o saber médico, fazendo uso de um saber popular e recorrendo a curandeiros, benzedeadas, entre outros, na tentativa de curar as crianças doentes sob seus cuidados”(idem, 2011:45).

Paralelamente aos intentos dos médicos em criar “a mãe higiênica” – processo detonado pela relação entre aleitamento mercenário e mortalidade infantil (COSTA, 1979:255), exortada à realização da “nobre missão” da maternidade, sobretudo à prática do aleitamento, surgiram, na década de 1880, em diversos municípios brasileiros, propostas de regulamentação do serviço doméstico e de amas de leite.

Os artigos das “Posturas Municipais” direcionados às amas de leite deixam entrever o alcance dos discursos médicos que, se não erradicavam a prática disseminada de entregar os bebês brancos às amas, adentravam aos salões da câmara nas vozes dos vereadores a fim de regular a prática, sobretudo no que se refere ao policiamento das amas através dos exames médicos obrigatórios. Em 1874, o aspirante a doutor na cadeira de

Hygiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Cornélio Milward, afirmava, em sua tese, que “a questão capital do aleitamento mercenário e onde naufragão ordinariamente as famílias brasileiras, como veremos, está em saber-se se a ama tem ou não moléstias contagiosas, algum vício do sangue ou afecções transmissíveis.” O médico autoproclamava sua classe profissional como a única detentora do poder de realizar os indispensáveis exames médicos, construindo o problema e legitimando as intervenções:

“D’aqui pôde-se concluir a gravidade de um exame superficial e o importante papel do medico nessa questão cujos resultados podem ser tão sérios. [...] enfim, só ele pôde dar garantias da saude geral, da organização intima dessa mulher que pretende uma missão tão sublime” (MILWARD, 1874:23).

Sobre a figura do médico emergente no Brasil dos oitocentos, o processo de legitimação de seus saberes e a instituição de seu poder político, Roberto Machado argumenta: “É a certeza de que a medicina não pode desempenhar esta figura política sem instituir a figura normalizada do médico, através sobretudo da criação de faculdades, e produzir a personagem desviante do charlatão para a qual exigirá a repressão do Estado” (MACHADO et al, 1978:156; CARNEIRO, 2006:95; FERREIRA et al, 2011:31)²⁶.

Eulálio da Costa Carvalho assinava o parecer médico de Ludovina da Silva: “Julgo a Senr^a Ludovina da Silva, apta para servir como ama de leite”²⁷. Médico da câmara paulistana, Eulálio elaborava, em 1885 e em parceria com o engenheiro Luís César do Amaral Gama, relatórios sobre as condições sanitárias das habitações coletivas e as epidemias que assolavam a cidade de São Paulo (SILVA, 2008:107). Eulálio da Costa Carvalho compunha a equipe da desastrosa Inspetoria de Higiene da Província de São Paulo, fundada em 1884 e extinta em 1891, pioneira nas políticas públicas

26 As duas primeiras escolas de cirurgia foram criadas em Salvador e no Rio de Janeiro. Em 1832, as escolas tornaram-se Faculdades de Medicina, de acordo com o projeto da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, fundada em 1829. Em São Paulo, a fundação da instituição ocorreu em 1913.

27 Eulálio assinava o contrato de trabalho de duas cozinheiras, além da “preta liberta Faustina”, responsável por toda a faina da casa, menos lavagem de roupa. *Livro de Certificados*, p. 12, 76 verso e 99 verso.

voltadas à saúde da população da província, destituída de orçamento próprio e subordinada ao Rio de Janeiro. O órgão contava com um inspetor – que não recebia vencimentos – e com dois médicos, dentre os quais Eulálio, para realizarem a milagrosa missão de supervisionar as condições sanitárias e compor dados demográficos e estatísticos de toda a província, além do dever de fiscalizar o exercício da medicina e da farmácia e, por fim, realizar o policiamento sanitário da Capital (RIBEIRO, 1990:333).

Além das Posturas sobre criados e amas de leite, os outros títulos e artigos do Código legislavam acerca das matérias de higiene e saúde pública, estabelecendo normas referentes à construção dos cortiços, habitações coletivas dos pobres (RIBEIRO, 1990:331; SILVA, 2008:107)²⁸. Encarregando-se da transformação higiênica do mundo familiar, “os médicos ganhavam terreno, ocupavam espaços vazios, tentavam apresentar-se como úteis, necessários, indispensáveis à sanidade de todos os locais físicos e sociais do universo urbano” (COSTA, 1979:113-114).

Desde as últimas três décadas do século XIX, podia-se observar o prestígio que gozava a profissão médica e a irradiação de seu poder nas cidades brasileiras (CARNEIRO, 2006:40)²⁹. Segundo Elizabeth Carneiro (2006:173), os projetos de regulamentação das amas de leite encaminhavam os debates médicos acerca da fiscalização do aleitamento mercenário para a seara da administração pública, expressão de que as discussões encetadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro transcendiam este âmbito, sinalizando para a articulação dos médicos no controle político das práticas da maternidade e do aleitamento.

A partir da década de 1870, sob a influência dos médicos sanitaristas pautados pelo higienismo – cujos eixos de intervenção concentraram-se na

28 Os 318 artigos do Código de Posturas Municipais dispunham, dentre outros temas, sobre o padrão do calçamento da cidade, a construção das casas operárias, a limitação de determinados empregos aos escravos, o recolhimento de lixo e a fiscalização dos mercados e alimentos. Prevía a multa de trinta mil réis e prisão por oito dias para quem realizasse curas por meio de « orações, gestos ou outros quaisquer embustes ».

29 A legitimação dos saberes da medicina acadêmica e o poder político conferido aos médicos não ocorreu sem conflitos. Parteiras, curandeiros e sangradores passaram a ser combatidos nos discursos acadêmicos e nos Códigos de Posturas Municipais que, desde 1831, no Rio de Janeiro, implementavam a fiscalização da venda e manipulação de remédios e do exercício das profissões de médicos, parteiras e farmacêuticos.

elevada taxa de mortalidade infantil, no problema dos menores abandonados e em suas noções de limpeza e de saúde no interior da família (RAGO, 1985:118) –, novos periódicos dirigiram às mulheres brancas e letradas uma campanha em favor do aleitamento materno, propagando o temor ao contato entre escravas domésticas, amas de leite e crianças brancas. Os discursos médicos reportavam-se às amas como agentes privilegiados de contágio e corrupção da família branca nos anos finais da escravidão, portadoras de doenças que provocavam as altas taxas de mortalidade infantil, vis transmissoras de doenças psíquicas e morais: “Compreendeis os imensos perigos da amamentação mercenaria; pelo lado physico a transmissão de graves enfermidades; pelo lado moral a inoculação de vícios e habitos repugnantes, e em relação a família a perda dos direitos maternas e da gratidão filial” (MOURA, 1874:28).

A medicina apresentava as amas, e em especial as mulheres cativas, africanas e descendentes, como fonte de doenças orgânicas, tecendo argumentos de inspiração racista sobre “[...] as escravas, que além de serem em geral estúpidas, grosseiras e o seu moral extremamente viciado, o seu organismo é, de ordinário, a sede de grande cópia de moléstias” (VIANNA, 1869:41). Antes indispensáveis, escravos domésticos eram convertidos, em tais discursos, em ameaça de doença. Essa versão médico-política do escravo coincidia com o momento em que ter escravos para o serviço doméstico foi sendo dificultado pela extinção do tráfico africano, quando se tornaram caros e menos numerosos. Para Jurandir Costa (1979:124-125), a virulência da condenação médica aos escravos foi de suma importância nas manobras do poder médico, mantendo aceso o terror da doença, ponto de apoio para a normalização da família: “A escrava foi usada contra a mulher, com o objetivo de culpá-la e torná-la responsável pela infelicidade, doença e morte dos filhos” (idem, 122-123).

Exortadas pelos médicos ao cumprimento dos deveres maternos, tratadas por bárbaras e desnaturadas por negarem o seio ao filho, amaldiçoando-as a “receber mais cedo ou mais tarde o justo castigo de sua crueldade, e da impiedade do seu coração” (NEVES, 1873:40), os médicos proferem um discurso moralizante a “um grande numero de mães que, sem motivo justificado, abandonam seus filhos às amas” (SILVA, 1884:65):

Ellas que deveriam abandonar todos os prazeres, todos os regosijos, que deveriam suportar todos os sofrimentos somente com fim de dar á seus filhos o liquido precioso, que, muitas vezes, jorra de seus seios, são as primeiras que por um motivo frivolo, muitas vezes indecente, negam-se a cumprir o dever o mais sagrado que lhes impoz a natureza (MOURA,1874:25)

O médico Juvenal Neves (1873:11) condenava vivamente a recusa das mães “á esse dever imposto pela natureza unicamente para se entregarem á esses vãos e chimericos prazeres do mundo!”, criticadas por quererem conservar “suas graças” e seus “attractivos”. Entretanto, os médicos enumeravam uma série de impedimentos à realização da “nobre missão”: “a tendência, a predisposição da mãe ou de seus antepassados para moléstias hereditárias ou susceptíveis de transmissão”, doenças do tubo digestivo, mentais, “um temperamento excessivamente nervoso ou lymphatico” são algumas das circunstâncias “que contra indicam absolutamente o aleitamento materno” (MOURA, 1874:6). Dr. Cornélio Milward (1874:8) alega que condições de saúde existem “que privão uma mãe da satisfação de seu mais ardente desejo, de suas mais formal vontade: a má saude habitual, a predisposição para a tuberculose pulmonar, escrofulose e afecções orgânicas, a moléstias mentaes, á hysteria e epilepsia”. Além da “predisposição mais ou menos remota” a tais doenças, o médico julgava necessário proscrever o aleitamento àquelas que tiverem “uma afecção imminente ou declarada, á aquellas que são sujeitas ás paixões violentas e quando são infeccionadas de syphilis”. Outro médico acrescentava: “Quanto ás nevroses, as bisarrias de imaginação, e as quedas frequentes a que estão sujeitas as epilepticas e as hystericas são razões suficientes para não aconselharmos o aleitamento” (NEVES, 1873:14; MACHADO, 2012:200)³⁰.

30 Os discursos médicos eram contraditórios no que se refere ao estímulo do aleitamento pelas mães brancas, pouco recomendável, na visão de alguns médicos, devido à pretensa fragilidade daquelas mulheres, produtoras de leite fraco e pouco nutritivo, enquanto as mulheres negras eram descritas como robustas, produtoras de um leite considerado abundante e nutritivo.

Recomendável apenas nos casos em que "circunstancias imperiosas" (MILWARD, 1874:19) impossibilitassem a mãe a amamentar, era raridade no Brasil, segundo Doutor Moura (1874:23), uma ama que reunisse os predicados necessários ao cumprimento de sua missão, visto serem as amas, em sua maioria, escravas: "O escravo não pode ter amor, porque não tem pátria, não tem família e nem amigos". Em outra passagem do texto, porém, o referido médico contradiz o argumento, acionando estratégias discursivas ao sabor de seus objetivos. Ele descrevia o amor da escrava a sua filha ou filho e o sofrimento por ela experimentado quando separada de seu bebê, o que parece uma artimanha do médico para, através da compaixão provocada em relação à escrava e a suas mazelas, reforçar o discurso de repúdio ao aleitamento mercenário e de defesa ao materno:

Outras vezes entrega o seu filho a uma misera escrava que apenas deu á luz ao produto de suas entranhas, é alugada, é separada de seu filho, o qual ella não pode abraçar, amamentar, porque os seus verdugos não comprehendem o seu amor; é ella obrigada a ir amamentar o filho estranho, ao passo que o seu ou é lançado nas rodas da casa dos expostos, ou então, fica entregue ao acaso, sem ter ao menos um olhar, um sorriso e o que mais uma gotta deste liquido tão necessário na primeira idade (MOURA, 1974:26).

Com a finalidade de afastar as escravas do convívio familiar das elites, o médico Juvenal das Neves (1873:11), veiculava a visão, reiterada nas palavras de outros médicos, das amas escravas como elemento corruptor da família branca, afirmando que os bebês senhoriais, "novos ainda, sugam no leite mercenario o germen da corrupção". Amas de leite, além das moléstias físicas que poderiam transmitir à criança, teriam o poder de torná-la "muitas vezes infeliz, desgraçada durante toda a vida" (idem, p. 35). Quando não examinadas, seriam promotoras de imensos males que afligiam a humanidade: "Convém que o medico seja bastante escrupuloso e rigoroso no exame das amas para assim aliviar os imensos males que affligem a pobre humanidade." (idem, p. 35).

A fim de amedrontar as mães desnaturadas, João Monteiro da Silva afirmava, em 1884: “é inegável que entre nós vai sendo moda deixarem as mães de dar o puro leite aos filhos, para deposital-os nas brutas mãos de uma grosseira ama e muitas vezes com pouca saúde, e que os vai criar contra vontade” (SILVA, 1884:54). A saúde e o bem estar das amas pouco importa aos médicos; antes, as condições físicas daquelas mulheres são instrumentalizadas com o intuito de garantir à criança branca o lugar central de suas preocupações. Os maus tratos e castigos que vitimavam uma escrava, relatados pelo médico Juvenal das Neves, a despeito das consequências sobre a saúde das escravas, eram censurados devido à repercussão que provocariam na saúde da criança: “um menino foi prontamente atacado de convulsões por ter mamado em sua ama, tendo esta pouco antes ter sido castigada e maltratada por uma pequena falta” (NEVES, 1873:9). No caso da ama escrava, os pais da criança eram aconselhados a tratá-la bem, de maneira a evitar que o bebê fosse vítima de possíveis represálias: “A família deverá tratar a ama com agrado, procurar fazer as suas vontades afim de que ella faça o mesmo a criança, quando a ama é escrava e recebe máos tratos de seus senhores, as innocentes crianças, muitas vezes, são as victimas de seos desesperos” (MOURA, 1874:24).

A fim de regular as práticas do aleitamento mercenário no Rio de Janeiro, médicos sugeriam a “intervenção da Junta de Hygiene”, órgão que teria sob sua responsabilidade a criação de “um escriptorio geral de amas”, semelhante ao existente em Paris: “[...] onde o exame das amas por uma comissão medica para este fim contractada torne-se uma realidade, parece-nos a primeira e a mais eficaz medida digna de apreço e de urgente necessidade” (SILVA, 1884:65). No Rio de Janeiro, em 1876, era formulado o primeiro projeto de regulamentação das amas de leite, publicado na *Gazeta Médica* da Bahia pelo Dr. Moncorvo Figueiredo, que previa a abertura de uma clínica que oferecesse exames médicos gratuitos às amas de leite (GRAHAM, 1992:143). Em 1884, a câmara municipal geria um “Instituto de Amas de Leite”, de curta duração: emissor de certificados dos exames conduzidos por médicos da instituição,

o estabelecimento fechava suas portas dois meses depois de fundado (CARNEIRO, 2006:97-98). Desafiando a crença de que correriam para as clínicas de saúde a fim de realizarem os exames médicos compulsórios, amas de leite e seus patrões negavam-se ao cumprimento de tais proposições que, segundo Sandra Graham (1992:150), "invadiam zonas que tanto os patrões quanto as criadas, por diferentes razões, preferiam manter invioladas". Para Maria Elizabeth Ribeiro Carneiro (2006:166), no Rio de Janeiro, "as teses [de medicina] explicitam disputas correntes na sociedade, ao sugerirem que o desprezo dos médicos pelo aleitamento mercenário poderia ser equivalente ao desprezo dos proprietários e locadores de escravas pelo exame".

O doutor Francisco de Paula Castro (1883:41) afirmava que a preocupação que tanto o affigia não alcançava os patrões: "Não deve ama alguma ser admitida a criar sem previo exame medico"; admitia que tal preceito, "que importava ser seguido á risca pelos interessados" era "grande numero de vezes quebrado". As posturas municipais vinham tentar corrigir as práticas insalubres de se contratar amas de leite sem o exame: "Se chegam á examinal-as apenas se satisfazem com algumas perguntas geraes, com a inspecção das conjunctivas e com a figura da preta" (NEVES, 1873:37). O doutor João Baptista Monteiro da Silva descrevia em detalhes o exame a que os médicos deveriam proceder:

Deve-se examinar a cabeça da ama, afim de verificar a ausencia de toda a molestia parasitaria do couro cabeludo; explorar engorgitamentos ganglionarios ou cicatrizes escrofulosas que podem existir no pescoço; si já teve variola e, no caso negativo, submettel-a á vacinação; saber se teve sarampão e escarlatina; o peito deve ser percutido e auscultado com cuidado; a garganta e a pelle examinadas atentamente, e, no caso de duvida que nada ella tenha de syphilis, deve-se então exigir um exame direto das partes genitales (SILVA, 1884:62-63).

Objeto de suspeição dos vereadores que promulgavam o Código de Posturas em São Paulo, as amas deveriam submeter-se ao exame "todas

as vezes que o patrão o exigir, e sem essa exigência, de 30 em 30 dias, sob pena de lhe ser cassada a caderneta” (Código de Posturas Municipais, 1886:52-53). Nada consta nos registros sobre a repetição dos exames, e a preocupação convertida em lei talvez não alcançasse os patrões. Doutor Juvenal das Neves (1873:33) destacava a resistência das mulheres aos exames intrometidos: “seria muito importante examinar os órgãos genitais de uma maneira completa para nos certificar que não existe nenhum traço de syphiles recente ou antiga. Porém este exame é muito delicado e muitas vezes impossível, em razão da repugnância com que as amas á ele se submetem”. Um defensor dos exames compulsórios descrevia, na década de 1890, a relutância das mulheres escravas e livres a tais procedimentos invasivos: “Se já era difícil proceder-se a um exame rigoroso nas amas escravas de outros tempos, muito mais se torna agora, em que as mulheres não se prestarão a inspeção minuciosa das regiões mais reconditas de seu corpo” (“Relatorios sobre assumptos de hygiene’ *apud* GRAHAM, 1992:151). As “Posturas sobre locação de serviço doméstico”, aprovadas em dezembro de 1886 em Salvador, evidenciam, além da sintonia com o que preocupava a vereadores e médicos paulistanos, a costumeira recusa das mulheres a tais exames, a que os vereadores soteropolitanos respondiam com maior rigor punitivo que em São Paulo:

A mulher que, tendo-se alugado como ama de leite, recusar-se a ser examinada por médico designado pela Câmara, pelo Chefe de Polícia ou Delegado, e pela Inspeção de Higiene Pública, a pedido do amo, incorrerá na pena de 20\$000 de multa ou 4 dias de prisão. A pena será dobrada nos casos de reincidência (Arquivo Histórico da Prefeitura Municipal de Salvador. “Actas das Sessões da Camara de Salvador”, 30/12/1886, f. 24 *apud* SILVA, 2011:304).

O artigo 20 das Posturas Municipais paulistanas visava promover a sujeição das mulheres aos exames, condenando as refratárias a multas e a dias de prisão:

"Não poderá ser empregada como ama de leite a mulher, cujas condições de saúde, à juízo do dito medico, não lhe permittirem a amamentação, sem prejuizo reconhecido para si, ou para a criança. A infractora pagará a multa de trinta mil réis, além de oito dias de prisão" (Código de Posturas Municipais, 1886:53).

O doutor Coutinho inspecionava 16 dentre as 18 mulheres que pleiteavam a ocupação de ama de leite, cujos contratos foram registrados no livro de certificados, dentre as quais a portuguesa Julia Dias, filha de Antonio Dias, branca, solteira, de 25 anos: "Attesto que a ama está nas condições de servir e nada tenho a declarar sobre sua saúde, que é perfeita, o que juro se preciso for" (Livro de Inscipção, n. 203, Livro de Certificados, p. 10). Julia Dias e as outras mulheres talvez saíssem aliviadas da sala do médico, pelo término do exame e do inquérito sobre seus corpos e suas vidas, ou pelo atestado assinado pelo doutor, cuja sentença garantia o emprego como amas e o sustento de si próprias e de seus filhos, que a documentação não mencionava, mas que talvez as acompanhassem.

As Posturas estabeleciam ainda causas justas para o rompimento dos contratos por parte das amas, deixando entrever alguma preocupação no que toca à saúde das mulheres, sujeitas ao contágio por parte das crianças que amamentavam:

A ama de leite [...] poderá abandonar a casa do patrão, quando da amamentação lhe possa provir, ou já tenha provindo alguma enfermidade, por causa de sua constituição physica, ou por molestia transmissivel da criança tudo a juízo do medico da camara, que isto mesmo declarará na caderneta (Código de Posturas Municipais, 1886:52).

Este artigo parece sintonizar-se com "a sã moral e a consciência" que levava o médico Castro à contraindicação do aleitamento mercenário no caso da mãe sífilítica:

Não há meio termo admissível: ou o aleitamento pela mãe, ou o aleitamento artificial bem conduzido. O aleitamento mercenário, colocando a ama em condições quase infalíveis de adquirir a infecção por seu intermédio deve ser rejeitado. A sã moral e a consciencia elevam-se contra a prescrição da ama (CASTRO 1883:28-29).

As Posturas determinavam ainda que a ama não poderia se “encarregar da amamentação de mais de uma criança, sob pena de vinte mil réis de multa e cinco dias de prisão” (Código de Posturas Municipais, 1886:53). Os vereadores parecem ignorar de todo a existência do bebê da ama. Preterido, a ama deveria dedicar-se, segundo a lei, inteiramente à criança branca? Ou deveria escolher entre a criança dos patrões e seu próprio filho? As filhas e filhos das amas imergem no silêncio dos documentos. Quais as sortes possíveis para aquelas crianças?

As teses de medicina nos oferecem indícios de sua existência, utilizadas como instrumentos de verificação da qualidade do leite da mãe: “É de muitas vantagens que o medico examine tambem o filho da ama, pois por este exame elle pode reconhecer o estado de saude da ama, como tambem se o seu leite é sufficiente e de boa qualidade”(MOURA, 1874:20). As amas livres ou forras eram acusadas pelos médicos de tentar enganá-los, escondendo doenças e o leite “ralo”. Outros condenavam seu ofício, chamando as mulheres livres de “mercenárias”, visto preterirem por vezes seus bebês em troca de uma renda atraente. Sobre os preconceitos dos médicos em relação às amas e a situação de pobreza que as impeliavam ao exercício desta ocupação, Sandra Koutsoukos (2006:151-152) argumenta:

Poucos, porém, conseguiram enxergar o sacrifício feito pelas mulheres pobres para que pudessem se empregar como amas. Muitas delas só procurariam serviço como amas após amamentarem por meses seus próprios filhos, garantindo a estes maior chance de sobrevivência. Apenas as mais necessitadas (desesperadas mesmo) teriam procurado trabalho como amas imediatamente após o nascimento de seus bebês. O fato é que,

para que os filhos dos mais abastados tivessem mais chances de sobreviver, mais filhos de pessoas menos favorecidas morriam.

O médico Cornélio Milward (1874:28), especulando sobre as condições do aleitamento praticado na casa das amas livres e desencorajando-o em detrimento do aleitamento no domicílio da criança, afirmou que "os trabalhos grosseiros á que entregão-se ordinariamente essas mulheres em suas casas" provocariam "influencia nociva a sua saude, e consequentemente á secreção lactea e á saude da criança que tomão para amamentar". Entretanto, considera: "Certamente a saude de seus filhos, nestes casos, nada póde indicar, porque são ordinariamente robustos e fortemente constituídos para facilmente suportar todas as privações e falta de cuidados". O acadêmico admite, contraditoriamente: "É muito difficil encontrar-se uma ama que separe-se de seu filho; não absorve-lhe este todos os cuidados?". A armadilha discursiva do médico é evidente: o trabalho duro que desempenham as amas em suas próprias casas debilitavam sua saúde e, consequentemente, a de seu leite e a da criança, filha de outrem, que tomavam para amamentar. Diferentemente do que defendiam outros médicos a respeito da saúde do filho da ama, como indicativo da boa qualidade do leite, doutor Cornélio descreditava tal instrumento de qualificação das amas, visto que sua criança fora formada naturalmente robusta para suportar a pobreza e a falta de cuidados dispensados pela mãe.

A fala do médico nos remete ao estudo de Kimberly Wallace-Sanders (2008:26) sobre amas de leite nos Estados Unidos durante o século XIX, quando examina as representações escravistas construídas a respeito da maternidade das mulheres negras: devotando toda sua atenção e carinho aos bebês brancos, enquanto a seus filhos dispensaria poucos cuidados e pouca paciência. Sobre os insultos representados por tais constructos, a historiadora observa: "O segundo insulto é que as crianças afro-americanas, particularmente as crianças escravas, são profundamente diferentes das crianças brancas; elas são caracterizadas como tendo menos numerosas, e menos refinadas necessidades". Para desencorajar

ainda mais a prática aterrorizadora de se confiar crianças bem nascidas aos cuidados de mulheres insalubres e trabalhadoras, ele inverte o argumento anterior – da criança forte acostumada à displicência materna –, afirmando ser muito difícil que a ama se separe do próprio filho, a quem dedica todos os seus cuidados.

O médico Francisco Moura narrou o drama vivido pela mulher escrava que se via impedida de cuidar livremente de sua própria criança, amamentando-a às “carreiras” e às “ocultas”:

Quando a ama é escrava e pertence a família, então o seu martyrio é maior, porque ella vê o seu filho sofrer, ouve seus gemidos, sem poder mitigar as suas dores; se algumas vezes ella o pode amamentar é as carreiras, as ocultas, porque a sua senhora, quer tambem que ella a acompanhe no esquecimento dos deveres maternos! Quantas vezes a mãe escrava não vê o seu filho moribundo, e no emtanto é lhe prohibido dar-lhe uma gotta de seu leite, que talvez o salvasse! (MOURA, 1874:26-27).

O médico, propagando o temor às escravas amas de leite e desencorajando seu uso, afirmava que, quando alugada, “não leva em sua companhia o seu filho; ella é obrigada pelo seu senhor, afim de dar um aluguel maior, a abandonal-o, portanto ella vai contrariada, e odeia a familia que aluga e principalmente a inocente criança a quem ella vai fazer as vezes de mãe!” (idem, p. 26). Estratégia de sobrevivência senhorial nas cidades, o aluguel de escravas provocava a separação entre a mãe e suas crianças – enviadas à Roda dos Expostos (MARCILIO, 2001:60; ROCHA e ROCHA, 2011:41)³¹ pelos senhores para auferirem maior aluguel. Tal prática foi, para muitos médicos, objeto de dura condenação, afinal, como afirmou doutor Neves, tal fato “[...] influe extraordinariamente sobre o moral das escravas, tornando assim seu leite nocivo às crianças” (NEVES, 1873:37-38).

31 Baseadas na tradição de assistência portuguesa aos pobres e enfermos, a instituição, conhecida no Brasil como Casa da Roda, Casa dos Enjeitados, ou simplesmente Roda, funcionava nas Santas Casas de Misericórdia. Maria Luiza Marcilio indica que a Roda de Salvador foi fundada em 1726, e, no Rio de Janeiro, em 1738. Em São Paulo, a Roda foi inaugurada em 1825 e permaneceu na Santa Casa até 1851.

O médico descrevia o sofrimento das mães que presenciara quando médico em maternidade no Rio de Janeiro:

Adormecida a pobre parturiente, quando ella procurava pelo somno recuperar as forças exaustas no doloroso trabalho de parto, tiravam-lhe o seu inocente filhinho, e mandavam collocal-o na roda; mais tarde, quando a desgraçada acordada procurava com anciedade (sic) o fructo de suas entranhas e que sabia que elle havia sido levado para a roda, desfazia-se em lagrimas, e mergulhava-se em uma grande tristeza (NEVES, 1873:37-38).

Minimizando o sofrimento experimentado pela mãe escrava, o médico observava: "Este facto, que a primeira vista parece pouco importante influe de tal modo sobre o moral da escrava, que a torna inapta á aleitar outra criança" (NEVES, 1873:38). O viajante francês Charles Expilly, em 1863, dissertando a respeito do aluguel de amas de leite no Rio de Janeiro, expunha as razões pelas quais as amas deveriam ser bem tratadas, em direção semelhante ao que defendiam os médicos: "antes de mais nada, é preciso evitar que a ama se zangue, que tenha a menor contrariedade. Uma rusga, um arrufo, uma indisposição, um simples mal-estar tornam-se desgraças sérias, pois podem influir na qualidade do leite" (EXPILLY, 1962:202-220).

A má qualidade do leite, ou a falta dele, eram algumas das causas justas definidas pelas Posturas Municipais para a demissão das amas: "quando tiver vícios que possam prejudicar a criança, ou quando tiver falta de leite, ou for este de má qualidade; ou ainda quando não tratar com zelo e carinho a criança, ou finalmente quando fizer esta ingerir substancias nocivas à saude"(Código de Posturas Municipais, 1886:53). Os médicos são unânimes em alertar para a existência das amas beberronas: "o vício da embriaguez, pelas consequencias que pode trazer á criança, deve merecer toda a atenção", afirmava Dr. Cornélio Milward (1974:24) que identificava a classe de mulheres perigosas: "se fôr uma mulher perversa, libertina, que se entregue á embriaguez, não soffrerá a educação da criança?"

A postura visava proteger as crianças dos descuidos e maldades praticados pelas amas – o que poderíamos supor respostas vingativas à opressão vivida e direcionada às inocentes crianças –, descritas pelo médico Juvenal Neves (1873:38-40)

Ha certas amas que tem o terrível costume de introduzirem o peito na bocca da criança, e adormeceram. [...] Há certas amas que apesar de serem preguiçosas, estúpidas, ainda são más, assim há algumas que fazem grande uso interno de pimentas, e outras substancias, para d'este modo tornar o leite nocivo á criança. Outras untam a ponta do peito com pimenta, de proposito para a criança sugar. O fallecido Dr. Julio referia o facto seguinte; uma escrava que embriagava com cachaça á uma criança de peito, que lhe tinha sido confiada para melhor entregar-se ao deboche.

A coação às amas de leite mediante as penalidades instituídas em lei não tiveram o efeito desejado: a polícia e os agentes fiscais não dariam conta da missão de prender e multar aquela lista de potenciais infratoras, numa população de migrantes e imigrantes que se avolumava (MORSE, 1970: 238; OLIVEIRA, 2005:20)³². A rigidez dos prazos estipulados e a penalização das refratárias às normas evidenciam a realidade social que se pretendia controlar e apontam para os limites quanto à aplicabilidade daquelas leis. O controle social institucionalizado sobre as práticas do aleitamento por amas livres não teve caráter duradouro ou sistemático: a ingerência do poder público sobre estas agentes de trabalho no “recesso do lar” reaparece como questão social aguda nos anos posteriores à Abolição.

As epidemias de febre amarela no estado de São Paulo entre 1889 e 1904 incentivaram a criação de órgãos mais efetivos que a fracassada Inspeção de Higiene, substituída a partir de 1891 por uma nova

32 Em 1886, o censo da cidade enumerava 47.697 habitantes em São Paulo. No período imediato à Abolição, entre 1890 e 1893, a população da cidade triplicaria: em 1890 residiam em São Paulo 64.934 pessoas; em 1893, a cidade abrigaria 192.409 habitantes, os estrangeiros compondo 55% da população. A Capital inaugurava o século XX com 239.934 habitantes. *Relatório da Comissão Central de Estatística de São Paulo, 1888.*

estrutura voltada à saúde pública, estabelecida a partir da República, como o Serviço Sanitário. Este órgão, responsável pelas políticas públicas de saúde no estado de São Paulo, tinha, dentre suas funções, a de inspecionar amas de leite, vacinando-as e obrigando-as ao registro junto ao Serviço Sanitário. O órgão era formado pelo Conselho de Saúde Pública, responsável pela emissão de pareceres sobre higiene pública, e pela Diretoria de Higiene. Esta última, auxiliada por laboratórios voltados à pesquisa bacteriológica e pelo Instituto Vacinogênico, elaborava, em 1894, o primeiro Código Sanitário do Estado, regulamentando os serviços de saúde pública de forma mais rigorosa e interferindo na esfera doméstica das habitações urbanas (RIBEIRO, 2004:335; ROCHA & ROCHA, 2011:42-43). Entre 1894 e 1895, a Câmara Municipal promoveu tentativas mais rigorosas de regulamentar a ocupação de ama de leite, através da organização do Serviço de Aluguel ou contrato de amas de leite:

Art.1: A Intendência de Justiça, Polícia e Hygiene organizará o serviço de aluguel ou contracto de amas de leite, sujeitando estas ao exame médico do instituto da maternidade, ou como convier impondo-lhes obrigações e deveres, bem como aos patrões, com especial cuidado de evitar o abandono da amamentação iniciada velando por tudo quanto seja necessário para o exercício da profissão conforme a sciencia e o direito... (Leis e resoluções. São Paulo, *apud* MATOS, 2002:150).

Sugeria-se ainda a criação de órgãos médicos que examinassem o leite e o sangue das amas, fornecendo-lhes atestado de saúde. Tais instituições seriam responsáveis por arremeter e catalogar as amas, registrando as qualidades de cada uma delas, as datas e números dos partos e idade de seus filhos (MATOS, 2002: 150). Em 1905, era aprovado na Capital o "Regulamento para o Serviço de Amas de Leite", que a elas previa a realização de exames a fim de receberem atestados de saúde, no gabinete da Diretoria do Serviço Sanitário, onde seriam registradas, tendo o corpo e o leite examinados (ROCHA & ROCHA, 2011:50). Em 1906, Emílio Ribas, diretor geral do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, descrevia, em

relatório dirigido ao secretário dos Negócios do Interior, a necessidade de “estabelecer o exame obrigatório de todas as que se propõem ao mister de nutrizas, levando ao seio das famílias, por meio de uma propaganda inteligente, a convicção de que não deve ser admitida a ama de leite quem não trouxer o certificado desta repartição” (RIBAS, 1907 *apud* ROCHA & ROCHA, 2011:37). Em 1915, 110 nutrizas eram examinadas pela “Secção de Proteção à Primeira Infancia e Inspeção de Amas de Leite”, das quais apenas 14 obtiveram atestados³³.

Para Maria Izilda Santos de Matos (2002:203),

Houve várias tentativas de regulamentar essa ocupação, mas o que efetivamente influenciou na gradativa diminuição da utilização das amas de leite foram as questões de saúde pública e as alterações nas relações familiares. A higiene extravasou os limites da saúde e modificou a feição social da família ao adaptá-la à ordem urbana, delineando-se um novo modelo de família, e, conseqüentemente, uma nova noção de mulher, lar, educação e higiene

As reverberações dos discursos médicos – cujos conselhos alcançavam as elites urbanas letradas – de imediato pouco significaram em termos de erradicar a prática disseminada de entregar os bebês brancos às amas. Em 1880, o jornal *O Correio Paulistano* atestava os ecos de tais discursos e a disseminação entre membros da elite letrada de uma maior preocupação quanto à saúde das amas, publicando o anúncio de um senhor que oferecia uma escrava nutriz para aluguel, exaltando a qualidade de haver sido inspecionada por médicos: “Ama de leite. Inspeccionada e afiançada por médicos, quem precisar e quiser pagar, pode dirigir-se à praça do mercado”³⁴.

Na década de 1870, surgia o anúncio da farinha láctea – produto estrangeiro destinado à alimentação artificial das crianças – que evocava

33 Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo, 1915, p. 31, *apud* ROCHA, J. F. L.; ROCHA, H. H. P., 2011:50.

34 *Correio Paulistano*, 15 de julho de 1880. Arquivo do Estado de São Paulo, *apud* SCHWARCZ, 1987.

o discurso médico sobre as amas de leite, caras e doentias: "A escassez de ama sadia e baba, o seu preço elevado, tem tornado a introdução da farinha láctea Nestlé um verdadeiro benefício para o Brasil. Hoje uma mãe pode ter a satisfação de criar seu filho com o leite se tiver pouco, sem risco de enfraquecer nem sofrer na sua saúde"³⁵. Para Maria Izilda Santos de Matos (2012:151), as exigências aos exames médicos ginecológicos, que geravam intensos debates no parlamento, além da resistência tenaz das mulheres a tais procedimentos ampliavam a dificuldade de se encontrarem amas. Jorge Americano (1957:82-83), em sua obra de memórias entre os anos de 1895 e 1915, relatava a seguinte "conversa entre senhoras":

Depois que nasceu não tive leite, e não houve jeito de arranjar ama. Uma, porque o doutor examinou e disse que não era boa de saúde. Outra, porque já tinha leite de seis meses, não servia para uma criancinha recém-nascida. A terceira, porque o marido era insuportável. A última tinha bom leite, mas pouco, não dava para o filho dela e para a nossa. A menina ficou magrinha.— Como é que a senhora fêz? Ela está tão gordinha agora! Uma tetéia!— O doutor mandou tomar leite de vaca esterilizado.— Mas não é muito forte?— O doutor fêz a tabela de mistura com água, até um mês em certa proporção no mês seguinte menos água. [...].

O médico examinava a primeira ama, que não tinha boa saúde; a última tinha pouco leite, e escolhera amamentar o próprio filho. O insuportável marido da terceira talvez se insurgisse contra o emprego da esposa como ama, o que prejudicaria sua criança. Já o leite de seis meses da terceira mãe não servia para a menininha recém-nascida: o médico preferia o leite de vaca fervido e diluído. Parece que a prática de alimentar as crianças com o leite do animal não era adotada por todas as mulheres das classes médias: "Mas não é muito forte?"

35 *Correio Paulistano*, 4 de abril de 1876. Arquivo do Estado de São Paulo. Maria Helena Machado afirma que, a despeito dos anúncios de alimentação artificial para bebês, "parece haver um consenso de que até as primeiras décadas da República estes produtos não foram adotados em qualquer escala considerável". MACHADO, 2012:202.

Maria Alice Ribeiro (1990:342) explica que a mortalidade infantil que abatia a Capital entre os anos de 1909-1924 deveu-se a doenças que, a despeito do que imaginavam os doutores em medicina sobre as amas, tinham estreita ligação com a qualidade da água e da alimentação. Luiz Antonio Teixeira (2007:57-58) destaca que, entre a década de 1880 e os primeiros anos do século XX, parte do acervo de conhecimentos da microbiologia não era ainda aceita por uma parcela dos médicos, sendo que os modelos de propagação das doenças por microorganismos eram sujeitos a intensas controvérsias. Segundo Margareth Rago (1985:126), as causas gerais aventadas pelos médicos para a mortalidade infantil apontavam para a pobreza, a ignorância e a hereditariedade, destacando distúrbios digestivos, respiratórios, além da amamentação mercenária, posicionada dentre os primeiros lugares na hierarquia das origens das doenças das crianças.

A despeito das campanhas médicas, os jornais paulistanos atestam que, até as primeiras décadas após a Abolição da escravidão no Brasil, imigrantes e brasileiras, negras e brancas, disputavam o mercado de trabalho do aleitamento na Capital, num contexto de pobreza urbana e de pouca diversificação de oportunidades de trabalho abertas às mulheres pobres, sobretudo às negras. O oferecimento dos serviços de ama de leite vigorou até pelo menos 1930, quando ainda se divulgavam anúncios de procura e oferta de amas: as chamadas “amas criadeiras” tomavam as crianças para serem cuidadas em suas próprias casas³⁶, outra ama oferecia uma jornada de trabalho limitada, “para amamentar 3 vezes por dia, leite de um mês, sem filho”³⁷. Em 1926, num nicho de trabalho disputado por brasileiras e imigrantes europeias, preferidas por membros das elites europeizadas, uma mulher pobre, mãe, negra e sem domicílio ainda oferecia seus serviços: “uma de cor, com leite de 3 meses, dorme na casa dos patrões, com creança”, sendo que “o leite e o sangue já foram examinados...”³⁸.

36 “Ama precisa-se com leite de dias, criar em casa”. Diário Popular, 4 de janeiro de 1926. *Apud* MATOS, M.I, 2002:153.

37 *Idem*, *ibidem*.

38 *Idem*, 6 de janeiro de 1926, *ibidem*.

Referências bibliográficas

AMERICANO, Jorge. *São Paulo naquele tempo (1895-1915)*. São Paulo: Edições Saraiva, 1957.

BAKOS, Margaret Marchiori. "Regulamentos sobre o serviço dos criados: um estudo sobre o relacionamento estado e sociedade no Rio Grande do Sul (1887-1889)". *Revista Brasileira de História*, SANPUH/Marco Zero, São Paulo, v. 4, n. 7, mar. 1984.

BASTIDE, Roger & FERNANDES, Florestan. *Relações raciais entre negros e brancos em São Paulo*. São Paulo: Anhembi, 1955.

BOTELHO, A. V. e REIS, L. M. *Dicionário Histórico Brasil Colônia e Império*. Belo Horizonte:Autêntica, 2006.

CAMPOS, Alzira L. de A. "População e sociedade em São Paulo no século XIX". In PORTA, Paul (org.). *História da cidade de São Paulo*. A cidade no Império, 1823-1889. v. 2, São Paulo: Paz e Terra, 2004.

CARNEIRO, Maria Elizabeth Ribeiro. "Procura-se uma "preta com muito bom leite, prendada e carinhosa": uma cartografia das amas de leite na sociedade carioca, 1850-1888". Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de Brasília, 2006.

CASTRO, Francisco de Paula. "Da alimentação nas primeiras idades". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883.

Correio Paulistano, 15 de julho de 1880. Arquivo do Estado de São Paulo, *apud* SCHWARCZ, Lília Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Cia. das Letras, 1993:136.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DIAS, M. O. L. S. "Nas fimbrias da escravidão urbana: negras de tabuleiro e ganho". In *Estudos Econômicos*, 15, número especial, 1985:102.

ENGEL, Magali. *Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

EXPILLY, Charles. *Le Brésil tel qu'il est*. Paris, E. Dentu, Éditeur, Librairie de la Sociétés Gens de Lettres, 1962.

FERREIRA, Antonio Celso; LUCA, Tania Regina de. "Medicina e práticas médicas em São Paulo: uma introdução". In MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S.M.C (orgs.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, Casa de Soluções e Editora, 2011.

FRAGA Filho, Walter. "Migrações, itinerários e esperanças de mobilidade social no Recôncavo Baiano após a abolição". *Cadernos AEL – Trabalhadores, Leis e Direitos*, n. 26, 2009.

GRAHAM, Sandra Lauderdale. *Proteção e obediência: criadas e patrões no Rio de Janeiro (1860-1910)*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

KOUTSOUKOS, Sandra Sofia Machado. "No estúdio do fotógrafo: representação e auto-representação de negros livres, forros e escravos no Brasil da segunda metade do século XIX". Tese de Doutorado em Multimeios – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MACHADO, Maria Helena P. T. "Entre dois Beneditos: histórias de amas de leite no ocaso da escravidão". In XAVIER, G.; FARIAS, J. B. de; GOMES, F. (orgs.). *Mulheres negras no Brasil escravista e do pós-emancipação*. São Paulo: Summus/Selo Negro, 2012, v. 1.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARCILIO, M. L. "A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil 1726-1950". In FREITAS, Marcos Cezar de (org.) *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez Ed. USF-IFAN, 2001.

MATOS, Maria Izilda. *Cotidiano e cultura: história, cidade e trabalho*. Bauru, SP: Edusc, 2002.

MATTOS, Ilmar R. de. *O tempo saquarema. A formação do Estado Imperial*. São Paulo: Hucitec, 1990.

MERISSE, A. *Lugares da infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato*. Assis: Arte&Ciência, 1997.

MILWARD, Cornélio Emílio das Neves. "Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação às condições em que elle se acha no Rio de Janeiro". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1874.

MORSE, Richard. *Formação histórica de São Paulo* (de comunidade à metrópole). São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

MOURA, Francisco José Coelho de. "Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e particularmente do mercenário em relação as condições em que elle se acha no Rio de Janeiro". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1874.

NEVES, Juvenal Martiniano das. "Do aleitamento natural, artificial e misto e particularmente do mercenário em relação às condições em que elle se acha no Rio de Janeiro". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1873.

NOVAES, M.D. "A puericultura em questão". Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

OLIVEIRA, Maria L. F. *Entre a casa e o armazém: relações sociais e experiência da urbanização, São Paulo, 1850-1900*. São Paulo: Alameda, 2005.

RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

REIS, Celso Eugenio dos. "Do aleitamento natural, artificial e misto em geral e em particular do mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro". Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro: Oliveira e Silva, 1882.

RIBAS, Emílio. "Relatório da Directoria do Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo, apresentado ao Sr. Secretario dos Negócios do Interior Dr. Gustavo de Oliveira Godoy, pelo Director Geral, Dr. Emilio Ribas. São Paulo: Typographia do Diário Oficial, 1907.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. "A cidade de São Paulo e a saúde pública (1554-1954)". In PORTA, Paula (org.). *História da Cidade de São Paulo*. A cidade no Império, 1823-1889. São Paulo: Paz e Terra, 2004, v. 2.

ROCHA, José Fernando Teles da; ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. "De criadeiras a fazedoras de anjos: as amas de leite e a criança desvalida sob o olhar da medicina".

In MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S.M.C (orgs.). *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, Casa de Soluções e Editora, 2011.

SILVA, João Baptista Monteiro da. "Da alimentação nas primeiras idades, estudo crítico sobre os diferentes métodos de aleitamento". Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1884.

SILVA, João Luiz Maximo da. *Cozinha modelo: o impacto do gás e da eletricidade da casa paulistana (1870-1930)*. São Paulo: Edusp, 2008.

SILVA, Maciel H. C. da. "Domésticas criadas entre textos e práticas sociais: Recife e Salvador (1870-1910)". Tese de Doutorado em História. UFBA. Salvador, 2011.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Retrato em branco e negro: jornais, escravos e cidadãos em São Paulo no final do século XIX*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. "Na arena de esculápio: Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo". São Paulo: Edunesp, 2007.

TELLES, Lorena F. da S. *Libertas entre Sobrados: mulheres negras e trabalho doméstico em São Paulo (1880-1920)*. São Paulo: Editora Alameda/Fapesp, 2013.

VIANNA, Murilo Mendes. "Do aleitamento natural, artificial e misto em geral, e particularmente o mercenário em relação às condições da cidade do Rio de Janeiro". Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 1869.

WALLACE-Sanders, Kimberly. *Mammy: a century of race, gender and Southern memory*. Ann Arbor: University of Michigan, 2008.

Lancetas e bisturis em movimento: cirurgia na Guerra do Paraguai (1864-1870)

Carlos Leonardo Bahiense da Silva

O soldado que falava demais

Com cabelos lisos projetados para trás, barba cheia e barriga levemente protuberante, Francisco Solano López tornou-se ditador paraguaio, em 1862, após o falecimento de Carlos Antônio López, seu pai, que governava o país desde 1844. Casado com a irlandesa Elisa Lynch, Solano López era extremamente vaidoso. Um ano depois de assumir o poder, encomendou joias na Europa para adornar seu corpo. Uma empresa francesa produziu uma condecoração polvilhada de brilhantes e um cinto luxuoso. Sua personalidade também era marcada pela ambição. Tanto que não escondia o desejo de construir o “Paraguai maior”. Tal projeto deveria ser concretizado por meio da anexação de territórios sul-americanos, inclusive, brasileiros¹.

Em 1864, o governo imperial promoveu uma intervenção militar no Uruguai, motivada, pelo menos, por dois pontos: 1º) transformar a região em uma área de influência através da ascensão dos Colorados ao poder, aliados do Brasil, e em guerra com o Partido Blanco (a importância do território oriental radicava-se no fato de haver muitos brasileiros envolvidos na pecuária aí existente e na contiguidade com o Rio Grande do Sul); 2º) antecipar-se ao projeto expansionista de López, que previa o controle do porto de Montevidéu, de modo a obter uma saída para o Atlântico, vital para que o Paraguai ampliasse suas relações comerciais com a Europa.

A intervenção do exército de Pedro II no território oriental (Campanha do Uruguai) desagradou sobremaneira o ditador, que a considerou

1 Nas últimas décadas do século XX, certo revisionismo (“Lopizmo”) enquadrou a figura de López em uma perspectiva heroizante e anti-imperialista, colocando-o como uma vítima da Guerra do Paraguai. No entanto, trata-se de uma farsa historiográfica, cf. DORATIOTO, 2002.

uma declaração de guerra. A retaliação não tardou a ocorrer (DORATIO-TO, 2002). López determinou a apreensão do navio brasileiro Marquês de Olinda, que ligava regularmente Montevideú a Cuiabá. Para tanto, usou o falso argumento de que a embarcação transportava armas. Além disso, estabeleceu a proibição da livre navegação na Bacia do Prata, isolando o Mato Grosso, cujo contato com o Rio de Janeiro se dava por meio dos rios platinos (ainda não existia uma linha férrea integrando as regiões Sudeste e Centro-Oeste).

Solano López fez mais. Em dezembro de 1864, invadiu a província do Mato Grosso e, no começo do ano seguinte, deslocou suas tropas em direção à Corrientes, na Argentina. Aí se firmou a Tríplice Aliança, leia-se, acordo com fins militares, que unia Brasil, Uruguai e Argentina contra o Paraguai. Sua suspensão dar-se-ia apenas com o óbito ou captura do líder paraguaio. Cinco anos foram necessários para que López fosse lançado no estômago pelo cabo Francisco Lacerda, celebrado pelo apelido Chico Diabo (LILLIS & FANNING, 2009). A morte do ditador deixou um rastro de sangue, fome e destruição, que cobrou um alto tributo, especialmente, da população do Paraguai.

A Campanha do Uruguai foi precipitada pelas posições políticas de Bernardo Berro, integrante dos Blancos e presidente uruguaio eleito em 1860, que feriam os interesses do império (LILLIS & FANNING, 2009). Berro exigiu que os peões que adentrassem a região oriental mostrassem suas cartas de alforria às autoridades do Uruguai. Tencionava, com tal dispositivo legal, informá-los de que a escravidão era proibida no país. Assim, prejudicava os fazendeiros de gado que usavam cativos em suas estâncias uruguaiaias e sul-riograndenses. Ademais, impôs um tributo sobre as exportações de gado em pé para o Rio Grande do Sul. O imposto causava prejuízos aos estancieiros, uma vez que 75% das reses, a partir das quais era feito o charque – mantas de carne salgada –, provinham das fazendas orientais (do Rio Grande do Sul apenas 25%).

Nessas circunstâncias, os estancieiros gaúchos se dispuseram a apoiar Venâncio Flores, membro do Partido Colorado, no momento em que decidiu se insurgir contra o governo Berro (idem). Às vésperas da

insurgência, aproximadamente um quinto da população uruguaia era formada por brasileiros (estes, em 1860, somavam cerca de 40 mil indivíduos) (idem). Em um contexto em que o estado uruguaio carecia do monopólio da coação legítima, na perspectiva weberiana, estancieros com homens armados, a portar lanças e sabres, representavam uma ameaça ao Governo Blanco. Assim, em retaliação, perseguições aos brasileiros tiveram início.

Ferreira da Veiga, deputado conservador, usou o plenário para questionar João Pedro Dias, ministro dos negócios estrangeiros, acerca da situação dos nacionais no Uruguai. Disse que cadáveres dos súditos de Pedro II eram encontrados em estradas orientais (DORATIOTO, 2002). Os corpos sofriam ultraje (prendia-se o documento de nacionalidade na boca do defunto). Não eram incomuns episódios de açoites e espancamentos de brasileiros. Nesse quadro, os fazendeiros de gado passaram a pleitear a proteção do governo imperial. A iminência de uma intervenção do Brasil, as pressões dos estancieros e a simpatia da Argentina de Bartolomeu Mitre pelos Colorados, levaram o estado uruguaio a costurar uma aliança com Solano López (interessado, como foi sublinhado, no porto de Montevideú).

A ação militar foi executada por João Propício Mena Barreto, cujas forças permaneciam, em alerta, na fronteira com o Uruguai². Suas tropas foram apoiadas nas águas pelo almirante Joaquim Marques Lisboa Tamandaré. Em 1º de dezembro de 1864, a ofensiva foi levada a cabo. Para viabilizar o ataque, o exército nacional reuniu 18 mil homens de várias partes do território brasileiro (FRAGOSO, 1956). As tropas foram organizadas a partir do voluntariado e do recrutamento (não havia serviço militar obrigatório). Apesar do pouco treinamento, a Guarda Nacional dispunha de um contingente importante, sobretudo no Rio Grande do Sul.

2 O exército de João Propício Mena Barreto compunha-se de duas divisões de infantaria. Seus comandantes eram os brigadeiros Manoel Luiz Osório e José Luís Mena Barreto. As divisões eram formadas por duas brigadas de infantaria e quatro de cavalaria. As seis brigadas continham 3100 soldados. As tropas das Guardas Nacionais do Rio Grande Sul engrossaram as fileiras do exército de João Propício. Somavam 2750 soldados. A Brigada de Voluntários Sulriograndenses (sem o patrocínio do estado) recrutou aproximadamente 1300 homens (FRAGOSO, 1956).

As forças brasileiras contaram com o apoio do “*exército libertador*” (AZEVEDO, 1870), comandado por uruguaios alinhados ao Partido Colorado. Tal exército, em 6 de dezembro, participou dos confrontos em Paysandu, cidade para a qual as Tropas Blancas se deslocaram. É provável que essa movimentação tenha se dado em razão das vicissitudes de se defender Montevidéu, que, aliás, em pouco tempo foi cercada. Em Paysandu, os Blancos ergueram barricadas, de sorte a dificultar a ação dos inimigos. Em meio aos estrondos provocados por canhões e fuzis, os feridos se avolumavam. Os combates irregularmente adentraram o mês de janeiro de 1865, espalhando-se para outras cidades uruguaias (AZEVEDO, 1870).

Fisicamente robusto, pardo, com 40 anos, o soldado denominado A do exército libertador foi um dos feridos na Campanha do Uruguai (AZEVEDO, 1870). Seus colegas indicavam que ele falava demais. Para sua infelicidade foi atingido enquanto gritava a insultar o inimigo. O projétil entrou pela comissura labial esquerda e saiu pelo maxilar inferior, que foi fraturado em três pontos. As esquirolas, ou seja, pequenos fragmentos ósseos abundavam. O rosto rapidamente ficou disforme. Dr. Baldoino Athanazio do Nascimento, 2º cirurgião do corpo de saúde da Marinha, que atendia o paciente no hospital de sangue³ de Paysandu, pensou em aplicar sanguessugas na garganta do combatente. Contudo, uma hemorragia na boca impedia o uso de sangrias. O caráter indócil do doente também era um problema. Apesar das recomendações, ele não se calava.

Baldoino julgava que a hemorragia era um “recurso da natureza” para conter o processo inflamatório e aplacar os sintomas de asfixia decorrentes do inchaço da língua. O médico aplicou ao ferimento compressas embebidas em percloro de ferro. A mesma substância foi utilizada para a realização de bochechos. Um “aparelho contentivo” foi colocado

3 Existiram três tipos de hospitais durante o conflito: permanentes, temporários e ambulantes (estes também eram denominados “hospitais de sangue”). Os primeiros foram edificados no Rio de Janeiro e em províncias importantes, onde havia um número expressivo de contingentes. Eram mantidos em tempos de paz e de guerra. Os hospitais temporários ou provisórios eram aqueles estabelecidos em função de guerras, concentração de forças militares por ocasião de um evento extraordinário, ou epidemias. Por último, os hospitais de sangue, que acompanhavam o movimento das tropas (SILVA, 2012).

no soldado loquaz, de modo a unir o maxilar inferior à arcada dentária superior. Após oito dias, retirou-se o aparelho. No mesmo momento houve a extração de um fragmento de projétil e esquirolas do maxilar atingido. O combatente apresentou sinais de melhora. A partir de então, de acordo com Dr. Baldoino,

O ferido principiou a dar largo desabafo a sua loquacidade, saiu por vezes da enfermaria, expondo-se ao sol para procurar alimentos, não se contentando com os que lhe eram convenientemente subministrados, e até entregando-se algumas vezes a bebidas alcoólicas em excesso (AZEVEDO, 1870).

Com os dentes desnivelados e feridas em via de cicatrização, o recruta voltou a engrossar as fileiras do exército libertador. A partir do caso do combatente loquaz, inicia-se uma gama de reflexões sobre a cirurgia na Guerra do Paraguai, tendo por base, especialmente, militares negros e pardos.

Os combatentes diziam não: limites do processo de medicalização

O caso do soldado A é um dos muitos registrados por Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo, cirurgião e chefe do corpo de saúde da armada durante a Guerra da Tríplice Aliança, em sua obra *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas Campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869*. Trata-se de um livro fundamental para os interessados na medicina praticada durante a Guerra do Paraguai. O texto discorre sobre vários temas: condições dos navios; transporte de enfermos; hospitais da Marinha; ferimentos produzidos por baionetas e fuzis; doenças (varíola, cólera, tétano e outras). Mais do que isso. Tendo como referência a tradição anatomoclínica, o texto apresenta observações detalhadas sobre casos cirúrgicos. Carlos Frederico não escreveu integralmente o livro. Levantamentos de outros doutores – como Baldoino Athanazio – foram incorporados ao trabalho.

É difícil identificar, através do texto do Dr. Carlos Frederico, quantos pardos e negros foram atendidos nos hospitais da marinha no decorrer da guerra. Muitos casos não foram discriminados por cor. Os que foram obedecem a seguinte classificação: “índio”, “preto”, “branco”, “pardo” e “moreno”. Houve descrições clínicas que silenciaram em relação à cor, mas sublinharam a nacionalidade do combatente (“argentino”, “paraguaio”). A obra aponta os desafios e impeditivos da cirurgia de guerra no sentido mais amplo. Não há registros de que negros fossem mais suscetíveis aos quadros infecciosos comuns no pós-operatório. As epidemias de cólera, que aterrorizaram os homens que viveram o século XIX, tinham uma predileção pelos pretos. Historiadores, como Kenneth Kiple (1987), analisaram questões biológicas para compreenderem tal fenômeno. No concernente às intervenções cirúrgicas, ao contrário, óbitos e infecções não foram, aparentemente, associados à cor da pele ou “raça”.

Dr. Baldoino mostrou que, apesar dos ferimentos, o soldado A falava muito, ignorando as recomendações médicas (AZEVEDO, 1870). O combatente não adotou uma postura comedida após o tratamento. Ingeriu, inclusive, bebidas alcoólicas excessivamente. Nem sempre os pacientes respeitavam as determinações dos doutores. Donde se infere que o processo de medicalização tinha limites. Veja-se o exemplo do soldado B. Também integrante do exército libertador, era negro e tinha aproximadamente 28 anos. O combatente foi alvejado na articulação úmero-cubital, havendo perda de tecidos. Como a cápsula da articulação parecia não ter sido comprometida, ele recebeu um curativo simples. Deslocou-se para uma casa nas redondezas do Hospital Paysandu, se comprometendo a voltar no dia seguinte. Não apareceu. No entanto, seis dias depois, o soldado foi se consultar com Baldoino. O braço estava bastante inflamado. “Vermes” se encarregaram de destruir os tecidos moles. A articulação estava aberta, divisando-se os tendões. Para o Dr. Baldoino Athanazio a amputação era a única alternativa.

Com objetivo de combater os vermes, o médico aplicou os “meios convenientes” (sem detalhar quais). A inflamação diminuiu e o ferimento

foi lavado com licor de Labarraque. Além disso, foi coberto com panos embebidos em cozimento de ópio. Quando o médico sugeriu operá-lo, o soldado obstinou-se “em não consentir que se fizesse a amputação” (AZEVEDO, 1870). Baldoino, para se eximir de responsabilidade, informou a decisão do paciente aos seus companheiros e demais doutores. O combatente não perdeu o membro. Porém, seu braço tornou-se rígido. O caso do soldado B é emblemático. A partir dele, nota-se que a relação entre médicos e doentes era dinâmica e processual. Nem sempre os pacientes aceitavam as prescrições dos facultativos. Embora constituíssem a parte frágil da relação, os enfermos tinham certa autonomia em face aos doutores.

Na cirurgia militar os pacientes não necessariamente adotavam uma posição passiva. Exigiam anestesia ou recusavam-na; alguns solicitavam cigarros para aplacar a tensão; reportavam aos doutores enfermidades progressas⁴ etc. Evidentemente, tal atitude não se restringia aos negros e pardos. Eram ações que transcendiam a cor. No entanto, estes procuraram cada vez mais espaço ao se defrontarem com a medicalização. O soldado C era brasileiro e também pertencia ao exército libertador (AZEVEDO, 1870). Era pardo e tinha 28 anos. O praça foi atingido por um projétil na perna esquerda. A tibia foi esfacelada. Baldoino julgou tratar-se de um caso de amputação. O enfermo, todavia, recusou-se a se submeter à intervenção cirúrgica. Diante da resistência do soldado, o médico tentou colocá-lo inconsciente, por meio do uso do anestésico, de sorte a viabilizar a operação. Nas suas palavras:

...“procurei cloroformizá-lo com a intenção de amputá-lo, parecendo-me ser fácil, depois de fazê-lo, conformar-se com a perda de seu membro, [no entanto] ele não quis aceitar o clorofórmio sob pretexto algum” (AZEVEDO, 1870).

4 O primeiro tenente Antônio Carlos Mariz e Barros, de 24 anos, informou aos médicos, pouco antes de ser operado, que sofria de doenças cardiológicas. Donde os doutores decidiram realizar a intervenção cirúrgica sem o uso de clorofórmio, cf. SILVA, Carlos Leonardo Bahiense. *Op. cit.*

A recalcitrância do paciente deu-se, talvez, pela desconfiança em relação ao doutor. Fosse como fosse, Baldoino Athanazio executou – com autorização do doente e sem a utilização de anestesia – a extração dos fragmentos ósseos e, com serra de cadeia, a ressecção “do extremo superior do fragmento inferior” (AZEVEDO, 1870). O ferimento começou a cicatrizar e o combatente deixou o hospital, deslocando-se para Vila do Salto. Entretanto, o médico perguntava-se se o membro poderia ser movimentado com eficácia pelo recruta. Indagava-se ainda: “não seria melhor [se] tivesse sido amputado e [...] seu membro, quase mutilado, [substituído por] uma perna de pau?” (AZEVEDO, 1870).

Se a resistência ao processo cirúrgico não foi uma exclusividade de negros e pardos, registre-se que igualmente não se circunscreveu à Guerra do Paraguai. Richard Hussey Vivian, líder da cavalaria britânica na batalha de Toulouse, ao longo da Guerra Peninsular, teve o braço atingido por uma bala de mosquete. Aconselharam-lhe a amputação. Não concordou. Quis uma segunda opinião “de alguém mais experimentado” (HURT, 2008). O renomado cirurgião inglês George Guthrie optou por um tratamento mais conservador, desaconselhando, portanto, a intervenção cirúrgica. Hussey, por ocasião do seu casamento com sua segunda mulher, apresentou o médico britânico à amada: “Eis o senhor Guthrie a quem devemos este braço sobre o qual você está apoiada”.

Os usos da anestesia e assepsia

Em outubro de 1846, pela primeira vez, um paciente anestesiado foi submetido a uma intervenção cirúrgica (SANTOS FILHO, 1991). Tal acontecimento histórico ocorreu no hospital de Boston, nos Estados Unidos. O anestésico usado não era o clorofórmio e sim o éter sulfúrico. Roberto Jorge Haddock Lobo, no ano seguinte, perpetrou anestesia por éter sulfúrico no Hospital Militar do Rio de Janeiro. Era a primeira vez que isso ocorria no Brasil (idem). O perigo subjacente ao uso do éter impediu sua disseminação em terras brasileiras e europeias. Assim, acabou sendo substituído pelo clorofórmio. O escocês James Young Simpson teve atuação destacada nesse processo (HOLLINGHAM, 2001). Simpson era

professor de obstetrícia na Universidade de Edimburgo. Aos 16 anos, participou, na condição de aluno do médico britânico Robert Liston, de sua primeira cirurgia. Na época era apenas assistente. Formou-se em medicina dois anos depois.

Após testar várias substâncias, bebendo-as e cheirando-as, chegou ao clorofórmio, constituído de álcool e cal clorada. Seguiu as pistas de um químico de Liverpool. O componente era usado no tratamento da asma e também como estimulante. Simpson fez diversas experiências consigo mesmo e uma noite distribuiu, depois do jantar, clorofórmio aos convidados. Os presentes, após risadas e conversas, deitaram no chão ou sentaram-se em cadeiras e entraram em sono profundo. O doutor escocês não teve dúvidas de que o líquido incolor era mais eficaz do que o éter. Ele aplicou-o, em 1847, em Jane Carstairs, que experimentava as etapas finais do trabalho de parto. A mulher gritava desesperadamente após cada contração. Sofreria mais dores no momento em que o médico introduzisse o fórceps para retirar o bebê pela cabeça. Porém, não teve que passar por mais esse padecimento. Depois de vaporizar algumas gotas do clorofórmio em lenço e cobrir a boca e o nariz de Carstairs, a parturiente dormiu de forma profunda. A operação foi um sucesso (HOLLINGHAM, 2001).

O método espalhou-se com rapidez. Em 1848, Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, chefe do corpo de saúde do exército durante a Guerra da Tríplice Aliança, já cloroformizara um jovem de 15 anos na Santa Casa da Misericórdia, no Rio de Janeiro (SANTOS FILHO, 1991). O rapaz sofreu uma amputação da coxa esquerda por causa de um “tumor branco”⁵. Embora fosse mobilizado por doutores civis, no meio militar, antes da Guerra da Crimeia, seu uso era episódico ou simplesmente ignorado. Apenas médicos militares dissidentes usavam o líquido incolor. George Guthrie menciona-o, na quinta edição de seu *Commentaries on surgery*, apenas de maneira superficial. Na sexta edição, contudo, apresentou uma discussão detalhada (KAUFMAN, 2001). A despeito de haver resistências

5 Meton de França Alencar, ex-primeiro cirurgião do corpo de saúde do Exército, definiu o tumor assim: “chama-se ‘tumor branco’ a coleção de muitas moléstias articulares, que diferem muito por sua natureza, mas que oferecem todas dois sintomas pouco mais ou menos constantes (aumento do volume da parte e cor branca da pele)”, cf. ALENCAR, 1870.

ao seu uso, durante a Guerra da Crimeia muitos combatentes foram cloroformizados antes de terem seus corpos fendidos por lancetas, serras e bisturis (*idem*). O mesmo ocorreu na Guerra Civil Americana⁶ e na Guerra do Paraguai.

Dr. Philippe Basílio Cardoso Pires, médico, farmacêutico, tenente honorário do corpo de saúde do Exército e veterano da Guerra do Paraguai, escreveu: “como agente anestésico é o clorofórmio o mais poderoso e seguro sobre todos os outros” (PIRES, 1876). Alguns facultativos reconheciam que, apesar da eficácia da substância, sua aplicação desmedida concorria para o óbito do paciente. Na Guerra da Tríplice Aliança, houve casos, como foi mencionado, em que o ferido foi operado sem clorofórmio. Uma das razões para que isso ocorresse radicava-se no fato do líquido incolor não fazer efeito sobre o paciente. Foi o que aconteceu com um sargento negro, de 35 anos, integrante do Exército Libertador, durante a Campanha do Uruguai (AZEVEDO, 1970). O sargento foi alvejado na perna direita por bala de artilharia. O fragmento do membro unia-se ao resto dele por uma diminuta porção de tecidos de sua parte posterior.

Levado para o Hospital de Paysandu, logo após o ferimento, o combatente foi amputado sem o auxílio do clorofórmio, “por ter sido esse meio tentado por muito tempo sem resultado” (*idem*). A cirurgia foi rápida. O paciente “suportou-a, fumando um cigarro com inimitável coragem” (*idem*). No entanto, catorze dias após a intervenção operatória, morreu vitimado pelo tétano. Dr. Baldoino, que tratou do sargento, julgou que ele tinha uma predisposição a contrair tal doença. Recorreu à medicina neo-hipocrática ou pré-laboratorial para a compreensão do aparecimento da patologia no corpo do militar negro. Esta perspectiva médica, preponderante no decorrer da Guerra da Tríplice Aliança, reconhecia que as doenças resultavam de causas excitantes e predisponentes (SILVA, 2012). Registre-se que, em nenhum momento, Baldoino associou a predisposição ao tétano à “raça” a qual pertencia o sargento.

Dr. José Caetano da Costa, membro do corpo de saúde da Marinha, perguntou-se as razões que levavam o clorofórmio, de quando em vez,

6 Na Guerra de Secessão o clorofórmio foi usado em larga escala, cf. BOLLET, 2009.

falhar (AZEVEDO, 1870). José Caetano apontou três variáveis possíveis: 1ª) má qualidade da substância; 2ª) falibilidade do próprio processo de aplicação do clorofórmio; 3ª) o estado nervoso do indivíduo. Tematizando a última delas, o médico acreditava que o equilíbrio emocional era de extrema importância para a eficiência da substância anestésica.

Da anestesia à assepsia.

A construção da assepsia moderna relaciona-se, de maneira umbilical, à biografia de Joseph Lister (HOLLINGHAM, 2011). Em 1865, Lister tinha 37 anos e era professor de cirurgia de Glasgow. O médico expunha um profundo incômodo com o fato das pessoas entrarem no hospital com uma fratura exposta e, apesar dos progressos no campo cirúrgico, morrerem, amiúde, de gangrena ou envenenamento do sangue. Para evitar o óbito, o doutor era obrigado a realizar a amputação (o que nem sempre era possível). Graças à descoberta da anestesia, os médicos podiam ficar mais tempo na mesa de operações. Entrementes, não conseguiam conter o avanço da gangrena.

Além de cirurgião, Lister era cientista. O interesse pela pesquisa científica herdou do pai, um conhecido microscopista. Suas investigações levaram-no à seguinte problemática: por que em uma fratura simples (osso quebrado sob a pele) a cura era possível e em uma fratura composta (osso quebrado e exposto a partir da perfuração da pele) ocorria um processo infeccioso que matava o paciente? As pistas para resposta a tal pergunta começaram a ser dadas por Ignaz Semmelweis (WOOTTON, 2009; THORWALD, 2005; ELLIZ, 2009). Médico húngaro, Semmelweis acompanhou, em 1847, o estrago provocado pela febre puerperal em uma clínica da ala de maternidade no Hospital Geral de Viena. Em janeiro do ano anterior, 336 partos foram realizados aí (HOLLINGHAM, 2011). Porém, em 45 deles, a mulheres morreram. No mês seguinte, houve 293 partos e 53 mortes.

Existiam, em realidade, duas clínicas na instituição hospitalar. A primeira era chefiada pelos médicos (muitos ainda acadêmicos) e a segunda pelas parteiras. A clínica sob responsabilidade das parteiras, que

se caracterizava pela ausência de treinamento científico rigoroso, apresentava menos falecimentos. Em 1847, os médicos perderam 459 mulheres. As parteiras tiveram 105 óbitos (HOLLINGHAM, 2011). A diferença tornou-se conhecida em Viena. Assim, as parturientes se esforçavam para serem atendidas pelas parteiras. Uma comissão foi instaurada para verificar as razões de tantos óbitos. As conclusões foram variadas. Os acadêmicos foram acusados de serem agressivos; falou-se na existência de um miasma em Viena; até mesmo as próprias parturientes foram culpabilizadas por levarem um estilo de vida caracterizado supostamente pela decadência moral (sublinhe-se que elas provinham dos setores mais pobres da sociedade; as mais ricas davam à luz em casa e apenas 1% falecia) (idem).

O mistério da febre puerperal começou a ser resolvido a partir de uma tragédia: a morte do professor Jakob Kolletschka. O professor realizava autópsias com recorrência. Em uma delas, um aluno inábil cortou-lhe o dedo. Kolletschka não se importou. “Poucas horas depois, apareceu uma vermelhidão ao redor do orifício, mas nada com que se preocupar. Acontece que aquilo começou a se espalhar pelo braço dele, que começou a ficar febril. Úlceras se desenvolveram em seu corpo. Logo, ele estava coberto de múltiplos abscessos e seu abdome inchou. O exame *post-mortem* concluiu que seus órgãos estavam infeccionados e que ele teve pneumonia e meningite” (ibidem). Ao analisar o boletim referente à autópsia do professor, Semmelweis notou que os sintomas que levaram ao seu falecimento eram iguais aos das mulheres grávidas. Solucionou o problema: as mortes de Kolletschka e das parturientes guardavam relação com as partículas dos cadáveres. Os doutores faziam autópsias e, ato contínuo, realizavam exames vaginais no Hospital Geral de Viena. Chegavam a lavar as mãos, mas de forma muito precária (o que não os livrava das bactérias). Semmelweis associava, porém, os falecimentos da clínica dos médicos à matéria morta (e não algo presente nela).

Diferente de Semmelweis, Lister convenceu-se, a partir das pesquisas de Louis Pasteur, de que seus pacientes tinham suas vidas ceifadas por germes. Para eliminá-los, Lister procurou esterilizar as feridas deles

com várias substâncias químicas. Obteve um sucesso diminuto. Foi com o uso do ácido carbólico, mais conhecido como fenol (elaborado com piche ou alcatrão de carvão), que o cientista alcançou seu objetivo. Em 12 de agosto de 1865, James Greenlees, com 11 anos, teve sua tibia quebrada em duas partes por uma carroça (ELLIS, 2009). Em circunstâncias normais, afora amputação, pouco poderia ser feito. Contudo, o cirurgião de Glasgow aplicou fenol no ferimento do garoto. Quatro dias depois, extraiu as talas e tiras umedecidas com ácido carbólico. Surpreendentemente, a ferida estava limpa. Refez o processo com tiras embebidas em água. Em seis semanas, Greenlees estava completamente curado. Em 16 de março de 1867, os resultados iniciais de sua pesquisa foram publicados na revista *Lancet* (HOLLINGHAM, 2011).

Infere-se, então, que, durante a Guerra do Paraguai, a assepsia moderna ainda dava os seus primeiros passos. Quais as terapias aplicadas pelos doutores, ao longo do conflito, nos casos de gangrena e tétano? Os tratamentos eram multifacetados e o ácido fênico utilizado muito irregularmente. O Dr. Joaquim Monteiro Caminhoá era o primeiro cirurgião do corpo de saúde da Marinha à época da Guerra da Tríplice Aliança. Joaquim Monteiro identificou a presença do tétano em soldados que participaram da batalha de Jataí e tratou – sem mencionar a cor da pele – os combatentes vitimados pela doença. Em um deles, empregou o álcool até embriagar o paciente, que ficou em sono profundo. Após despertar, o médico aplicou-lhe um “clister de fumo” (AZEVEDO, 1870). Repetiu o tratamento e o doente recuperou-se.

Embora a literatura desaconselhasse o uso do clorofórmio para a cura do tétano, o doutor fez experimentações com o líquido incolor, que concorreram para a morte de pelo menos um paciente (*idem*). Justificando-se, Joaquim Monteiro julgou correto recorrer a terapias exóticas visto que não conseguia, na maioria das vezes, curar seus enfermos. Além disso, se não curasse através do clorofórmio, ao menos, aliviava as “dores atrozes” dos sofrendores. O médico também usou o tradicional método das sangrias nas vítimas de infecção tetânica (*idem*). Em uma delas, aplicou 25 ventosas em sua coluna vertebral não obtendo, entretanto, sucesso.

Nesses casos, empregou ainda antiflogísticos, sudoríficos, beladona, noz vômica e estriquinina (os três últimos por indicação de homeopatas).

Se muitos combatentes ampliavam as estatísticas de mortalidade por tétano, o coronel Frederico Augusto de Mesquita não entraria para esta lista (a documentação também não identifica sua cor). O coronel foi ferido, em 16 de julho de 1868, por bala de fuzil⁷. O projétil entrou na coxa direita e saiu pouco abaixo da virilha. Foi operado por Joaquim Mariano de Macedo Soares, segundo cirurgião do Exército. O médico encarregou-se de extrair pedaços de pano da ferida. Vinte dias após o ferimento, o tétano apresentou seus primeiros sinais. Joaquim Mariano empregou medicação opícea, chegando o paciente a tomar sete grãos de sulfato de morfina durante 24 horas. A medicação, no entanto, não foi tolerada. O doutor, então, determinou que o coronel ingerisse tintura de ópio também por 24 horas. Vinte e um dias após o aparecimento do tétano, ele extraiu um disco de pano de calça, que media uma polegada de diâmetro. As melhoras, que já tinham se manifestado, progrediram rapidamente e o enfermo curou-se.

Depreende-se, a partir da atuação dos doutores Joaquim Mariano e Joaquim Monteiro, que os médicos testavam tratamentos e remédios nos combatentes infectados pelo tétano. Prescindível dizer que esse *modus operandi* não se limitou a tal enfermidade.

Amputações primitivas ou secundárias?

Desde o século XVII, os médicos analisavam a maneira pela qual a amputação deveria ser feita. A questão ganhou um novo fôlego no decorrer das Guerras Napoleônicas. Alguns julgavam que a intervenção cirúrgica deveria ser praticada imediatamente (amputação primitiva). Em contraposição, havia os que defendiam a postergação da cirurgia sob o argumento de que o ferido teria mais chances de cura (amputação secundária). A Guerra do Paraguai ensejou discussões acaloradas cuja base era esse questionamento. Tais debates podem ser recuperados

7 "Ordem do dia nº 665 – nomeações" In *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra* (de nº 659 a 705). Rio de Janeiro: Typographia Americana, 1869.

por meio da análise das teses médicas de doutores que participaram da conflagração (muitos ainda eram acadêmicos à época do conflito). Relatórios, periódicos, anais e outras fontes documentais também des-cortinam esta tematização.

Dr. Manoel Pinto Ferreira era o primeiro cirurgião do corpo de saúde do Exército. Participou da Guerra da Tríplice Aliança e, a partir dos trabalhos de Dominique Larrey⁸ e George Guthrie, defendeu a amputação primitiva. Baseado em Guthrie, Manoel Pinto (1870) afirmou que o número de pacientes mortos em amputações consecutivas era três vezes maior do que nas primárias. Antônio Caetano de Almeida (1872), segundo cirurgião do serviço de saúde do Exército, esposava as ideias do Dr. Manoel Pinto. Antônio Caetano considerava o debate sobre as amputações um “assunto litigioso”, talvez, insolúvel. Porém, asseverou que nenhum cirurgião deveria duvidar de que um enfermo com uma “ferida bem acondicionada e regular”, procedente de uma operação bem executada, tinha melhores condições de se recuperar do que aquele que permanecia dias com um ferimento intocado.

O Dr. Carlos Frederico, em sua obra magistral, defendeu as operações secundárias (AZEVEDO, 1870). O chefe do serviço de saúde da Marinha estava certo de que as amputações realizadas imediatamente, sem a cessação da depressão nervosa ou colapso emocional, representavam um erro. Sua convicção radicava-se em dois pontos: a) as amputações primitivas expunham resultados negativos e provocavam, frequentemente, óbitos; b) tais amputações dificultavam a cicatrização do ferimento. Para o cirurgião-mor da esquadra e seus seguidores, as amputações primárias deviam ser rejeitadas. Uma intervenção cirúrgica só devia ser levada a cabo quando os “fenômenos primitivos” tivessem desaparecido.

Mostrou-se, linhas acima, o Dr. Baldoino Athanzio tecendo considerações sobre a operação de um sargento negro. Baldoino empregou a amputação primária. A morte do suboficial fez com que desconfiasse

8 Dominique Jean Larry – ou barão de Larry – foi o principal cirurgião de Napoleão Bonaparte. Exerceu grande influência sobre os médicos militares brasileiros do século XIX. Para mais informações sobre sua trajetória, cf. RICHARDSON, 2000 (1974).

“um pouco” das amputações imediatas. Tal desconfiança transformou-se em crença pela observação de muitas cirurgias mal sucedidas no exército. Como Carlos Frederico, o segundo cirurgião da Armada tornou-se partidário das amputações consecutivas (AZEVEDO, 1870).

Guerra do Paraguai: fenômeno *laboratorial*

Roger Cooter, em importante artigo (COOTER, 1999), fez a seguinte provocação: a guerra produz avanços médicos? Cooter lembrou que, após a Primeira Guerra Mundial, a psiquiatria progrediu em larga escala em razão dos vários casos de ruptura emocional (*shellshock*) entre os combatentes (SILVA, 2008). O exemplo da psiquiatria, na avaliação do autor, não pode se metamorfosear em regra. Nem todas as conflagrações produzem avanços médicos e, quando estes existem, não ocorrem de maneira uniforme nos variados campos da medicina.

As experiências da Guerra do Paraguai em relação à cirurgia, provavelmente, produziram progressos. Os médicos e acadêmicos, em razão do uso generalizado do clorofórmio, tiveram condições de analisar os efeitos do líquido incolor sobre o corpo humano. Estudaram atenciosamente doenças como gangrena e tétano. Testaram novas terapias; embora ainda recorressem a tratamentos tradicionais (sangrias, clisteres, sinapismos). Foram obrigados a aprender e/ou aprimorar métodos operatórios. Aqui a criatividade e o dinamismo de alguns cirurgiões foram relevantes em virtude da necessidade de contemplar um alto número de feridos após as batalhas. Um processo complexo que envolvia atendimento preliminar, remoção, hospitalização e cirurgia. A desordem emocional provocada pela Guerra da Tríplice Aliança antecipou questões caras à psiquiatria militar do século XX. Imagine-se, por exemplo, a fragilidade psicológica dos combatentes em face à mutilação e a autoimagem do veterano a partir do corpo defeituoso.

Muitos ex-combatentes perderam partes de seus corpos e pedaços de suas carnes. Tornaram-se “olvidados de guerra”, nas palavras de um historiador (RODRIGUES, 2009); pessoas que traziam n’alma ressentimentos e angústias que uma medalha no peito não aplacava. Como dizia

Roque Pereira, veterano maculado pela invalidez, a perambular, morto-vivo, pelas ruas de Salvador:

De que serve este Hábito de Cristo que vê-me [sic] pender no peito, se o governo de minha pátria me deixa morrer de fome, a mim que me mutilei no serviço dela? Vê esta perna? É uma parte inútil do corpo; só ela recebeu duas balas (RODRIGUES, 2009).

É provável que a Guerra do Paraguai tenha se transformado em um *laboratório* cujas experimentações contribuíram para modernização da cirurgia e de outros setores da disciplina médica.

Palavras finais

Nos anos de 1990, Ricardo Salles (1990) e Jorge Prata (1996) inovaram a historiografia da Guerra do Paraguai ao destacarem a presença dos negros no conflito. Salles sugeriu que menos de 10% das tropas brasileiras eram formadas por escravos (muitos proviam das zonas rurais em que havia um menor controle sobre os maus-tratos perpetrados pelos senhores) (SALLES, 1990). Contudo, é certo que os batalhões que integravam as forças nacionais eram compostos por amplas parcelas de negros livres e mulatos. Sublinhe-se que, no século XIX, de todos os países escravocratas da América Latina e do Caribe, o Brasil era o de maior população negra livre (idem). No século oitocentista, em terras brasileiras, os pretos não escravizados já eram numericamente mais expressivos do que os submetidos à escravidão (ibidem).

De qualquer maneira, ainda restam lacunas. Por exemplo, quantos negros existiam no exército libertador por ocasião da Campanha do Uruguai? Como eram recrutados? Qual a participação dos estancieros uruguaios e brasileiros na disponibilização desses homens? A pesquisa de Victor Izecksohn (2004) esclareceu aspectos do recrutamento para o Exército do Brasil, na época da conflagração. Porém, no que diz respeito à conscrição de negros, a estrada da historiografia não foi completamente pavimentada.

Luiz de Castro Souza (1971) foi um dos pioneiros nos estudos sobre medicina na Guerra do Paraguai. Suas reflexões estimularam novas pesquisas, que possibilitaram avanços. Os trabalhos de Ricardo Salles (2003), Marcelo Augusto Moraes Gomes (2006) e o de minha lavra (2012) revelam tal progresso. Todavia, existem apenas ruídos historiográficos em relação às intervenções cirúrgicas sofridas pelos indivíduos negros que participaram do conflito. Longe de ser conclusivo, esse capítulo oferece indícios de que há um subcampo praticamente inexplorado da medicina na Guerra da Tríplice Aliança, que aguarda uma análise mais detida. Afora isso, o capítulo ilumina pontos importantes da cirurgia durante a conflagração: a resistência dos combatentes negros e pardos (ainda que não fosse uma exclusividade deles) ao processo de medicalização; o uso da anestesia; os limites da assepsia (visto que o pensamento listeriano só influenciaria os médicos brasileiros após a Guerra do Paraguai); o debate acerca das amputações primitivas e secundárias. Tais pontos são tão ricos que, através da mobilização da documentação correspondente, podem servir de esteio para trabalhos acadêmicos inéditos. Fica a dica.

Referências bibliográficas

ALENCAR, Meton da França. *These*. Rio de Janeiro: Typographia do Apóstolo, 1870.

ALMEIDA, Antônio Caetano de. *These*. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1872.

AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas Campanhas do Uruguai e do Paraguai entre 1864 e 1869*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1870.

BANDEIRA, Moniz. *O expansionismo brasileiro e a formação dos estados na Bacia do Prata: Argentina, Uruguai e Paraguai, da colonização à Guerra da Tríplice Aliança*. Rio de Janeiro: Revan/UNB, 1998.

BOLLET, Alfred Jay. "Amputations in the Civil War" In SCHMIDT, James M. & HASEGAWA, Guy R. (eds.). *Years of change and suffering: modern perspectives on Civil War medicine*. Minnesota: Edinborough, 2009.

COOTER, Roger. "War and modern medicine". In BYNUM, W. F. & PORTER, Roy. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. New York: Routledge, 1999.

DORATIOTO, Francisco Fernando Monteoliva. *Maldita guerra: nova história da Guerra do Paraguai*. São Paulo: Cia. das Letras, 2002.

ELLIS, Harold. *Operations that made history*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

ELLIS, Harold. *The Cambridge illustrated history of surgery*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

FERREIRA, Manoel Pinto. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Perseverança, 1870.

GOMES, Marcelo Augusto Moraes. "A espuma das províncias: um estudo sobre os Inválidos da Pátria e o Asilo dos Inválidos da Pátria na Corte (1861-1930)". São Paulo: Tese de Doutorado, USP, 2006, três volumes.

HOLLINGHAM, Richard. *Sangue e entranhas: a assustadora história da cirurgia*. São Paulo: Geração Editorial, 2011.

HURT, Raymond. *George Guthrie: soldier and pioneer surgeon*. London: Royal Society of Medicine Press, 2008.

IZECKSOHN, Vitor. "Recrutamento militar no Rio de Janeiro durante a Guerra do Paraguai" In CASTRO, Celso; IZECKSOHN, Vitor; KRAAY, Hendrik (org.). *Nova história militar brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

KAUFMAN, Matthew H. *Surgeons at war: medical arrangements for the treatment of the sick and wounded in the British army during the late 18th and 19th centuries*. Connecticut/London: Greenwood Press, 2001.

KIPLE, Kenneth F. & KING, Virginia Himmelsteib. *Another dimension to the black diaspora: diet, disease and racism*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

KIPLE, Kenneth F. *The Caribbean slave: a biological history*. Cambridge: University Cambridge Press, 1987.

LILLIS, Michael & FANNING, Ronan. *Calúnia: Elisa Lynch e Guerra do Paraguai*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2009.

PIRES, Phillipe Basílio Cardoso. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Central Brown & Evaristo, 1876.

PRATA, Jorge. *Escravidão ou morte: os escravos brasileiros na Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

RICHARDSON, Robert. *Larrey: surgeon to Napoleon's Imperial Guard*. London: Quiller Press, 2000 (1974).

RODRIGUES, Marcelo Santos. "Guerra do Paraguai: os caminhos da memória entre a comemoração e o esquecimento". São Paulo: Tese de Doutorado, USP, 2009.

SALLES, Ricardo. *Guerra do Paraguai: escravidão e cidadania na formação do exército*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

SALLES, Ricardo. *Memórias e imagens*. Rio de Janeiro: Edições Biblioteca Nacional, 2003.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: EDUSP, 1991, v. 2.

SILVA, Carlos Leonardo Bahiense da. "Nas trincheiras da mente: neurastenia, shell-shock e Primeira Guerra Mundial" In *Boletim Tempo Presente* (UFRJ), v. 24, 2008:1-8.

SILVA, Carlos Leonardo Bahiense. *Doutores e canhões: o corpo de saúde do Exército brasileiro durante a Guerra do Paraguai (1864-1870)*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), 2012.

SOUZA, Luiz de Castro. *Medicina na Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: s/e, 1971.

TASSO FRAGOSO, Augusto. *História da guerra entre a Tríplice Aliança e o Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1956, v. 1.

THORWALD, Jurgen. *O século dos cirurgiões – conforme documentos de meu avô, o cirurgião E.H. Hartmann*. São Paulo: Hemus Editora, 2005.

WOOTTON, David. *Bad medicine: doctors doing harm since Hippocrates*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Sangrar, sarjar e aplicar sanguessugas: sangradores no Rio de Janeiro da primeira metade do oitocentos

Tânia Salgado Pimenta

DOENÇAS ESTÃO PRESENTES EM TODAS AS SOCIEDADES HUMANAS, embora sua classificação, interpretação e seu significado devam ser contextualizados. Do mesmo modo, a terapêutica, a busca pela manutenção e recuperação da saúde, o que inclui os tipos de terapeutas disponíveis em cada tempo e espaço. No Rio de Janeiro da primeira metade do oitocentos, as pessoas que trabalhavam com saúde e doença poderiam ter suas atividades enquadradas como médico, cirurgião, boticário (ou farmacêutico), que são até hoje reconhecidas, embora com as especificidades que foram se construindo ao longo da história. Mas, além desses ofícios, existiam oficialmente reconhecidos os de sangrador, de parteira e de curandeiro. Eram reconhecidos oficialmente, pois havia licença ou carta para que se pudessem exercer tais atividades. Essas cartas eram expedidas pela Fisicatura-mor, um órgão criado no contexto de instalação da Corte, com sede no Rio de Janeiro. O seu funcionamento era dividido entre os assuntos de responsabilidade do físico-mor e os a cargo do cirurgião-mor, remetendo ao entendimento do corpo humano, dividido entre questões relacionadas a doenças internas e tratamentos com medicamentos internos – envolvendo médicos, boticários e curandeiros, licenciados para curar de medicina – e questões relacionadas a doenças externas e tratamentos com medicamentos, remédios externos – envolvendo cirurgões, sangradores, parteiras.

O interessado em atuar em um desses ofícios deveria se dirigir ao físico-mor ou ao cirurgião-mor, dependendo do ofício, e mostrar com certidões, diplomas de faculdades ou atestados de mestres, ou mesmo abaixo-assinados de sua comunidade, que tinha capacidade e vinha exercendo tal ofício há determinado tempo. Assim, seria marcado um dia

para ser examinado e, sendo aprovado, receberia uma carta definitiva ou uma licença temporária para exercer suas atividades.

Essas cartas ou licenças se referiam às delimitações de cada ofício. Dessa forma, os médicos, que estariam no topo da hierarquia das práticas de curar, tratariam de doenças internas com medicamentos internos e, para receberem a carta, deveriam ter diploma de médico expedido por alguma faculdade no exterior. Os cirurgiões tratariam apenas de doenças externas com medicamentos externos e deveriam apresentar um diploma expedido pelas academias de Salvador e do Rio de Janeiro ou do exterior. Os boticários deveriam ter atestado de que trabalharam com mestre aprovado por determinado período e aviariam receitas prescritas por médicos ou cirurgiões e não poderiam diagnosticar nem receitar. Apesar dessas determinações, havia certa flexibilidade nessa regulamentação, pois cirurgiões e boticários poderiam requerer licença para 'curar de medicina', ou seja, tratar de doenças internas e prescrever remédios internos, demonstrando aprovação e demanda da comunidade em que viviam.

Quanto aos ofícios de parteira, curandeiro e sangrador, os limites de atuação eram mais rígidos e é bem evidente sua posição subalterna no quadro das práticas de cura. No caso das parteiras e dos sangradores, eles deveriam ter acompanhado e auxiliado, por determinado tempo, parteiras e sangradores mais experientes e oficializados, respectivamente. As parteiras deveriam se limitar a ajudar no parto, e os sangradores, a sangrar e aplicar ventosas e sanguessugas. No caso dos curandeiros, as licenças ressaltavam que deveriam se ater a tratar das doenças mais comuns locais e apenas com ervas da região.

No entanto, através da análise desses mesmos processos da Físicatura que explicitavam essas limitações, podemos afirmar que, na prática, as atividades eram mais plurais e complexas. Sangradores faziam mais do que sangrar, parteiras mais do que partejar, curandeiros mais do que tratar de doenças simples apenas com plantas locais. Além disso, através do levantamento quantitativo desses processos também podemos dizer que a menor parte dos terapeutas populares se oficializou, contrapondo com os discursos de autoridades, médicos e cirurgiões e viajantes sobre a existência de

sangradores, parteiras e curandeiros por todo o Brasil. Os motivos para o reduzido número de oficializações de terapeutas populares estavam relacionados à própria estrutura do órgão que não alcançava todas as regiões. Provavelmente, muitos não tinham conhecimento da existência da Fisicatura, enquanto outros não consideravam importante sua oficialização diante do reconhecimento da comunidade e da clientela já constituída.

Razões inversas podem ajudar a explicar porque alguns se oficializavam: porque viviam em regiões com maior presença dos funcionários da Fisicatura, porque precisavam da documentação da Fisicatura para trabalhar (como no caso de sangradores embarcados), porque consideravam que assim teriam um diferencial para apresentar a possível clientes, destacando-se da concorrência. Além disso, cada ofício apresentava sua especificidade, inclusive nas relações com outros ofícios mais valorizados. Assim, nos deteremos na análise da atuação dos sangradores.

Sangrar em uma sociedade escravista

Para entendermos a importância do sangrador, devemos lembrar que, durante quase todo o século XIX, as concepções médicas acadêmicas baseavam-se no paradigma hipocrático-galênico, segundo o qual o corpo humano era composto por humores, cujo equilíbrio em termos de quantidade e localização contribuía para a saúde individual (LEGIBRE, 1985).

Nesse sentido, um dos recursos mais utilizados nesse período era a sangria. Apesar disso, considerava-se a sangria um ramo da arte da cirurgia, que por sua vez, sendo uma atividade manual e que lidava diretamente com sangue, era desvalorizada em relação à medicina, uma “arte liberal”, que eximia o médico de tocar no doente, senão para verificar o pulso (BARRADAS, 1999). Desde a Idade Média, as pessoas que desempenhavam a sangria associavam-se em confrarias e pertenceriam a camadas sociais inferiores.

No Brasil do século XIX, essa hierarquia das artes de curar se mantinha. Assim, naquele contexto, não havia ninguém mais apropriado para desempenhar as atividades de “sarjar, sangrar e aplicar sanguessugas e ventosas” do que os escravos e os forros.

De fato, os dados obtidos a partir da documentação da Fisicatura-mor, órgão responsável pela regulamentação e fiscalização das artes de curar e atividades afins entre 1808 e 1828, confirmam esta afirmação acerca de quem exercia a arte da sangria, apesar de não sabermos o quão significativo é o número de sangradores oficializados em relação ao total que atuava no período.

Um ofício, de setembro de 1820, do próprio cirurgião-mor José Correia Picanço, endereçado aos vereadores do Senado da Câmara da Corte, apontava para a associação entre a sangria e os escravos ao argumentar que

“Pelo Regimento do cirurgião-mor do Reino não se acha acautelada a proibição de exame de escravos para que possam sangrar, sarjar, lançar ventosas e sanguessugas, e tirar dentes. Por isso admiti a exame ao preto Vicente, escravo de Anacleto José Coelho”.

Ademais, em geral, os homens livres se recusavam a exercer determinados ofícios e seria importante, defendia Picanço, “ocorrer à necessidade pública” em detrimento de “qualquer outra consideração, e, tanto mais porque as Artes, de que se trata, tem mais de mecânicas, do que de liberais”⁹.

Os argumentos do cirurgião-mor são bastante claros sobre os membros mais bem posicionados da sociedade relegarem as atividades de sangrador a escravos. Embora não possamos saber o quão significativo era o número de sangradores oficializados em relação ao total que atuava no período (1808-1828), a análise baseada nos processos da Fisicatura-mor a respeito da condição jurídica dos sangradores identificou que, entre os pedidos brasileiros, em 84% (que corresponde a 164 em 193 pedidos) dos casos tratava-se de forros ou escravos. Indivíduos livres podiam ser sangradores que, na maior parte das vezes, obtinham essa habilitação antes ou junto com a de cirurgões. No entanto, escravos e forros eram praticamente sempre sangradores, não podendo aspirar a um nível hierárquico mais alto dentro dos princípios estabelecidos pela

9 Códice 6-1-23, Documentos sobre a escravidão e mercadores de escravos (1777-1831), Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro (AGCRJ).

Fisicatura-mor. Entre os pedidos brasileiros que apresentavam a condição jurídica do suplicante, 61,7% (ou seja, 101) eram escravos e 38,3% (63), forros (PIMENTA, 1998). Entre os 173 sangradores com 'nacionalidade' definida, 61,3% (106 em 173) haviam nascido na África. Verificamos, assim, que os africanos ocupavam predominantemente este ofício. E, entre os nascidos no Brasil, a maior parte era de escravos e forros, portanto descendentes dos primeiros. A procedência dos africanos pode ser identificada em 101 processos que apontaram para uma ligeira predominância de oriundos do centro-oeste da África (52%), seguidos por pessoas vindas do oeste (46%) e do Leste (2%). Dos 46 sangradores provenientes do oeste africano, 34 eram da Bahia, constituindo quase todos os identificados nessa província (que foram 36). Dos 53 casos provenientes do centro-oeste africano, 47 se dirigiram ao Rio de Janeiro, constituindo mais de 80% dos identificados nessa província (que somaram 57). Assim, os dados acima estão de acordo com os resultados da pesquisa de Mary Karasch (1986), segundo os quais a maioria dos escravos do Rio de Janeiro eram importados do centro-oeste africano e correspondem às informações sobre as etnias mais encontradas na Bahia, que eram originárias do oeste africano (VERGER, 1987).

Desse modo, percebe-se que esses dados vão ao encontro dos relatos da época, como os de Walsh (1985) e Debret (1940:151), autor de gravuras clássicas sobre essas atividades. Negros e mulatos constituíam a maior parte dos sangradores (KARASCH, 1987:202). Segundo Debret, as lojas normalmente pertenciam a negros libertos (idem), que empregavam escravos, instruindo-os como aprendizes (CUNHA, 1985:32). O reverendo Walsh, que esteve no Brasil entre 1828 e 1829, reitera essa observação sobre as pessoas que praticavam a sangria e nos brinda com uma rara descrição dessa atividade:

“Para as dores reumáticas eles usam de maneira singular as ventosas, que geralmente são aplicadas por um negro. Um dia, ao passar pela rua detrás do Palácio, vi um médico negro aplicando esse tratamento em alguns pacientes sentados na escadaria de uma igreja. Ele amarra o braço

e o ombro de uma mulher que parecia sentir dores terríveis, e fazendo pequenas escarificações em vários pontos com um pedaço de lâmina de navalha, começou a bater levemente nesses locais com a parte plana da lâmina até que o sangue surgisse. Em seguida colocou pequenas ventosas feitas de chifres sobre elas e aplicando sua boca numa abertura situada na extremidade, habilmente extraiu o ar de seu interior e fechou a abertura com argila, deixando-a firmemente presa à pele. Fazendo a mesma coisa, ele fixou mais sete ventosas do cotovelo ao ombro, onde elas tinham uma aparência muito estranha. Quando foram removidas, o braço estava coberto de sangue e a mulher disse que sentia um grande alívio” (WALSH, 1985:177-178).

Essa situação, tão comum aos olhos dos contemporâneos, passou a ser criticada pela corporação médica, pois a sangria foi sendo considerada uma operação delicada e complexa demais para escravos e forros. Isso, no entanto, não aconteceu de uma hora para outra. A figura do sangrador estava longe de representar um consenso para os médicos.

Os sangradores continuavam atuando sob recomendação de médicos e cirurgiões em casas de doentes, no Hospital da Santa Casa, nas ruas e lojas de barbeiros. Apresentavam à Fiscatura, inclusive, atestados de médicos e cirurgiões de que haviam sangrado seus pacientes, indicando uma boa relação com tais sangradores. Em diversos atestados enviados com os pedidos para poderem sangrar, encontramos cirurgiões afirmando que tais suplicantes tinham sangrado vários de seus enfermos. Ignácio de Oliveira, por exemplo, exercitava a arte de sangrador havia muitos anos, até que, em julho de 1827, resolveu pedir licença, e para mostrar sua capacidade, esse preto mina apresentou um atestado do cirurgião Hercules Octaviano Muzzi, de que tinha aplicado bichas, ventosas e sangrado seus doentes¹⁰. Ainda naquele ano, o mesmo cirurgião passou um atestado parecido ao preto forro Joaquim de Souza Marrocos¹¹.

10 Arquivo Nacional (AN). Caixa 474, pc.3, Fiscatura-mor.

11 Arquivo Nacional (AN). Caixa 473, pc.3, Fiscatura-mor.

A elite médica, porém, começava a se posicionar de outro modo. Em 1832, a Sociedade de Medicina mandou um ofício ao ministro de Estado dos Negócios do Império, solicitando que interviesse junto às autoridades para fazer cumprir efetivamente as leis que existiam sobre os barbeiros, pois acontecia que a sangria era praticada

“por Escravos ainda boçais, por comissão de seus Senhores, dando assim lugar a inconvenientes bem desagradáveis, e mui tristes, que se tem feito reparáveis nestes últimos tempos, sem que por ora tenha havido exemplo algum de punição contra os infratores das Leis que existem”¹².

Os alunos da Academia Médica-Cirúrgica do Rio de Janeiro, transformada em Faculdade de Medicina em 1832, preencheriam perfeitamente esse lugar. Nesse sentido, os regimentos do Hospital da Misericórdia chamavam a atenção para este dever dos estudantes:

“É da obrigação de um e outros [um Pensionista interno e dois externos] cumprir pontualmente as ordens e instruções que receber do Professor em tudo o que disser respeito ao curativo dos doentes a seu cargo, entendendo-se nessa obrigação a de sangrarem”¹³.

A desqualificação dos barbeiros-sangradores também pode ser observada nas teses de conclusão de curso de medicina, em que não era raro encontrar adjetivos como “estúpidos africanos” e o destaque para a atividade complexa que seriam as sangrias, que poderiam ser “difíceis e perigosas”, foi sendo incorporada, aos poucos, pelos médicos em formação (COSTA, 1841).

Interessa considerar que nesse esforço da elite médica para excluir os sangradores do quadro oficial das artes de curar nem as pessoas – escravos, forros, africanos, na maioria – nem o que elas faziam – “sangrar,

12 Códice 50-1-4, Sangradores – requerimentos da SMRJ sobre barbeiros, AGCRJ.

13 Artigo 5º. Deliberações sobre a clínica cirúrgica, 22/12/1847; Portarias – Atos do provedor, 1824-1854; Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (ASCMRJ). Obrigação já existente no regimento de 1827 e reiterada no de 1852.

sarjar e aplicar sanguessugas” – mudaram. O que estava ocorrendo era uma progressiva organização da corporação médica e a luta desta categoria pelo monopólio das práticas de cura. As mesmas pessoas que sangravam antes de 1828, com ou sem autorização, continuaram a praticar sua arte nos anos seguintes. Passaram, no entanto, a despertar nos médicos desconfianças acerca de suas habilidades. Estes tentavam chamar a atenção das autoridades para o problema do exercício médico sem habilitação. A resposta era esporádica, pois havia outras questões que tomavam muito mais o tempo dos vereadores como os arruamentos, os muros das casas e as casas de bebidas¹⁴.

Importa atentar também para o fato de que a prática de sangrar fazia parte de concepções terapêuticas de várias tradições culturais. Segundo Karasch (1987:264-265), a técnica de sangrar com ventosas pode ser identificada entre os bacongós, no oeste do continente africano. Também podia ser observada entre algumas comunidades indígenas, que utilizavam rotineiramente a escarificação e a sangria (SANTOS FILHO, 1977:107). Para a medicina europeia, como já referimos, a sangria constituía um recurso terapêutico fundamental, baseada na concepção hipocrática e galênica de estrutura e funcionamento do corpo humano (LEGIBRE, 1985).

A questão era que escravos e forros, ao desempenharem a função de sangradores, a compreendiam dentro de outra concepção de doença e cura em que não havia essa separação de tarefas e de entendimento entre doenças internas e externas. Dessa forma, muitas vezes, esses sangradores não se atinham a somente sangrar e sarjar, conforme estabelecia a Fisicatura-mor, também diagnosticavam e prescreviam remédios.

Além disso, ocorria que sangrar era apenas uma das habilidades de quem costumava se dedicar a essa tarefa. Conforme notaram os viajantes estrangeiros, geralmente os sangradores, além de aplicarem sanguessugas e sangrarem, eram barbeiros e cortavam cabelo e barba. Também eram músicos, preparavam e vendiam casco de tartaruga para fazer pente e remendavam meias de seda (WALSH, 1985:200; EWBANK, 1973:189)¹⁵.

14 Códice 46-2-38, Médicos, cirurgiões, sangradores, saúde do porto, Fisicatura, AGCRJ.

15 Thomas Ewbank esteve no Rio de Janeiro entre 1845 e 1846.

A travessia Brasil-África

Conforme foi dito acima, a maioria dos sangradores oficializados eram escravos e forros. A oficialização poderia se dar por ‘carta’ (definitiva) ou por ‘licença’ (temporária). E entre os pedidos de licença para sangrador a maior parte tinha o objetivo de exercer tal ofício num navio negroiro.

Era comum que escravos, inclusive africanos, fossem alugados ou vendidos por seus proprietários para trabalharem como marinheiros, cozinheiros ou cirurgiões-barbeiros no tráfico atlântico de escravos, como notou Karasch. E esses sangradores negros constituíam a única assistência médica recebida pelos africanos (KARASCH, 1987: 40, 194, 203), tanto na travessia para o Brasil, quanto ao desembarcarem aqui.

Os pedidos de licença para viajar dos sangradores deixavam entrever que poderia ser um trabalho financeiramente interessante. Um mesmo proprietário requeria sucessivamente licenças para um escravo sangrador ou para vários. Em 1828, por exemplo, Joaquim Antônio Ferreira pediu licença para escravos seus exercerem o lugar de sangrador em embarcações suas com destino à África: Frederico, de nação Angola, viajaria no bergantim Carolina, em março; Paulo, de nação Cabinda, em novembro, no brigue escuna Susana; e Domingos iria no bergantim Estrela, em junho. Também pedia licença para que alguns sangradores, sem especificar se eram seus escravos, fossem ocupando esse lugar em outras embarcações suas, como Victorino Angola, (que era “bastante hábil na dita Arte tendo feito diversas viagens àqueles portos, onde tem adquirido conhecimentos e bom tratamento da escravatura”) e Manoel Congo.

Para justificar os pedidos de licença (ao invés de carta, que era mais caro e implicava em exame), os donos das embarcações e/ou dos escravos sangradores alegavam que era mais difícil encontrar um sangrador ou cirurgião aprovado para trabalhar embarcado. Também citavam a demora do processo de aprovação face à brevidade com que o navio sairia para a África e a falta de meios para o exame e a carta (que seriam conseguidos com a viagem). Entretanto, muitas vezes, as licenças eram concedidas seguidamente a um mesmo sangrador, indicando que as explicações seriam

apenas desculpas com o objetivo de desembolsar menos dinheiro com a oficialização¹⁶ ou de perder menos tempo com a burocracia.

Assim, há casos como o de Bernardo, escravo, que já havia feito diferentes viagens aos portos da África exercitando a arte de barbeiro e sangrador. Seu proprietário pediu licença para ele, tendo já acertado de colocá-lo como sangrador para ir na galera Novo Comerciante na primeira viagem que fosse a Moçambique. E mal havia posto os pés em terra, esse “hábil sangrador”, com muita prática em tratamento de escravos, recebeu outra licença, providenciada oito meses depois por seu senhor, para uma nova viagem. Isso indica ter sido este um duro regime de trabalho para o cativo, pois, apesar de por essa época o tempo das viagens ter se reduzido bastante¹⁷, ainda assim as condições eram precárias.

Como ilustram os exemplos acima, muitas vezes os escravos que trabalhavam em navios negreiros haviam sido eles próprios trazidos da África do mesmo modo como os africanos dos quais deveriam tratar. E, segundo Luccock (1975:392), não se ouvia falar que eles abandonassem seus navios em suas frequentes idas ao continente africano.

Não podemos saber se um sangrador africano licenciado pela Fisicatura-mor resolveu ficar por lá, antes da década de 1830, quando Manuela Carneiro da Cunha (1985) identifica o começo da volta de alguns forros para sua terra natal. Talvez alguns tenham feito isso. Mas o que há de fato são pedidos sucessivos de licenças para viajar à Costa do Leste para um mesmo sangrador, cuja história, limitada aos dados da Fisicatura-mor, pode ser traçada em linhas gerais como sendo um africano que veio num navio negreiro, provavelmente aprendeu sua arte aqui, voltou à África como sangrador para tratar da escravaria, e retornou ao Brasil.

16 Pagava-se menos por uma licença do que pelo exame e pela carta. Apesar de a primeira ser temporária, sempre havia oportunidade de os sangradores embarcarem sem licença ou carta, como parece ter feito a maioria.

17 Entre 1821 e 1843, as travessias entre Angola e Rio levavam entre 34 e 38 dias (RODRIGUES, 2005). Entre 1821 e 1825, gastava-se cerca de 70 dias na travessia do Rio à região de Moçambique; no período de 1826 a 1830, 58 dias. Além disso, ao chegar na África esperava-se um tempo para o carregamento dos navios, que entre 1828 e 1829, era, em média, de 156 dias na região congo-angolana, e de 114, na de Moçambique (FLORENTINO, 2002). A validade das licenças referentes a esses períodos variava entre oito meses e um ano e meio.

Entre os sangradores que viajavam para a África oficialmente autorizados, a maioria era constituída de escravos (40 dos 75), dentre os quais alguns tinham vindo da própria Costa de Leste (27). Mas havia forros que também se empregavam nesse trabalho (22), forros africanos, inclusive (13). Na maioria das vezes, o destino era genericamente apontado como Costa de Leste ou África, raramente especificando se iriam a Angola, Benguela, Cabinda, Moçambique ou Quilimane¹⁸.

Em 1809, por exemplo, Antônio Manoel da Assumpção, preto forro, natural de Angola, havia acertado com o capitão do “bergantim Esperança que segue viagem para Angola ocupando o lugar de sangrador, que aprendeu, e exercita há muitos anos”¹⁹. Também o liberto Manoel, de nação Cabinda, em 1827 pedia licença por um ano para viajar à Costa Leste, assim como Afonso, de nação Congo, em 1828.

Em meio a esses processos, identificamos alguns fragmentos da história desses homens que se acostumaram a fazer a travessia América-África. São informações que apontam para a construção de laços sociais como no caso de Joaquim da Silva Senna, um homem pardo, que fez exame para sangrador em dezembro de 1811 e viajou à África nesse mesmo ano exercendo o ofício.

Dez anos depois o nome de Joaquim aparece dando um atestado a Luís João Caldas, preto forro da cidade de Luanda, de que havia praticado com ele a ‘Arte de sangrador’. Luís recebeu uma licença para trabalhar no bergantim Ligeiro que seguiria para Cabinda, com escala por Benguela. Depois disso, pediu mais duas licenças para voltar à África como sangrador. A esta altura Joaquim já possuía uma loja na Corte e nela continuava a ensinar a outros discípulos como João Ribeiro da Silva (licenciado em maio de 1827), preto forro de nação Mina; Gaspar, preto de nação (dezembro de 1827), escravo de Antônio José de Castro; e Januário, preto de nação Angola (janeiro de 1828), escravo de Francisco José dos Santos. Todos apresentaram um atestado assinado por Joaquim como garantia de que estavam aptos a exercerem o ofício de sangrador, que

18 Arquivo Nacional (AN). Caixa 465, pc.1, Fisicatura-mor.

19 Arquivo Nacional (AN). Caixa 465, pc.1, Fisicatura-mor.

parece ter sido visto por parte dos escravos como um modo de melhorar suas vidas.

Outro ponto que merece ser destacado é que a sangria, além de ter sido um recurso utilizado com frequência nas medicinas acadêmica e popular europeia, também era empregada por várias tradições indígenas e africanas. Contudo, as concepções de doença e cura eram diferentes, justificando de maneiras diferentes a sangria. Portanto, a comunicação entre os africanos não acontecia apenas no nível linguístico²⁰. Especificamente em relação ao centro-sul do Brasil, onde os escravos africanos procediam majoritariamente do centro-oeste da África, podemos dizer que compartilhavam partes de seu complexo cultural como pressuposições básicas sobre o parentesco e visões cosmológicas. Entre elas, a ideia de que o desequilíbrio, o infortúnio e a doença seriam causados pela ação malévola de espíritos ou de pessoas, frequentemente através da bruxaria ou da feitiçaria (SLENES, 1991-92; THOMPSON, 1984:104). Ewbank (1973), por exemplo, relata a prática de sangria realizada pelos africanos como uma tentativa de sugar os espíritos malignos, no lugar dos humores em excesso da medicina oficial. Isso nos sugere o importante apoio que esses sangradores poderiam constituir para os africanos que vinham nos navios negreiros.

Além da sangria

Considerando essas questões, podemos inferir que não deve ter sido incomum que sangradores também indicassem remédios, o que seria prerrogativa dos médicos, baseados em ervas medicinais como fazia o preto forro Adão dos Santos Chagas, que trabalhou no hospital da Santa Casa como sangrador. Em 1815, Adão apresentou à Fisicatura um abaixo-assinado em que os moradores de Cachoeiras de Macacu pediam permissão para que ele pudesse “livremente sangrar nossas famílias e em algumas doenças leves ensinar nos alguns remédios e também tirar dentes”.

20 Especificamente na região Centro-Sul do Brasil a escravidão era caracterizada por ser africana e banto. Mesmo após 1810, quando se deu uma certa variação quanto às regiões de onde provinham os africanos falantes de línguas banto, ainda assim as semelhanças linguísticas permitiram a utilização de uma língua franca, conforme nos mostra Slenes (1991-92:48-67).

Observamos, então, que o forro Adão era um sangrador dentista, sabia algumas mezinhas e praticara na Santa Casa, mostrando que muitos sangradores também podem ter sido dentistas e, mais ainda, curandeiros, apesar da autorização concedida pela Fisicatura-mor limitar as suas atividades a sangrar, sarjar e aplicar ventosas e sanguessugas.

Principalmente em lugares mais afastados dos centros urbanos e em relação à população mais pobre, com frequência o sangrador fazia às vezes de um curador. Como afirma Karasch (1983:203), os sangradores eram muitas vezes o único recurso para os pobres e escravizados. Foi por esse caminho que o senhor de engenho João Pedro Braga pretendeu justificar o pedido de licença para seu escravo Bernardo, de nação Benguela, poder exercitar livremente o que havia aprendido das artes de sangrador e de dentista: seria em “benefício dos povos circunvizinhos e dos escravos de seu engenho” em Cabeceiras de Macacu. E, com efeito, Bernardo recebeu sua licença por um ano, em 1820²¹

Licenças semelhantes a de Bernardo eram concedidas (como para cirurgiões, boticários e quem curasse de medicina) nos casos em que o suplicante não era submetido a exame, apresentando apenas atestados de sua prática e/ou da necessidade de seus serviços. O fato de a pessoa oficializar as suas atividades prescindindo de exame demonstra que o controle não era tão rígido. Outro procedimento da Fisicatura-mor, visto anteriormente, que nos leva a concluir sobre a maleabilidade de suas normas, era o de que os suplicantes tinham que atestar possuírem prática para serem admitidos a exame. Assim, alguns consideravam que quanto mais experiência mostrassem ter, mais certo seria serem examinados. O preto forro Adão Nunes Vidigal deve ter pensado desse modo ao afirmar em sua petição que havia “praticado e exercitado a arte de sangria nesta Corte por espaço de quatorze anos”. Mesmo tendo admitido que atuou por vários anos como sangrador antes de buscar oficializar as suas atividades, ocorrida em 1811, parece não ter sido punido por isso²². Assim, esse tipo de justificativa para ser admitido a exame ou receber licença

21 Arquivo Nacional (AN). Caixa 465, pc.3, Fisicatura-mor.

22 Arquivo Nacional (AN). Caixa 480, pc.2, Fisicatura-mor

também pode ser interpretada como mais um indício de que muitos sangradores trabalhavam completamente alheios às exigências da Fisicatura-mor.

Redes de sangradores

Se por um lado, o caráter mecânico da arte de sangrar e a sua limitação a atos cirúrgicos menores ajudam a explicar o porquê de grupos mais abastados da sociedade relegarem o exercício de sangrador; havia, por outro lado, interesse de escravos e libertos, incluindo-se muitos africanos, por esse ofício. Esse grupo, provavelmente, via em tal atividade, pelo menos nos centros urbanos, uma oportunidade de acumular pecúlio, ou seja, enxergava o aumento da possibilidade de comprar a liberdade e de melhorar suas condições de vida. Esse conhecimento foi, então, transmitido entre as pessoas que constituíam essa camada social, e suas atividades foram reinterpretadas, segundo suas concepções de doença e cura. Os africanos e seus descendentes praticamente “monopolizaram” a arte de sangrar. A documentação da Fisicatura-mor não explica o porquê da sangria, nem do ponto de vista da medicina acadêmica e, muito menos, do ponto de vista de quem a praticava, sendo bem objetiva quanto à prática: tratava-se de sangrar, sarjar, aplicar bichas, ventosas e sanguessugas (PIMENTA, 2003).

Esse era o caso de Vicente, referido no ofício. Trazido de Angola, aqui acabou sendo escravo de Anacleto José Coelho, que era sangrador aprovado e ensinou a seu escravo as artes de “sangrar, sarjar, deitar ventosas, sanguessugas, e tirar dentes”, conforme o atestado de junho de 1820, apresentado à Fisicatura. Tendo isso em vista, Picanço admitiu o escravo a exame para sangrador e dentista em agosto, na Corte, durante o qual respondeu a perguntas práticas e teóricas, saindo aprovado e apto para receber a carta²³.

Contudo, em 1824, achando-se “forro e liberto” e considerando “indecoroso conservar uma Carta do tempo de escravo”, recorreu ao cirurgião-mor para que lhe passasse uma nova, ao que foi atendido em novembro

23 Caixa 1212 (cx. 480, pc.2), Fisicatura-mor, Arquivo Nacional (AN).

do mesmo ano. Para isso, Vicente apresentou a carta de liberdade que lhe foi dada, em junho de 1824, por Anacleto, na qual este dizia ser:

“senhor e possuidor de um Escravo de nome Vicente de Nação Africana que o comprou de menor idade em Valongo, ao qual Escravo pelos bons serviços que lhe tem prestado por cujo fim em remuneração dos mesmos bons serviços disse o outorgante que por este público Instrumento dá ao mencionado Escravo Vicente pura e irrevogável liberdade gratuitamente podendo ir para donde muito bem lhe parecer sem que pessoa alguma possa obstar (...)”²⁴.

Em certo momento de sua vida, Vicente, sendo dentista e sangrador aprovado, passou a ensinar a outros esse ofício. Assim, em 1827, era Vicente quem passava o atestado (apenas assinado por ele) de que o também liberto Manoel José Coelho, vindo de Cabinda (talvez um antigo companheiro de cativo, em função do mesmo sobrenome adotado), havia “praticado comigo a arte de sangria e tenho visto praticar com inteligência a dita arte aplicando ventosas e sanguessugas no espaço de mais de oito anos”, ou seja, enquanto ainda era escravo²⁵. E, em 1828, jurava aos santos evangelhos, “por ser verdade”, que via o liberto Afonso Manoel Garcia, de nação Congo, “praticar com inteligência” a arte de sangria, aplicar ventosas e sanguessugas²⁶.

Embora a Fiscatura-mor tenha sido extinta em 1828, alguns registros da Câmara Municipal nos fornecem pistas sobre a continuidade do trabalho de Vicente. Em 1834, ele constava na relação de quatro sangradores oficializados apresentada pelos fiscais municipais²⁷. Se considerarmos que na época da Fiscatura-mor, foram concedidas cerca de 125 autorizações para a província do Rio de Janeiro, constatamos que a relação da Câmara estava extremamente incompleta.

24 Caixa 1193 (cx. 467, pc.1), Fiscatura-mor, AN.

25 Caixa 1193 (cx. 467, pc.1), Fiscatura-mor, AN.

26 Caixa 1198 (cx. 470, pc.1), Fiscatura-mor, AN.

27 Códice 50-1-6, Sangradores, AGCRJ.

Em 1841, ao invés de esperar os terapeutas se registrarem, a Câmara pediu aos seus fiscais e aos juizes de paz que levantassem “moradias”, “nomes” e “profissões” destes em seus respectivos distritos ou freguesias. Foram identificados cinco, entre os quais continuava figurando Vicente José Coelho²⁸. Quatro anos depois, Vicente aparece nas folhas que anunciavam barbeiros do *Almanak Laemmert*, indicando o seu endereço: Largo da Prainha, n°7. Trabalhando como seu vizinho, no n° 24, Alexandre José Coelho, cujo sobrenome sugere alguma ligação com Vicente, também constava do *Almanak*.

Cartas de alforria, como a de Vicente, ilustram uma situação que não deve ter sido incomum no período, principalmente nos centros urbanos. O processo de Vicente José Coelho (como passou a assinar depois de liberto) apresenta indícios de que este escravo teve uma relação bem próxima com seu senhor. Enquanto muitos sangradores aprenderam com o Mestre Régio dos Sangradores, Vicente Coelho aprendeu com seu então proprietário, interessado em especializar seu escravo em um ofício que lhe auferisse rendimentos.

Vicente José Coelho foi um sangrador como poucos. Fez questão de exercer as suas atividades de barbeiro-sangrador dentro da lei, registrando-se como tal sempre que convocado pela municipalidade, ao longo da década de 1830 e 1840. Ainda que os demais sangradores não fossem oficializados, torna-se possível investigar o espaço que foram construindo ao longo do tempo e suas relações com os demais companheiros de ofício. Assumindo que a maior parte dos barbeiros-sangradores era escrava, forra ou descendente, podemos acompanhar a construção de redes em torno do ofício de sangrador – especialidade da arte de curar que, tanto em terra quanto nos navios negreiros, foi percebida por muitos escravos e forros como uma interessante opção em sua luta cotidiana para sobreviver e melhorar as suas condições de vida.

Em 1846, depois de 14 anos sem se conceder um diploma de sangrador (desde a lei de três de outubro de 1832), a Câmara decidiu que não

28 Códices 46-2-40, Médicos, cirurgiões, sangradores, dentistas e parteiras residentes ou com consultórios nas freguesias (...), 1841; e 46-2-41, Médicos, cirurgiões, boticários e sangradores no 1° distrito de Santa Anna (...), 1841; AGCRJ.

deveria mais aceitar registros de sangradores²⁹. Em 1856, o governo publicou um decreto aprovando o regulamento complementar da Faculdade de Medicina, de 1854, no qual se instituía novamente exames para sangradores³⁰.

No dia a dia da cidade, essas mudanças legislativas não provocaram alterações. Antes de 1856, a presença dessas pessoas nas ruas e em lojas de barbeiros era amplamente tolerada pelas autoridades e reconhecida pela sociedade, até porque era comum que, além da sangria, os sangradores oferecessem suas habilidades em corte de cabelo e barba e com instrumentos musicais. Assim, independentemente da legislação em vigor e da vontade dos médicos, as atividades dos sangradores, escravos e forros, africanos e seus descendentes, continuavam. Os anúncios de seus serviços não deixaram de ser publicados nos periódicos, assim como os de venda e de aluguel de escravos sangradores/barbeiros e de sanguessugas.

“VENDE-SE um perfeito barbeiro sangrador e dentista de 22 anos de idade, e bom pajem [...] rua do Cano n. 227” (*Jornal do Commercio*, 13/07/1855).

“Bichas. Aplicam-se a 280 réis, das mais superiores que há, no largo do Palacete n. 4, em S. Domingos de Niterói, pegado à casa de sapateiro do canto da rua de Cima, e tem tudo quanto pertence ao ofício de barbeiro”. (*Jornal do Commercio*, 22/09/1855).

Portanto, permanecia algum espaço para os sangradores. O que aconteceu, todavia, foi a diminuição do número de pessoas que se mantiveram dentro das determinações legais. Os médicos, cirurgiões e boticários foram em massa registrar os seus títulos na câmara municipal. Os sangradores, muito poucos.

Os que sangravam se desinteressaram, ainda mais do que no período anterior, em fazer parte do mundo oficial das artes de curar. E nem se

29 Códice 50-1-5, Sangradores e dentistas; AGCRJ.

30 Decreto 1764 de 14 de maio de 1856.

sentiram coagidos a isso. Entre os documentos pesquisados da câmara municipal do Rio de Janeiro, encontramos registros de denúncias e de autuações contra pessoas que diziam ter diplomas sem o ter; que curavam, aplicavam e/ou fabricavam e vendiam remédios sem autorização. O processo encontrado contra uma parteira foi aberto por outra em função da concorrência e não achamos indícios semelhantes a respeito de sangradores.

Assim, apesar do empenho da elite médica para reestruturar a hierarquia das atividades terapêuticas e de suas reclamações devido ao não cumprimento da legislação, as autoridades e o mercado das artes de curar lidavam com essas mudanças com bastante flexibilidade. A tolerância à atuação ilegal dos sangradores era uma forma de conciliar a importância da sangria com a exclusão dos sangradores. A transferência da tarefa de sangrar para pessoas que estavam se inserindo no âmbito da medicina acadêmica, mas ainda ocupavam posições inferiores, como os estudantes da Faculdade de Medicina, era outra.

Referências bibliográficas

BARRADAS, Joaquim. *A arte de sangrar de cirurgiões e barbeiros*. Lisboa, Livros Horizonte, 1999.

COSTA, Francisco de Paula, *Algumas reflexões sobre o charlatanismo em medicina*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: 1841.

CUNHA, Manuela C. *Negros, estrangeiros – os escravos libertos e sua volta à África*. São Paulo, Brasiliense, 1985.

DEBRET, Jean-Baptiste. *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil*, São Paulo, Livraria Martins, 1940.

EWBANK, Thomas. *A vida no Brasil ou diário de uma visita ao país do cacau e das palmeiras*, Rio de Janeiro, Conquista, 1973. v. 1, p. 189.

FLORENTINO, Manolo. *Em costas negras: uma história do tráfico atlântico de escravos entre a África e o Rio de Janeiro*. São Paulo: Cia. da Letras, 2002.

KARASCH, Mary. *Slave life in Rio de Janeiro, 1808-1850*. Princeton, Princeton University Press, 1987. [A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850). São Paulo, Cia. das Letras, 2000].

LEGIBRE, Arlette. "Sangrar e purgar!" In LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985.

LUCCOCK, John. *Notas sobre o Rio de Janeiro e partes meridionais do Brasil*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1975.

PIMENTA, Tânia. "Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28)". *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, v. V (2): 349-372, jul.-out. 1998.

REIS, João José. *Rebelião escrava no Brasil – a história do levante das malês, 1835*, São Paulo: Brasiliense, 1986.

RODRIGUES, Jaime. *O infame comércio: propostas e experiências no final do tráfico de africanos para o Brasil (1800-1850)*. Campinas: Editora da Unicamp, 2005.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo, Hucitec, Edusp, 1977, v. 1.

SLENES, Robert W. "Malungu, ngomavem!": África coberta e descoberta no Brasil". *Revista USP*, São Paulo, n. 12, 1991/1992.

THOMPSON, Robert F. *Flash of the spirit: african & afro-american, art & philosophy*. New York: Vintage Books, 1984.

VERGER, Pierre. *Fluxo e refluxo do tráfico de escravos entre o Golfo de Benin e a Bahia de Todos os Santos: dos séculos XVII a XIX*, São Paulo, Corrupio, 1987.

WALSH, Robert. "Notícias do Brasil" (1828-1829), Belo Horizonte, Itatiaia, 1985, v. 1.

Barbeiros-sangradores: as transformações no ofício de sangrar no Rio de Janeiro (1844-1889)

Rodrigo Aragão Dantas

A SANGRIA ERA UMA PRÁTICA DE CURA AMPLAMENTE UTILIZADA EM diversas culturas, e reconhecida pelas mais variadas correntes “médicas” do século XIX. No Brasil, desde o período colonial, as bases socioculturais da medicina foram formadas pela convergência de tradições culturais de origens distintas: indígena, africana e europeia (FERREIRA, 2003). Dentro desse quadro, a sangria se apresentava como um recurso terapêutico amplamente usado, muito embora cada uma tenha dado uma significação distinta para essa prática. Embora inicialmente diferente, cabe ressaltar que, no dia a dia, os significados da sangria se entrelaçavam, formando um conjunto de conhecimentos que, mesmo tendo outras origens, acabaram formando um corpo de signos mais ou menos coerente, dependendo do estrato social do curador e da pessoa curada.

Embora as concepções sobre o significado da sangria fossem distintas dentro de várias culturas, a sua técnica era basicamente a mesma praticada largamente na Europa: amarrava-se com ataduras o sangrador para que a veia se levantasse e assim o barbeiro tivesse uma melhor visão. Depois, friccionava a veia com os dedos, dava-se um corte rápido e raso para que não atingisse nenhum nervo ou artéria. Após a saída da quantidade de sangue desejada, o barbeiro estancava a ferida com pano, envolvendo o corte com uma atadura. Os instrumentos normalmente utilizados eram: a lanceta, a sanguessuga e a ventosa (de vidro ou ossos) (SANTOS, 2005). A disseminação de seu uso em larga escala por diferentes sociedades, em várias épocas, foi facilitada por se tratar de uma técnica simples que lançava mão de instrumentos, muitas vezes, rudimentares. Apesar de reconhecidamente importante, a atividade terapêutica da sangria não era vista na sociedade brasileira como uma atividade nobre, que

fosse cabível aos médicos formados nas faculdades de medicina, pois era classificada como uma atividade manual, na qual o agente da cura deveria manusear certos tipos de instrumentos e entrar em contato diretamente com o sangue do paciente. Nas sociedades europeias, a sangria era realizada por pessoas ligadas às práticas manuais. Ser versado na arte de sangrar era requisito para se obter o título de cirurgião. No Brasil, pelo caráter de atividade manual, o segmento social mais indicado para este ofício eram os escravos e forros (PIMENTA, 1997).

Dentro da perspectiva de considerar escravos e forros como agentes da prática da sangria no Rio de Janeiro, Tânia Pimenta (1997) estudou os documentos de registros dos pedidos de autorização para práticas de cura junto a Fisicatura-mor¹. A autora sistematizou o número de sangradores que pediram autorização para sangrar, até o ano de 1828, período de funcionamento da instituição. Entre os brasileiros, 61,7% eram escravos, o que correspondia a 101 pedidos, 3% eram forros, o que correspondia a 63 pedidos e, entre os 173 sangradores com nacionalidade definida, 61,3% eram africanos (PIMENTA, 1998). Nos dados apresentados, a autora deixa explícito que, nas primeiras décadas do século XIX, a maior parte dos sangradores que pedia autorização para tal prática era constituída de escravos e forros nascidos em África. Para além dos registros da Fisicatura, há relatos de viajantes que indicavam a associação da sangria no Rio de Janeiro com escravos e forros. O mais conhecido, talvez, seja Debret. Ao retratar a vida cotidiana da cidade nos anos 1830, Debret nos deixou importantes registros sobre a escravidão urbana, tanto em suas pranchas, quanto nos relatos que as acompanham. Em nosso caso específico, na prancha 12 de seu livro *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil* (DEBRET, 1940:151), o autor nos relata uma cena intitulada “Loja de Barbeiros”. Nela, Debret associa a sangria aos barbeiros e, além disso, relata que: “No Rio de Janeiro, como em Lisboa, as lojas de barbeiros, copiadas

1 A Fisicatura-mor era um órgão do governo português que regulamentava as práticas de cura em todo o império. Os mais variados praticantes dos ofícios de cura se remetiam à Fisicatura pedindo autorização para suas práticas. Como exemplos principais, temos: boticários, médicos, parteiras, curandeiros e sangradores. Este órgão se instalou no Rio de Janeiro em 1808, com a vinda da corte, e foi extinto em 1828.

das espanholas, apresentam naturalmente o mesmo arranjo interior e o mesmo aspecto exterior, com a única diferença é que o oficial de barbeiro no Brasil é quase sempre negro ou pelo menos mulato” (*idem*) e ainda lista as várias habilidades dos barbeiros, “como cabeleireiro e cirurgião, familiarizado com o bisturi e um destro aplicador de sanguessugas” (*ibidem*). Como visto na citação, além da associação da sangria ao barbeiro, temos um destaque para o fato de que este barbeiro-sangrador era quase sempre preto ou mulato. Este relato vai ao encontro dos registros da Fisiatura-mor, expostos anteriormente.

Em nosso estudo, focamos no cotidiano dos barbeiros-sangradores que ofereciam seus serviços nas lojas, já que os anúncios presentes no *Almanak Laemmert* (nossa fonte base) correspondem a estes sujeitos. Temos que chamar atenção, contudo, para o fato de existirem outros tantos barbeiros-sangradores que atuavam de forma ambulante na cidade e estes, de mais difícil acesso, provavelmente eram os de condição socioeconômica mais baixa, pois nem tinham um lugar fixo para a sua atividade.

Dentro destas características, apontadas por viajantes e registros oficiais da época, podemos traçar um perfil socioeconômico genérico de um barbeiro-sangrador que exercia sua atividade no Rio de Janeiro da primeira metade do século XIX. Ele era provavelmente negro ou mulato, escravo ou forro, nascido na África, ou de uma segunda geração de escravos vindos da África e que, além de praticar a sangria, utilizava os seus instrumentos de corte para aparar cabelos e fazer barbas.

Mesmo com a preponderância de escravos e forros nas práticas de cura ligadas à sangria, ao longo do século XIX, a medicina acadêmica implementou um discurso de desautorização das práticas de cura populares, como a sangria praticada por barbeiros, tentando obter maior controle dos ofícios de cura. Um exemplo desse processo ocorreu a partir do ano de 1832, quando as academias médicas-cirúrgicas do Rio de Janeiro e de Salvador passaram a ser faculdades de medicina e a expedir títulos de doutor em medicina, de farmácia e de parteira, sendo a categoria de sangrador desautorizada. Embora as pessoas que sangravam continuassem as mesmas e a técnica reconhecidamente importante, os sangradores passaram

a ser desautorizados no contexto de crescente organização da corporação médica e a luta desta categoria pelo monopólio da cura (PIMENTA, 2003). Apesar de a corporação médica ter começado uma tentativa de organização e restrição das curas populares, é certo que a própria categoria tinha sérios conflitos entre si e com o Estado; sua organização e eventual influência frente aos órgãos estatais durante todo o século XIX foi paulatinamente construída e nem sempre hegemônica (EDLER, 1992).

Ao propormos estudarmos o ofício de barbeiro-sangrador na segunda metade do século XIX, temos em mente os possíveis encontros, disputas e modificações que a prática sofreu ao longo do período. Sendo assim, nos deparamos com o desafio de estudar o cotidiano dos barbeiros, chegando o mais próximo possível de suas escolhas e dinâmicas diárias. Neste sentido, ao trabalharmos com o *Almanak Laemmert*, conseguimos obter as informações de nomes e endereços de barbeiros-sangradores que atuavam na cidade do Rio de Janeiro no período entre 1844-1889 e, com esses dados, explorar ao máximo a trajetória desses indivíduos.

De posse dessas informações, obtivemos documentações relativas a treze barbeiros no Arquivo Nacional e na Cúria Metropolitana do Rio de Janeiro. Embora o universo de anúncios presente no almanaque tenha chegado a mil registros, o trabalho, com amostra de treze, nos parece significativo, pois pode apontar tendências e comportamentos mais específicos que escapam à análise quantitativa mais geral.

Através da análise desses 13 barbeiros, conseguimos compor linhas genealógicas e identificar as nacionalidades, os itens que compunham as barbearias, suas relações com outros ofícios e suas posições sociais, traçando os aspectos socioeconômicos desses personagens. Além das características específicas, encontramos traços gerais que analisaremos a seguir.

Características gerais

As primeiras características que destaco são a nacionalidade e o status civil dos indivíduos. Pimenta (1998) demonstra que a maioria dos barbeiros-sangradores inscritos na Fisicatura-mor até 1828 era composta por escravos e forros sendo que desses, 64% eram africanos. A partir desses

dados comparamos os resultados obtidos por nossa amostragem para a segunda metade do século XIX. Dos treze barbeiros analisados, oito eram portugueses, o que é um indicativo de mudança da proveniência dos barbeiros entre as duas metades do século XIX. Abaixo, uma tabela com o nome dos barbeiros e suas nacionalidades:

Tabela 1: Barbeiros e suas procedências

Nome	Procedência	Anúncios em jornais
Antônio José Dutra	África	1848
José Xavier Esteves	Portugal	1847 – 1872
Barnabé Antônio Dias	Portugal	1870 – 1880l
Antônio Lopes Saraiva	Portugal	1852 – 1861
Antônio Rodrigues Fontes	Portugal	1873 – 1875
Felisberto de Campos	Desconhecida	1868 – 1874
Antônio José Gomes	África	1868 – 1880
Francisco Antônio Monteiro	Brasil	1880 – 1882
Antônio Rodrigues de Carvalho	Brasil	1876 – 1877
Antônio Caetano Pereira	Portugal	1855 – 1874
Antônio José Raimundo	Brasil	1862 – 1867
Charles Schmidt	França	1879 – 1889
João Maria Figueiredo	Portugal	1846 – 1863

Fonte: Documentos de barbeiros-sangradores pertencentes ao acervo do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro e da Cúria Metropolitana do Rio de Janeiro.

Na segunda metade do século XIX, além da preponderância de portugueses nesse ofício, há somente dois africanos, o que constitui uma importante mudança, já observada. Além desses dois africanos, contamos com três brasileiros e um francês. Quando observamos o status jurídico, não houve indicações de que algum dos barbeiros analisados fossem escravos. Os dois africanos foram identificados como forros. Um fator importante observado nos inventários foi a falta de

escravos como bens dentro da listagem feita nos inventários. No caso dos portugueses, em apenas um inventário encontramos um escravo jovem que teria a possibilidade de ajudar nos afazeres na loja de barbeiro, aprendendo assim o ofício. Já nos demais inventários, quando se encontravam escravos, geralmente eram mulheres que se dedicavam a tarefas de cunho doméstico. Essa modificação referente ao status jurídico dos barbeiros e a possibilidade de escravos trabalhando nas barbearias é bem significativa e retrata as modificações pelas quais a cidade passou ao longo dos anos. Nesse ponto, chamamos a atenção para a migração portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro. Embora, como observou Ribeiro (2002), ela esteja presente desde antes do marco institucional da década de 1850, sendo o grupo que vem para o Brasil com mais constância, é certo que a sua migração se intensifica a partir desse momento (BARBOSA, 2003), mesmo não obedecendo a nenhum projeto previamente estabelecido pelo governo imperial. Além do fim do tráfico atlântico de escravos, foi promulgada, no mesmo ano de 1850, a Lei de Terras, que restringiu o acesso às terras devolutas tanto para ex-escravos como para migrantes, reafirmando o *status quo* dos grandes fazendeiros. Assim, a escolha da maior parte dos portugueses migrantes era de se estabelecer na corte como artífices (marceneiros, comerciantes, alfaiates e até barbeiros) o que lhes proporcionava mais chances de enriquecimento.

Sendo assim, delineou-se um perfil de trabalho na cidade do Rio de Janeiro complexo, onde não só existiam trabalhadores negros, escravos ao ganho (muitos dos quais foram gradualmente transferidos para trabalhar nas plantações do Vale do Paraíba), como portugueses migrantes, livres e pobres, que dependiam do seu trabalho como artífices para o sustento dos seus. Nesse tocante, temos a concorrência entre portugueses, libertos e cativos. Foi com esse novo perfil de trabalhador que esbarramos ao analisar os barbeiros portugueses: uma nova face de trabalhadores na Corte, branca, pobre e portuguesa (RIBEIRO, 2002) que, ao labutar nas barbearias, se diferenciava em relação aos componentes anteriores, pois neste ambiente a cura não tinha o papel relevante de outrora.

Outra característica importante observada nos inventários dos barbeiros foi a dos materiais de trabalho que cada loja continha. Embora na maioria dos inventários observássemos instrumentos que poderiam servir para a sangria, como navalhas, em apenas dois conseguimos distinguir instrumentos especificamente para se fazer a sangria, como: vidros para ventosas, sarjadeiras e globos para sangrias. Os dois inventários pertenciam a brasileiros. Os demais inventários colhidos apresentavam uma configuração de objetos dentro da loja de barbeiros muito parecidos, com cadeiras, espelhos, objetos cortantes e perfumarias. Pelas características observadas nesses objetos e de acordo com alguns anúncios dessas lojas, contidos nos inventários, houve uma forte indicação de que as lojas de barbeiros analisadas, principalmente quando tratamos de portugueses e no caso francês, eram lugares direcionados à estética, deixando a terapêutica em segundo plano ou mesmo inexistente. Essa afirmação vai ser confirmada ao longo de toda a análise do material colhido e é apresentada como a mudança mais significativa do perfil dos barbeiros ao longo do século XIX. Sendo assim, entendemos que o aumento contínuo das lojas de barbeiros no *Almanak Laemmert*, ao longo do período estudado, mesmo com a crescente institucionalização da medicina acadêmica, se deu muito em decorrência de uma mudança do perfil das atividades praticadas nessas localidades, mudanças que acompanham, de uma maneira geral, as ocorridas na corte imperial observadas anteriormente.

Com o acesso, através dos inventários analisados, ao conteúdo das lojas de barbeiros, fizemos uma lista geral do que mais se encontrava dentro dessas lojas em termos de móveis e objetos. Dessa forma, nos transportaremos para dentro desses estabelecimentos no século XIX e assim ficaremos mais próximos do cotidiano desse ofício.

Nas relações de móveis, encontramos com frequência uma quantidade média de oito cadeiras de madeira, geralmente com assento de palha. Além das cadeiras para os clientes sentarem, encontramos com a mesma frequência espelhos e bacias em menos quantidade do que cadeiras. Dependendo da condição financeira do barbeiro, sua barbearia

apresentava um maior ou menor número desses objetos. Outros itens encontrados com bastante facilidade nos inventários, mas também vinculados à situação financeira do barbeiro, eram os lampiões, os relógios e as escrivaninhas que serviam para guardar o material usado no ofício. Ao analisarmos a relação dos móveis existentes nessas lojas, o que temos são objetos básicos tanto para fazer a barba e os cabelos, como também a sangria, se fosse solicitada.

Ao passarmos para os instrumentos do ofício, nos deparamos com frequência com: tesouras, navalhas, toalhas e pentes de osso. Esses itens foram encontrados em todos os inventários analisados, o que demonstra que as lojas de barbeiros tinham, nesse período, o corte de barbas e cabelos como atividade principal.

Após listarmos os objetos mais constantes das lojas de barbeiros, observamos três itens que dependiam do tipo de barbeiro que anunciava. O primeiro são os armários que guardavam perfumes, encontrados exclusivamente nos inventários dos estrangeiros: dos portugueses e do francês. Nesses anúncios, havia uma grande ênfase para a venda de perfumes e a loja de barbeiro era colocada numa posição onde a estética se apresentava como a principal preocupação de serviços para os clientes. Os dois outros itens eram: objetos para extrair dentes e objetos de sangrias (sarjador e vidros para ventosas). Esses objetos foram encontrados principalmente em barbearias de origem brasileira e africana, o que demonstra que, para essa categoria analisada, as práticas terapêuticas encontravam um espaço de atuação dentro desses estabelecimentos. Quando tratamos de objetos para se tirar dentes, observamos que, antes de se habilitar para ser cirurgião-dentista, o indivíduo deveria provar suas habilidades na sangria (PIMENTA, 1997), o que demonstra uma afinidade entre as práticas de “tirar dentes” e a sangria, como ofícios terapêuticos e, muitas vezes, feitos por barbeiros.

Quando analisamos o local de atuação desses indivíduos na cidade, observamos uma abrangência significativa nos mais variados lugares. Não podemos, dessa maneira, distinguir os locais de atuação por características mais específicas, como situação financeira ou

nacionalidade, uma vez que as fontes indicam uma descontinuidade, onde os barbeiros atuavam em vários lugares, independente de uma lógica própria.

Após trabalharmos com essa análise geral das características dos barbeiros, analisaremos mais detalhadamente o que esses indivíduos representavam. Nossa análise será dividida em grupos de nacionalidade, já que entendemos que a variante nacional foi uma característica determinante de aglutinação de certas características dos grupos de barbeiros. Seguindo a análise dos grupos nacionais, utilizaremos quatro características específicas: a nacionalidade, localização de atuação na cidade, linhas de parentesco e relação entre as lojas de barbeiros e as práticas de cura.

Barbeiros portugueses

Os barbeiros portugueses, de modo geral, apresentavam características bem distintas dos barbeiros africanos presentes, principalmente, na primeira metade do século XIX. Eram imigrantes chegados a partir da década de 1840, que se instalaram na cidade, nas atividades de comércio e serviços. Foi o que observamos ao analisarmos as documentações de José Xavier Esteves e Barnabé Antonio Dias, ambos barbeiros portugueses que chegaram ao Brasil nesse período para trabalharem no ofício.

José Xavier Esteves era natural e batizado na freguesia de Nossa Senhora das Neves, em Braga, e morador da Freguesia do Livramento da Corte. Chegou ao Brasil no ano de 1845. Henriqueta era natural de Niterói, onde morava por ocasião de seu casamento com Esteves, em 1849. Os dois filhos do casal, e seus netos, eram brasileiros da corte. Barnabé Antônio Dias nasceu em 1844, em Viana do Castelo. Era órfão e veio para o Brasil aos 14 anos de idade, se estabelecendo na corte do Rio de Janeiro como barbeiro.

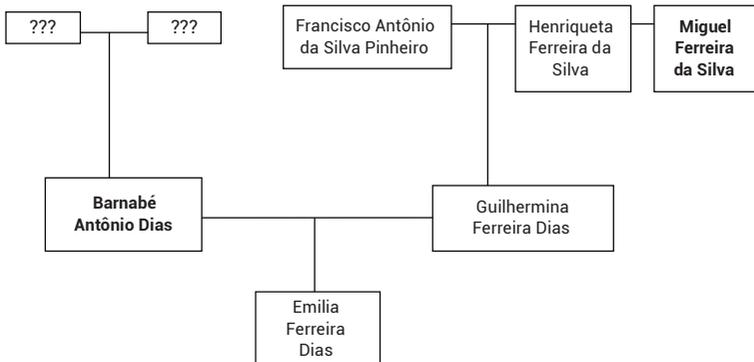
No caso de José Xavier Esteves, conseguimos uma análise mais detalhada de sua rede familiar que incluiu seus pais, filhos e netos, traçando uma linha contínua até a primeira década do século XX.

tronco da família, também não se identificou qualquer traço de continuidade com os negócios da barbearia.

O principal ponto que procuramos identificar na genealogia descrita é até que geração da família de origem portuguesa poderíamos encontrar indivíduos vivendo do ofício de barbeiro. Essa constatação só foi possível até o filho mais velho que herdou a loja. Já seus netos não apresentaram indícios de que fossem barbeiros.

Seguindo na mesma linha de identificação das nacionalidades e traços genealógicos, observamos também em Barnabé Antônio Dias algumas características importantes. Barnabé era barbeiro e português, veio para o Rio de Janeiro para trabalhar como sócio da barbearia de Miguel Ferreira da Silva. Através dessa relação profissional, Barnabé acabou se casando com a enteada de Miguel, identificando assim uma pequena rede familiar associativa e de ajuda mútua. Quando trabalhamos com os dados de Barnabé, inferimos que esse indivíduo anunciava na mesma localidade que Miguel Ferreira da Silva, a partir do ano de 1870. No ano de 1876 se casa com a enteada de Miguel e vem a falecer no ano de 1886. Através dessa pequena rede familiar, entendemos como se construiu uma relação parental entre Barnabé e seu sócio Miguel, por via da prática profissional anterior, galgada no aspecto da nacionalidade, já que os dois eram portugueses e barbeiros.

Genealogia de Barnabé Antonio Dias



Barnabé Antônio Dias era órfão de pais. Casou-se com Guilhermina Ferreira Dias, brasileira, com a qual teve uma filha, menor de nove anos na época de seu falecimento. Os pais de sua esposa eram Francisco Antônio da Silva Pinheiro e Henriqueta Ferreira da Silva, ambos brasileiros da corte. Dentro das relações de parentesco, surgiu uma figura importante nessa trajetória: Miguel Ferreira da Silva, padrastrô de Guilhermina, que também era português e barbeiro anunciante no *Almanak Laemmert* desde 1856, no mesmo endereço anunciado por Barnabé. É certo, por essa constatação, que os dois eram sócios na loja e que a relação comercial existente desde, pelo menos, 1870, entre os barbeiros toma traços mais pessoais a ponto de Barnabé, sócio, e agora amigo de Miguel, casar-se com sua enteada no ano de 1876. As relações socioeconômicas nesse caso moldam e mais tarde se misturam com as relações pessoais entre esses dois indivíduos e suas famílias. Outra marca dessa amizade foi por ocasião da morte de Barnabé: Miguel pagou as despesas de seu enterro e as dívidas deixadas por ele, assumindo um papel de esteio da família de Barnabé.

A localização das lojas de barbeiros e suas relações espaciais são outros aspectos importantes que destacamos ao longo de toda a pesquisa. Ao trabalharmos com as trajetórias individuais dos barbeiros portugueses, conseguimos mapear mais especificamente suas áreas de atuação. Mais uma vez, destacamos os barbeiros José Xavier Esteves e Barnabé Antônio Dias, pois os dois apresentavam como sua área de atuação a mesma localidade na cidade, no mesmo período de tempo: o entorno da praça da Constituição, atual praça Tiradentes. Na página seguinte, é possível observar o mapa detalhado dos locais de atuação de José Xavier Esteves (pontilhado) e as lojas de barbeiros no entorno (tracejado).

José Xavier Esteves – Praça da Constituição

A loja de Barnabé Antônio Dias foi localizada no mesmo perímetro da praça da Constituição, no número 28. Nos dois casos, conseguimos identificar outros endereços de atuação na cidade. No caso de José Xavier Esteves, o número 13 da Rua do Teatro, apresentado no mapa

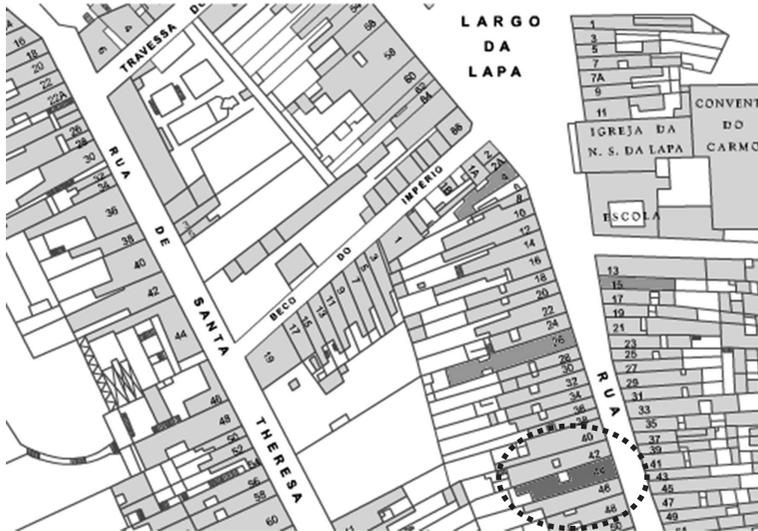


Fonte: Almanak Laemmert, Barbeiros-sangradores – 1844/1889 (Mapa 1)

acima pontilhado; já Barnabé Antônio Dias apresentou, em uma data posterior, uma barbearia localizada na Rua da Lapa 44, como mostra o mapa abaixo, indicado com círculo pontilhado.

Loja de Barnabé Antônio Dias

Através dos números obtidos com a localização das lojas, percebemos que a maioria dos barbeiros pesquisados apresentava apenas uma loja, ou no máximo duas, permanecendo um tempo maior nos mesmos endereços. Como observado nos mapas acima, em um mesmo quarteirão



Fonte: Almanak Laemmert, Barbeiros-sangradores – 1844/1889 (Mapa 2)

havia uma média de duas ou três barbearias, enfatizando a presença marcante desses estabelecimentos no cotidiano do carioca da segunda metade do século XIX. Nesse período, houve uma grande concentração de barbearias nas principais localidades da cidade. Embora houvesse essa proximidade física, não conseguimos encontrar vestígios de ligações entre os dois personagens, mas suas características e práticas dentro das suas lojas eram muito semelhantes.

Após essas primeiras conclusões, tornou-se imperativo entendermos mais especificamente o dia a dia das barbearias desses portugueses. Para tanto, analisaremos, através de seus inventários, as relações de bens e objetos que pertenciam a esses estabelecimentos, juntamente com qualquer tipo de indício que nos aproxime da atividade praticada nesses locais. Outra vez, iniciaremos pelo caso exemplar de José Xavier Esteves. Em seu inventário, há uma relação completa dos instrumentos usados na loja. A partir dessa documentação podemos inferir que o sujeito era, de fato, barbeiro, como a passagem abaixo:

“Rio, 17 de Agosto de 1880

Joaquim Xavier Esteves, na qualidade de inventariante dos bens de seu falecido pai, José Xavier Esteves, e tutor de sua irmã D. Ana Adelaide Esteves, maior de quatorze annos e menor de 21, que estando a proceder ao Inventário por este Juízo Escrivão intervindo tendo de proceder as avaliações dos bens constantes de huma loja de barbeiro com seus competentes móveis e perfumarias, moveis do finado, jóias e roupas sem o juiz propor para avaliadores o Antonio de Sebastião Viana, e João Baptista de Magalhães e requerer a vossa ex, se digne mandar...”²

Além das informações acima descritas, encontramos uma relação de móveis e objetos, com seus respectivos preços, descritos abaixo:

Loja de Barbeiro de José Xavier Esteves

5	Lavatórios de vinhático com pedra mármore e espelhos usados	100\$000
5	Cadeiras de vinhático com espaldar e assento de palhinha usados	75\$000
12	Cadeiras de vinhático com assento de palha muito usados	24\$000
1	Armário de pinho com vidraças	10\$000
2	Pequenas vidraças de pinho	8\$000
1	Lavatório de pinho com pedra mármore três bacias	20\$000
1	Pequeno lavatório com pedra mármore e bacia	–
2	Mesas pequenas de vinhático com gavetas	6\$000
4	Espelhos com molduras	80\$000
7	Arandelas e globos para sangrar usados	18\$000
1	Relógio americano muito usado	5\$000

Essa relação vai ao encontro de outros dois exemplos que listarei abaixo, os itens da loja de João Maria Figueiredo e de Antônio Rodrigues Fontes.

² A.N. Inventário de José Xavier Esteves, cx. 4158, n. 1835, f. 2

Loja de Barbeiro de João Maria Figueiredo:

1	Aparador de pedra mármore com espelho para quatro cadeiras
5	Cadeiras de braço para barbeiro
1	Espelho grande com moldura
1	Lavatório de pedra mármore para três bacias
1	Armação de pinho com gavetas
3	Mostradores de pinho envidraçados para perfumarias
5	Cabides de madeira
5	Pedestais de ferro
12	Cadeiras singelas com assento de palhinha
1	Lote de vidros com diversas perfumarias

Loja de Barbeiro de Antonio Rodrigues Fontes

1	Garrafa de água	23	Pentes finos
1	Vidro da Royal Ambe	24	Escovas de osso para dentes
Vários	Vidros de perfumaria	Vários	Sabonetes de amêndoas
1	Caixa de pasta inglesa	Vários	Limpadores de unha
3	Estojos de navalha	10	Vidros de vinhática
1	Estojo para barba completo		Espelhos diversos
4	Vidros de tintura	Várias	Esponjas finas
3	Pincéis grandes de marfim	1	Estojo para fazer barbas

Nessas relações, com exceção de um item no inventário de José Xavier Esteves, temos dificuldade de encontrar instrumentos específicos para a sangria. Em contrapartida, deparamos mais facilmente com esses mesmos instrumentos quando observamos a relação de bens de barbeiros de origem brasileira. Na loja de José Xavier Esteves, assim como na maioria das lojas dos barbeiros portugueses analisados nesse capítulo, as práticas de cura não estavam presentes no repertório do seu ofício. Observamos um lugar onde a estética ganha grande importância, desbancando a sangria como prática principal. Além dessa relação de bens,

havia um destaque para os perfumes, inclusive com o falecido deixando dívidas com um fornecedor. Seu filho, Joaquim Xavier Esteves, passou a ocupar o lugar do pai na barbearia, mas dentro da proposta da mesma, as práticas de cura continuaram alijadas da loja. No caso de Antônio Rodrigues Fontes, o que nos chamou atenção foi um cartão anexo ao inventário com o seguinte dizer: “Ao Salão Elegante para barbear e cortar cabelos de A. R. Fontes, Rua dos Ourives 77 – Tem sempre um completo sortimento de perfumarias e salla particular para tingir barbas e cabellos”³. Nesse anúncio, fica clara a ênfase para a questão da estética, com destaque para a perfumaria e tintura de cabelo.

Desse modo, através da análise da documentação desses barbeiros, propomos que houve uma mudança de perfil dos barbeiros, ou mesmo a introdução de novos agentes dentro dos circuitos das barbearias cariocas. A partir de meados do século XIX, com o aumento da migração de portugueses e fim do tráfico, esses lugares, majoritariamente dominados por africanos e seus descendentes, que tinham na sangria uma atividade forte (PIMENTA, 1998), se transformam, e um novo ator social entra nesse circuito: os barbeiros portugueses.

Diferente dos seus antecessores, eles não apresentavam escravos em seus inventários, o que era difícil em uma cidade onde uma pessoa com poucas posses teria pelo menos um escravo (CHALHOUB, 2010). No caso de José Xavier Esteves, temos uma conta com o Dr. Correa do Rego, em decorrência dos serviços prestados de tratamento da doença que o leva à morte e, posteriormente, por uma doença adquirida por sua filha, o que foi um indicativo para a falta da prática de cura na sua loja. Suas testemunhas de casamento se classificavam como alfaiates ou marceneiros, sendo esse seu círculo de amizade, mais identificado com os ofícios manuais do que com os de cura. Não estamos propondo o fim da prática da sangria por barbeiro, pois essa vai ser recorrente com os barbeiros ambulantes até, pelo menos, o fim do século (FIGUEIREDO, 2002), mas sim a modificação do perfil desses barbeiros, que começou a se acentuar a partir da segunda metade do século XIX,

3 Arquivo Nacional (AN). Inventário de Antonio Rodrigues Fontes, cx. 349 n. 5025, f. 43.

muito provavelmente com a existência desses dois tipos convivendo ao mesmo tempo no espaço da cidade. Essa modificação gradual observada, explicaria também o número elevado de anúncios de barbeiros (DANTAS, 2012), mesmo com o aumento da organização da medicina acadêmica e descredenciamento da sangria feita por barbeiros como uma prática autorizada.

Barbeiros brasileiros

Os barbeiros de origem brasileira eram três: Francisco Antônio Monteiro, Antônio Rodrigues de Carvalho e Antônio José Raimundo. Neles, encontramos algumas diferenças importantes em relação aos barbeiros anteriormente analisados. A principal delas se remete à situação econômica desses barbeiros que, pela relação de bens presentes nas lojas, era inferior a dos barbeiros portugueses. Temos como bom exemplo o caso de Antônio José Raimundo que, ao morrer, deixou um número significativo de dívidas, referentes, inclusive, ao aluguel da loja que não lhe pertencia, embora tivesse a presença de um escravo como ajudante nos ofícios da barbearia. Mesmo possuindo um escravo, sua condição econômica era difícil. Como já observado, grande parte da população da cidade do Rio de Janeiro possuía algum escravo como fonte de renda (GRINBERG, 2007), o que não significava que fossem senhores abastados. Pela rejeição ao trabalho existente naquela sociedade, possuir um escravo que o sustentasse era uma estratégia de vida legítima e recorrente (SOARES, 2007).

Outra característica de distinção entre os barbeiros brasileiros e os portugueses se refere à presença da atividade de cura em sua loja. Dos três barbeiros brasileiros trabalhados, apenas um não apresentou indícios de atividades de cura. Através da relação de bens de Francisco Antônio Monteiro e Antônio José Raimundo, tivemos acesso a informações de instrumentos como: “vidros para ventosas, instrumentos para dentes e sarjadeiras”.

Abaixo apresentamos relação completa de pertences da loja de Antônio José Raimundo:

Móveis:

1	Meia cômoda de jacarandá	10\$000
2	Mesas pequenas	30\$000
1	Bacia para banhar louça	\$500
2	Espelhos, sendo um maior	3\$500
4	Pentes de osso	2\$000
2	Toalhas em bom estado	2\$000
1	Lampião do meio da loja	=
2	Cadeiras com acentos de palha	=
8	Navalhas para fazer barbas	2\$000
1	Tesoura	\$500
8	Vdros para ventosas	2\$000
	Algum instrumento para dentes	=
1	Sarjadeira	1\$000
2	Vidros com banhas para cabelos	1\$000
1	Espanador de cabelo	=
2	Cabides para chapéu	=

Quando tratamos da localização das lojas e de suas redes familiares de ajuda, tivemos poucas informações relevantes. Só conseguimos acesso a informações referentes a esposas ou filhos, sendo a geração de pais e netos, assim como amigos, desconhecida.

Ao identificarmos a localização específica dessas lojas de barbeiros na cidade, encontramos um padrão repetido, apresentado também nos demais barbeiros de outras nacionalidades: uma disseminação aleatória pela cidade, sem a possibilidade de qualquer relação sócio espacial. O único caso diferenciado foi o de Francisco Antônio Monteiro que, embora anunciasse no ano de 1880 na Rua da Candelária, número 21, dois anos após, em 1882, anunciava na Rua São Clemente, 106. Esse exemplo nos mostra o deslocamento gradual feito por barbeiros para as áreas mais afastadas do centro, respeitando a análise sócio espacial (DANTAS, 2012). Francisco Monteiro foi um exemplo concreto de barbeiro que fez esse movimento de deslocamento, acompanhando a expansão da cidade.

Barbeiros africanos

Na categoria de barbeiros africanos, encontramos dois exemplos: Antônio José Dutra e Antônio José Gomes. Os dois barbeiros apresentaram características semelhantes, como a provável prática da sangria dentro de seus estabelecimentos. No caso de Antônio José Dutra, há um estudo detalhado sobre sua trajetória de vida (JEHA, 2006) que nos mostra que era um típico barbeiro africano da primeira metade do século XIX. Ele era natural do Reino do Congo e batizado em Angola. Ao chegar ao Brasil, casou-se com Maria Roza de Jesus, também natural do Reino do Congo e ex-escrava, como Dutra (JEHA, 2006).

O inventário de Dutra data de 1849 e constitui uma importante trajetória que demonstra o quanto a prática da sangria ajudou esse indivíduo a acumular certo pecúlio, pagar por sua liberdade e, posteriormente, gerir seu próprio negócio com escravos próprios. Seu ofício, aprendido ainda na África, permitiu uma mobilidade social efetiva (PIMENTA, 1998).

Quanto à sua rede familiar, Dutra deixou alguns filhos e escravos que continuaram no negócio da barbearia após sua morte. Sua barbearia anunciada no *Almanak Laemmert* se encontrava na Rua Uruguaiana, n. 21. Abaixo, o mapa com a localização de sua loja e barbearias no entorno:



Fonte: Almanak Laemmert, Barbeiros-sangradores, anos 1844/1889 (Mapa 3)

Loja de Antônio José Dutra

Com características um pouco diferentes, temos Antônio José Gomes. Através de inventário datado de 1886, conseguimos identificar sua origem africana, embora não tenha sido possível indicar mais especificamente sua região, como no caso de Dutra. Antônio Gomes chegou na Corte em 1860 e casou-se com uma brasileira, Ana Maria Gloria, sua inventariante. Por seu inventário, sabe-se que era um indivíduo de posses. Embora não se saiba se praticava a sangria, podemos especular um cenário parecido com o de Dutra, em que Antônio Gomes chegou ao Brasil e, a partir de seu trabalho na barbearia, conseguiu acumular certo pecúlio e elevar sua condição econômica e social. Sua barbearia era anunciada entre os anos de 1868 até 1882 na Rua do Conde n. 19, como mostra o mapa abaixo:

Loja de Antônio José Gomes



Fonte: *Almanak Laemmert*, barbeiros-sangradores, anos 1844/1889 (Mapa 4)

Além da localidade da loja, conseguimos identificar que o barbeiro morava na Rua barão de São Felix, n. 19, além de ter mais dois imóveis alugados no mesmo endereço, no valor de treze contos de réis.

Nos dois casos apresentados como barbeiros africanos, conseguimos visualizar uma trajetória de vinda para o Brasil e melhoramento dentro de sua condição social, através do trabalho nas barbearias. Essa característica foi observada tanto na primeira metade do século XIX, com Dutra (JEHA, 2006), quanto na segunda metade, com Antônio Gomes. Em comparação com os barbeiros portugueses, temos uma diferenciação de atividade, em que os africanos continuaram ligados a certas práticas de cura, diferente dos portugueses, que chegaram ao Brasil, principalmente na segunda metade do século, e se associaram mais à prática estética. Já quando se trata de barbeiros brasileiros, os africanos se aproximam mais no tocante a práticas de cura e condições sociais (PIMENTA, 1998)

Considerações finais

As modificações ocorridas no ofício de barbeiro-sangrador significaram uma reinterpretação da importância da cura dentro das suas atividades, reposicionando o ofício de barbeiro para outros campos de atuação, como a estética. Essa ressignificação, ocorrida a partir dos anos de 1850, gradativamente deslocou a atividade da sangria para fora das barbearias, modificação significativa, ocorrida com os barbeiros que historicamente eram associados à cura.

Ao analisarmos o ofício de barbeiro-sangrador na segunda metade do século XIX, tínhamos em mente o quanto esse ofício era significativo dentro do segmento das artes de cura populares. Por utilizar técnicas manuais com contato direto com o sangue, os escravos eram os mais indicados para executar essa tarefa. Embora fosse essencial para a medicina da época, com o passar do tempo e a maior organização da corporação médica, a sangria praticada por barbeiros foi gradativamente desautorizada pela medicina acadêmica. Contudo, mesmo com um discurso de desmerecimento da sangria praticada pelos barbeiros, a maior parte da população ainda tinha como referência seus serviços de cura.

Ao focalizarmos a análise nas trajetórias individuais dos barbeiros anunciantes, esbarramos em outro tipo de perfil, anteriormente não contemplado. Identificamos barbeiros portugueses que chegavam à cidade

do Rio de Janeiro na virada da segunda metade do século e trabalhavam como prestadores de serviços, não mais no campo da cura, mas agora no campo da estética. Esta constatação se torna um elemento somático na resolução do aparente paradoxo: aumento de barbeiros na cidade em paralelo com o aumento da institucionalização da medicina, cujos representantes pressionavam as autoridades para reprimir as práticas de cura populares. Nossa análise concluiu que um grupo desses barbeiros não praticava a sangria, portanto, a fiscalização médica não era cabível e nem necessária, deixando um bom espaço para expansão dessas barbearias.

Não estamos propondo que tenha ocorrido a extinção da atividade curativa dos barbeiros da segunda metade do século XIX. Certamente eles existiam ainda em grande número na cidade (tanto nas lojas, quanto de forma itinerante) até pelo menos a virada do século XIX para o XX. O que chamamos a atenção é para a introdução, de forma paulatina, desse novo tipo de barbeiro. Um barbeiro português que não possuía escravos e tinha no trabalho com a estética sua forma de ofício. Esse novo grupo de barbeiros começou a surgir em decorrência das próprias modificações da cidade a partir da segunda metade do século XIX. Uma cidade que exporta seus escravos para as áreas do Vale do Paraíba e continua a atrair migrantes portugueses, que tem no comércio e serviços sua principal atividade.

Referências bibliográficas

Arquivo Nacional. Inventário de:

- Antônio José Dutra, cx 475 n. 1975
- José Xavier Esteves, cx 4158 n. 1835.
- Barnabé Antônio Dias, cx 4023 n. 602.
- Antônio Lopes Saraiva, cx. 4005 n. 272.
- Felisberto de Campos, cx. 259 n. 6039
- Antônio José Gomes, maço 421 n. 5093
- Francisco Antônio Monteiro, maço 392 n. 3848
- Antônio Rodrigues de Carvalho, cx 425 n. 3
- Antônio Caetano Pereira, cx 354 n. 109
- Antônio José Raimundo, cx 3643 n. 1

Charles Schimidt, maço 395 n. 3941
João Maria Figueiredo, cx 4219 n. 1049

Arquivo da Cúria Metropolitana do RJ, José Xavier Esteves, 1849, Banhos, cx 2670, nt. 58669.

Arquivo da Cúria Metropolitana do RJ, Barnabé Antonio Dias 1876, Banhos, cx 1794, nt. 27465.

Arquivo da Cúria metropolitana do RJ, Antonio Lopes Saraiva – 1870 Banhos.

BARBOSA, Rosana. “Um panorama histórico da migração portuguesa para o Brasil”, Arquipélago História, 2ª série, VII, 2003.

CHALHOUB, Sidney. “Precariedade estrutural: o problema da liberdade no Brasil escravista (século XIX)”. *História Social* (Unicamp), v. 19, 2010.

DEBRET, Jean Baptiste. “Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro”. In *Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil*. São Paulo: Livraria Martins, 1940.

EDLER, Flavio. Coelho. “As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na corte do Rio de Janeiro 1854-1884”. Dissertação de Mestrado, USP, 1992.

FERREIRA, Luiz Otávio. “Medicina Impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840)”. In CHALHOUB, Sidney (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. 1 ed. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

GRINBERG, Keila. “Senhores sem escravos”: a propósito das ações de escravidão no Brasil Imperial. *Almanack Braziliense*, v. 6, 2007.

JEHA, Silvana. “Ganhar a vida. Uma história do barbeiro Antonio José Dutra e sua família. Rio de Janeiro, século XIX”. In *Usos do passado*. XII Encontro Regional de História ABPUH-Rio, Niterói. Programação geral, 2006.

PIMENTA, Tânia Salgado. "Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-Mor no Brasil do começo do século XIX". Dissertação de Mestrado. Campinas: Unicamp, 1997.

PIMENTA, Tânia Salgado. "Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil" (1808-28). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 349-374, 1998.

PIMENTA, Tânia Salgado. "Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX". *Cadernos do CEDES* (Unicamp), Campinas: v. 23, n. 59, 2003.

RIBEIRO, Gladys Sabina. *A liberdade em construção: identidade nacional e conflito antilusitanos no Primeiro Reinado*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2002.

SANTOS, Georgina Silva dos. "A arte de sangrar na Lisboa do Antigo Regime". *Tempo*, n. 19, jul./dez. 2005.

SOARES, Luiz Carlos. *O povo de Cam na capital do Brasil. A escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX*. Rio de Janeiro: Faperj, Editora 7 Letras, 2007.

Doenças, morte e escravidão africana: perspectivas historiográficas

Keith de Oliveira Barbosa e Flávio Gomes

A PARTIR DE INVESTIGAÇÕES EM ANDAMENTO SOBRE MORTALIDADE E morbidade numa perspectiva comparada, avaliamos proposições metodológicas sobre doença, morte, cultura material e dimensões da diáspora no Brasil escravista. Em que medida padrões de doenças, práticas terapêuticas, rituais funerários, conjunturas demográficas, tráfico atlântico e variações climáticas podem ser analisadas numa dimensão teórica para abordar adaptações culturais dos africanos na diáspora? Incluindo regimes de trabalho, lógicas de controle social, cultura escrava e políticas de domínio em várias partes das sociedades escravistas, em determinados contextos e com fontes seriais? Neste capítulo, oferecemos notas bibliográficas para investigações em andamento, apresentando alguns caminhos da bibliografia sobre o tema e as suas respectivas abordagens.

Caminhos e percursos

Na historiografia brasileira não são numerosas as abordagens relacionando doenças, escravidão e medicina coloniais e pós-coloniais. Vários estudos têm apontado para a constituição dos saberes médicos e científicos como um processo histórico complexo, de gestação intelectual – mundo das ideias e das mentalidades – que fez circular saberes na época moderna. Para o período colonial, Ribeiro (1997) chamou atenção para as conexões – de usos e costumes – entre *europæus*, *indígenas* e *africanos* num carácter dialógico em torno de imagens sobre doenças e suas respectivas práticas de cura. O século XVIII foi analisado como *tempo* tanto de *mudanças* como de *permanências*, quando conviviam velhos e novos paradigmas da ciência médica sob um pensamento ilustrado. Embora a medicina estivesse se modificando “mostrando-se mais distante dos sistemas mágico-religiosos”, o carácter sobrenatural permanecia latente, tanto

no discurso médico como em muitos manuais ou tratados de medicina, quando muitos “direcionavam-se em sentidos opostos ao discurso científico”. A prática da medicina na colônia era precária – sendo irregular o abastecimento de remédios, insuficiente o número de médicos, elevados os preços dos tratamentos – dificultando o acesso de grande parte da população. Alternativas eram encontradas junto às práticas terapêuticas populares. Não somente a fragilidade do sistema de saúde colonial motivava tais escolhas, especialmente a busca por curandeiros, sangradores e barbeiros. Concepções sobrenaturais sobre a doença e a cura impregnaram o imaginário social do século XVIII, para vários setores sociais, mesmo na Europa. A medicina setecentista colonial ganhava contornos muito particulares, moldados pelas especificidades da natureza exuberante do *novo mundo*, posto que o “saber oriundo do reino português atrelou-se a cultura indígena e africana ao sabor das circunstâncias oferecidas pela terra conquistada, originando um complexo tipicamente colonial”. Sabemos que as áreas coloniais funcionaram – ainda no alvorecer do século XIX – como representativas e detentoras de importantes acervos para o aparato medicinal europeu. Funcionaram também como objeto de intensa exploração, desde jesuítas dos séculos XVI e XVII até naturalistas que desvendavam a flora, a fauna, os animais e as respectivas *artes de curar*. Segundo Marcia Ribeiro (1997:18, 24 e 42), a Coroa se esforçaria na repressão, tendo em vista o amplo aceite e circulação de saberes em torno das práticas populares de cura; e assim “separados pela imensidão atlântica, o colono pode agir com maior liberdade, desviando-se de muitas formalidades impostas e fugir das garras dos poderes e decisões metropolitanas”. Fronteiras borradas entre a medicina e as *artes de curar* favoreciam a circulação de saberes e das práticas curativas. O caráter mágico de práticas e terapias envolventes igualmente se assentava em elementos comuns em torno dos imaginários das populações coloniais, influenciando até a chamada medicina europeia. Na prática cotidiana, as denominadas crenças populares permaneciam – e se reproduziam – e as regulamentações da Coroa não necessariamente ameaçavam as artes de cura coloniais.

Para o século XIX surgiram importantes reflexões sobre as doenças, especialmente com Chalhoub (1996:62, 143 e 151) ao abordar epidemias e moradias no espaço urbano carioca. Perscrutando a construção de uma *ideologia da higienização* ao longo dos oitocentos, avaliou as implicações da mesma na disseminação da visão das doenças como originadas pela escravidão, principalmente pelos cativos africanos. Cativo e africanos eram tanto associados a determinadas doenças como justificativas para foco das epidemias que assolavam a cidade imperial. Ao narrar a destruição do cortiço Cabeça de Porco, em 1893, pelo governo republicano, avaliou como período de epidemias – como a febre amarela de 1850 e a cólera em 1853, aumentando os índices de mortalidade – favoreceu o início da “configuração de uma ideologia racial pautada na expectativa da eliminação da herança africana presente na sociedade brasileira”. Assim a erradicação das enfermidades acabou associada às transformações das políticas de dominação, implicando na identificação do escravo (leia-se o africano) como foco principal de doenças que ameaçavam a ordem social. Um processo histórico que acabou delineando as principais características das políticas públicas de controle social adotadas no último quartel do século XIX, ocasionando posteriormente intolerâncias e truculência contra populações urbanas e rurais, especialmente as lógicas de ocupação e moradia. Igualmente importante, na abordagem de Chalhoub (2001:171-191), foi a reflexão sobre a trajetória do serviço de vacinação, numa perspectiva de longa duração, verificando a tradição de protesto popular, parte da qual derivada da própria experiência da escravidão. Seguindo pistas dos significados das identidades culturais africanas, concluiu que a oposição à vacinação – que denominou *raízes culturais negras da tradição vaciophobia* – estaria relacionada ao caráter mágico de concepções próprias sobre doença e cura, envolvidas em universos simbólicos da cultura material dos africanos. Argumentou que o entendimento das divindades africanas reinterpretadas na diáspora poderia explicar parte da oposição às terapias médicas oficiais. Escravos, libertos, africanos e crioulos também acreditavam que doenças e curas eram possuidoras de sentidos sobrenaturais, tanto causados por dádivas como por

feitiços. Algumas enfermidades eram atribuídas aos *brancos* e aos senhores; como igualmente determinadas doenças – ou sua cura – eram percebidas como elementos de purificação para determinadas comunidades. Havia mesmo uma crença – talvez compartilhada por tradições culturais da África Ocidental – que divindades “possuíam o poder de causar determinada doença e controlar seus efeitos”. Embora os africanos desembarcados no Rio de Janeiro no século XIX fossem em massa oriundos de várias regiões da África Central, não se pode descartar a possibilidade de terem incorporado – num processo transétnico – ao seu panteão divino crenças comuns em outras áreas regiões africanas, pois “ao contrário da rígida tradição iorubá, eles teriam relativa facilidade em formar grupos religiosos e aceitar novos rituais, símbolos, crença e mitos”. Uma doença como a varíola – que assolava grande parte da população negra, pobre e também escrava – poderia apontar para a necessidade de purificação da comunidade, considerando a “etiologia da varíola de ordem sobrenatural, a cura teria que acontecer prioritariamente por meio de práticas rituais” (OLIVEIRA, 1995-1996).

Tais perspectivas – entre outras – abrem importantes caminhos de investigações com conexões atlânticas – também numa perspectiva de testar fontes e modelos de análise – envolvendo diáspora, corpo, personagens e circulação de saberes e práticas em torno das doenças e da morte, considerando contextos demográficos, regimes de trabalho e sociabilidades envolventes. As questões são: e as lógicas de cativos e africanos sobre as doenças? Quais os desdobramentos culturais, sociais e econômicos numa sociedade escravista, particularmente para os africanos? Ainda conhecemos pouco o “corpo escravo”. Menos aquele vitimado pelo tráfico, mas sim a reconstrução dele – através de várias narrativas – nas diversas sociedades escravistas (JOHNSON, 1999: 135-161).

Menos sobre o “sistema de saúde do escravo” já existem para a historiografia brasileira algumas abordagens indicativas sobre doença, morte e escravidão. Particularmente sobre padrões de mortalidade se destaca o estudo de Slenes ao analisar a autonomia escrava, valorizando a experiência das culturas africanas reinventadas. A rápida expansão de uma

economia de *plantation*, o crescente número de escravos e o alto índice de africanos compuseram um cenário escravista modelo. Mais do que apontá-los como elementos exclusivos na formação da família escrava, Slenes analisa estratégias e escolhas que moldavam os arranjos familiares cativos, fundamentalmente informadas por aspectos de heranças culturais, que ganhavam contornos próprios na experiência do cativo. Avançou num estudo da formação familiar, entendendo aspectos da *agency* e da cultura escrava: “a família é importante para a transmissão e interpretação da cultura e da experiência entre as gerações”. Inúmeros aspectos da cultura material foram também cruciais para a formação de laços de solidariedade e identidades entre os escravos, parte dos quais africanos. Padrões de mortalidade e morbidade no interior das senzalas podem ser analisados levando em conta a experiência escrava e a complexa rede de significação tecida no universo do trabalho (SLENES, 1999:114-142).

Doença, cura e morte não podem ser analisadas isoladamente. Ao contrário, compreender as doenças que assolavam e desestabilizavam senzalas – elevando os índices de mortalidade – significa direcionar o olhar para além das expectativas senhoriais de controle e funcionamento da sociedade escravista e seu mercado. Significa também avançar analiticamente para o interior das senzalas, percorrendo seus meandros, descortinando comportamentos, hábitos e cultura material (THORNTON, 1991:1101-1113). As doenças que surgiam também acionavam práticas que refletiam a reinterpretção de variados aspectos da herança africana do seu arsenal terapêutico de curar; assim como o período da morte revelaria ritos fúnebres, práticas e comportamentos envolventes. No episódio da *Cemiterada*¹, em 1836, na Bahia, Reis constatou que a distribuição assimétrica dos índices de mortalidade em Salvador refletia a própria desigualdade social local. Ao defender as práticas e os rituais de enterramento para uma população urbana – composta, em sua maioria, de negros e

1 Em outubro de 1836, uma multidão destruiu o cemitério Campo Santo, em Salvador. O episódio da *Cemiterada* teve ampla participação da população da cidade, revelando o descontentamento com a proibição dos enterramentos no interior das igrejas e com a empresa que construiu o cemitério, que havia adquirido o monopólio dos enterros em Salvador (REIS, 1989).

pobres, fundamentalmente africanos – lutava-se por concepções e visões de mundo próprias. A *Cemiterada* teve por motivação a defesa de concepções sobre a morte, os mortos e seus rituais fúnebres, em um ambiente de crise econômica e de conflitos sociais. Um movimento exacerbado e que expressou a importância da morte no período. O uso de mortalhas fúnebres, por exemplo, representava a força interna e a importância dos rituais por ocasião da morte, uma vez que: “a mortalha falava pelo morto, protegendo-o na viagem para o além, e falava do morto como fonte de poder mágico, mas também enquanto sujeito social” (REIS, 1989:124).

Com indicativas abordagens sobre os sentidos e os significados da morte, Rodrigues (1997:196) tem focalizado o processo de secularização da mesma ao longo dos oitocentos. Surgem reflexões sobre vestuário fúnebre para os escravos da cidade do Rio de Janeiro, onde a mortalha suscitava uma espécie de código para permitir a passagem para outro mundo e possibilitar “que a alma, ao abandonar o corpo, fosse ao encontro dos ancestrais e não ficasse a vagar aqui na terra”. Ao apontar as conexões entre religiosidade e identidades na diáspora, destacou os significados da mortalha branca, posto que mais utilizada reiterasse identidade, uma vez que tal cor – para boa parte dos africanos em suas respectivas sociedades – significava os mortos e a dimensão envolvente da morte. Para Claudia Rodrigues (2005:24), a mudança de comportamento diante da morte foi resultado de um “processo de mutação da sociedade no sentido da secularização”.

Porém, outras perguntas poderiam ser feitas: quais as dimensões diferenciadas da diáspora (africanos e crioulos – suas procedências e gerações – predominando ou não em determinadas áreas rurais e urbanas) neste processo de secularização? A importância de se investigar permanências e transformações nas concepções sobre a morte estaria na verificação das práticas e representações envolventes ao longo do século XIX. Ao analisar as disputas entre a jurisdição civil e eclesiástica no universo do cristianismo, a referida autora concluiu sobre o caráter cada vez mais particular e individual que a morte foi adquirindo num quadro de secularização. Em estudo anterior, ela já tinha identificado as bases

dessas mudanças como um processo mais amplo: determinados saberes médicos ganhando força – desde a década de 1830 –, a imprensa disseminando informação e a emergência de um discurso do poder público na implantação de projetos de urbanização, legislando sobre os lugares das sepulturas. No Rio de Janeiro, ganhava contornos um desenho social urbano cada vez mais apartado, com o crescimento populacional e a gestação de espaços de conflitos, tensões e ambiguidades entre mansões, opulência, modernidade, casebres, produtos estrangeiros, imigrantes, cortiços e pobreza crescente. Precariedade da vida urbana aliada às características climáticas e topográficas constituíram os principais elementos que favoreciam o aparecimento das epidemias no Rio de Janeiro. As representações e as atitudes diante das epidemias acarretaram mudanças sociais, redefinindo práticas e costumes em torno da morte e dos rituais funerários. O medo da contaminação pelos mortos – aumentado pelo surto epidêmico da febre-amarela de 1849-50 – era enfatizado no discurso médico na defesa do sepultamento fora das igrejas.

João Reis, em estudo já referido (1989), apontou igualmente como, em Salvador, o surto de epidemias ajudou a acelerar o processo de secularização da morte, principalmente num período em que cessariam as intolerâncias aos sepultamentos fora dos limites urbanos. A conjuntura baiana na época da *Cemiterada* já era de conflito, quando a desigualdade e a pobreza da maior parte da população fazia do espaço urbano arena de disputas e confrontos. Além da defesa de concepções sobre a morte, os mortos e os ritos fúnebres, a revolta revelaria também tensões entre grupos sociais diversos envolvidos no mercado funerário. Com a epidemia de cólera-morbo, em 1855, foi acelerado o processo de sepultamentos nos cemitérios, com a população rejeitando seus mortos, que passaram a serem vistos também como foco de doenças, reforçando um discurso *civilizador* e *higienizador* de médicos e autoridades públicas da época. Podemos identificar vários elementos que estimularam e asseguraram as transformações na cultura do *bem morrer* ao longo do século XIX, implicando em mudanças de comportamentos, representações e práticas que indivíduos teciam sobre a morte, tanto no Rio de Janeiro como em

Salvador. O quadro de pobreza, associado às péssimas condições sanitárias e o crescimento populacional urbano, emergia como cenário ideal para o surgimento de epidemias. Com um quadro de mortalidade assustadora, assumindo um papel de destaque visto que o “surto endêmico de meados do século XIX serviu como catalisador das mudanças que já vinham lentamente reformatando a mentalidade do século, inclusive no que diz respeito ao modo de morrer” (RODRIGUES, 1997:15).

A morte era tema de intensa preocupação para baianos e cariocas, movimentava esforços diversos que iam desde o acompanhamento do doente, orações e celebrações de missas antes e depois da morte, até o tipo de vestimentas, procissões que levariam o corpo e finalmente o local do sepultamento. Elementos diversos nos rituais fúnebres revelavam – ou reforçavam – hierarquias sociais até no *post-mortem*, quando “toda uma vida de pecados podia ser corrigida nesse instante; toda uma vida correta podia ser igualmente desperdiçada” (REIS, 1989:107), caso o morto não tivesse o mínimo de assistência. As irmandades – em particular para os cativos – representavam uma importante alternativa, tanto de ajuda e apoio como de reencontro com sentidos culturais e antepassados (OLIVEIRA, 2006:60-115).

E a morte física? A temática da saúde dos escravos ainda carece de investigações mais sistemáticas, embora alguns autores já tenham se debruçado sobre as epidemias. Precisamos conhecer mais a respeito das condições de vida, trabalho e saúde nas áreas urbanas e rurais, com diversidades climáticas e econômicas. De forma pioneira, Karasch (2000:207) dedicou um capítulo do seu livro às doenças dos cativos urbanos. Com base nas causas *mortis* em registros de óbitos (Santa Casa de Misericórdia) analisou o alto índice de mortalidade escrava, o que resultava numa “correlação complexa entre descaso físico, maus-tratos, dieta inadequada e doença” (KARASCH, 2000:157). Além disso, a “falta de alimentação, roupas e moradias apropriadas, em combinação com os castigos” tanto enfraqueciam os cativos, como os preparavam “para serem liquidados por vírus, bacilos, bactérias e parasitas que floresciam na população densa do rio Urbano” (op. cit., p. 158). Condições

materiais da vida escrava matavam mais do que a própria violência física característica do cativo. Os dados que analisou permitiram identificar padrões de mortalidade diferenciados para homens, mulheres, crianças, africanos e crioulos, o que influenciava diretamente no comércio de compra e venda de *escravos novos*. Entre os anos de 1833-1849, cativos enterrados pela Santa Casa somavam: 83% com menos de 40 anos, dos quais 41,3% eram crianças (SOUSA, 2004, 33-58). Esta amostra fez Karasch sugerir que os “africanos enterrados na Santa Casa eram meninos e jovens adultos, enquanto brasileiros eram crianças de ambos os sexos”. Peculiaridades entre grupos de cativos e africanos em termos de mortalidade podiam expressar padrões demográficos, influenciando diretamente no equilíbrio entre os sexos da população e na estabilidade da família escrava. Karasch (2000:150) anotou que a mortalidade dos africanos recém desembarcados no Valongo não estava relacionada apenas às péssimas condições dos túmbeiros, onde eram transportados. Mesmo sobrevivendo à chegada, enfrentavam um novo desafio, como o da adaptação às novas condições de vida, pois “entre 1834-1838 e 1850, um período de doze anos, dependendo da data de chegada do navio, quase dois terços dos africanos da amostra morreram”, e somente, “um terço dos novos africanos do Valongo podia esperar viver como escravo mais de dezesseis anos. Tendo em vista que a maioria era importada com menos de catorze anos, talvez dois terços morreriam em idade jovem” (KARASCH, 2000:15). O caráter pestilento da cidade – péssimas condições sanitárias e a miséria – associado ainda a uma população flutuante de estrangeiros, era visto como principal fonte de mortalidade. Ela também argumentou que os escravos que viviam fora do ambiente mórbido urbano sofriam menos diante do processo de adaptação à nova vida e que, portanto, estariam menos expostos e suscetíveis as moléstias. Surge uma questão: em que medida os padrões de morbidade e mortalidade escrava das áreas rurais e/ou suburbanas diferia daqueles das áreas urbanas centrais da Corte? A própria historiadora sustenta que os cativos das regiões rurais não enfrentavam os mesmos problemas de adaptação que aqueles da Corte. Tal hipótese

– deveras interessante – não deve ser apenas confirmada em termos demográficos, mas perscrutada em termos de uma história social das doenças e saúde da escravidão no Brasil.

Tráfico e mortalidade

Ainda são poucos os estudos que recuperam as vozes africanas, as dimensões que tinham da escravidão na África e nas Américas, assim como as suas expectativas e visões sobre as doenças e a morte². Considerada parte importante da dimensão trágica na vida de milhares de africanos – aproximando-se daquela de um genocídio – a travessia atlântica dos litorais (feitorias e barracões) na África até os portos nas Américas aparece revelada em algumas poucas narrativas disponíveis e mesmo em relatos de tripulantes e capitães de navios negreiros. O livro recente de Jaime Rodrigues (2004) lançou luzes sobre várias questões do cotidiano das embarcações, travessias e tripulantes. Uma descrição dramática surge na memória do reverendo Pascoe Grenfell Hill que na década de 1840 – em plena época de repressão britânica contra o tráfico – permaneceu quase dois meses num navio negreiro capturado que fazia a rota de Moçambique ao Brasil. Havia ali cerca de 444 africanos, sendo 213 crianças. No final da viagem 177 mortos. Relatou:

“20 de abril, quinta-feira – (...) Parece que o maior sofrimento físico de todos eles é ma sede violenta e insaciável... (...) Eles pegam avidamente as gotas de chuva que ficam nas velas, colam seus lábios nos mastros molhados e engatinham até a gaiola das aves para compartilhar os alimentos colocados lá. Percebi alguns doentes lambendo o convés depois que este é lavado com água do mar. O jantar deles hoje consistiu de quatro sacos de feijão e dois de arroz fervidos juntos, o que proporcionou um copioso repasto. É distribuído em tinas, ao redor da qual eles estão sentados, em grupos de dez, e, a um sinal, começam a mergulhar suas mãos na mistura

2 Sobre as possibilidades de respostas dos escravos e africanos em função das suas cosmologias próprias, ver as tentativas de aproximação analítica de SWEET, 2003:175-188. Sobre africanos no Império Português, ver ainda: CALAINHO, 2001:141-176

e com grande habilidade levam o conteúdo até as suas bocas, mas sem nenhuma pressa desmedida ou voracidade. Muitos dos meninos estabeleceram-se na parte de trás do convés, perto do nosso camarote e não se mexem deste lugar nem mesmo durante a noite, tendo como coberta um pedaço de vela jogado sobre eles. Seus nomes são Macarello, que parece não ter mais do que seis anos de idade, Quelinga, Carrepa e Catula” (HILL, 2006:77).

Quem deixou registros da sua viagem como escravo num negreiro foi o africano – depois convertido em mulçumano na América – Mahommah G. Baquaqua. Traficado da África Ocidental para o Brasil nos anos 1830, depois vendido, alforriado e indo parar em Nova Iorque, ele publicou suas memórias, transformadas num libelo contra o tráfico e a escravidão:

“Fomos arremessados, nus, porão adentro, os homens apinhados de um lado e as mulheres do outro. O porão era tão baixo que não podíamos ficar em pé, éramos obrigados a nos agachar ou a sentar no chão. Noite e dia eram iguais para nós, o sono nos sendo negado devido ao confinamento de nossos corpos. Ficamos desesperados com o sofrimento e a fadiga” (BAQUAQUA, 1998:269-284).

Mais recentemente, tentativas de conexões entre o tráfico atlântico e os padrões de mortalidade escrava apareceram abordadas – de forma introdutória – no estudo inédito de Assis (2002). Ofereceu um quadro das doenças que assolavam as populações escravas das freguesias de Saquarema (rural) e de São José (urbana) entre o final o século XVIII e o início do século XIX. Sua hipótese principal é de que havia uma íntima relação entre as flutuações do movimento de desembarque dos cativos no Rio de Janeiro e a incidência da mortalidade escrava (ALENCASTRO, 2000). Propõe assim investigar como os padrões de mortalidade consubstanciaram-se em áreas urbanas e rurais, especialmente verificando o crescimento do tráfico atlântico no período de 1810 a 1830, apontando que

“ambos os ambientes mostram um crescimento relativo das (doenças) infecto-contagiosas frente aos traumas” causados pela violência e condições de trabalho “provando que em fase de maior migração africana as infecto-contagiosas tomam vulto assustador”. Embora, o impacto do tráfico atlântico possa ser verificado através do aumento nos padrões de mortalidade escrava adulta e africana em determinados períodos, o argumento sobre tal conexão “como agente da migração de doenças e patologias” (ASSIS, 2002:10) não considera as experiências africanas e escravas na diáspora como agentes de circulação de ideias, saberes, cosmologias e expectativas diante das doenças, mortes e práticas terapêuticas decorrentes. Quais os contextos da escravidão, trabalho, clima, procedência africana e crioulização demográfica? A ideia do tráfico atlântico como propagador de doenças e epidemias incidindo sobre padrões da mortalidade deve ser matizado, considerando outras variáveis das sociabilidades e das ideologias migratórias, assim como os seus desdobramentos. Não resta dúvida que o impacto microbiano pode ter provocado consequências conjunturais e demográficas, porém, é fundamental dar relevo aos aspectos ambientais, às condições sanitárias, aos regimes de trabalho, às dietas alimentares, aos vestuários, entre outros, para explicar as dinâmicas de morbidade e mortalidade numa determinada área escravista (ELTIS, 1984:301-308 e 1989:315-340; ENGERMAN, HAINES, KLEIN, & SHLOMOWITZ, 2001:93-118 e MILLER, 1981: 385-423).

A ideia de que os *tumbeiros* atlânticos – fundamentalmente – traziam bactérias foi criticada por Maul de Carvalho (2007), posto que tal assertiva – entre outras perspectivas – reforçaria (ainda que indiretamente) determinados *consensos biológicos*³ ainda presentes em estudos e pesquisas nas áreas de biologia e saúde. Tais *consensos* sempre atribuíram a causa e a propagação de certas enfermidades e epidemias à expansão mercantil marítima desde o século XV. Dentre os postulados cristalizados

3 Sobre a discussão dos *consensos* Diana Maul de Carvalho argumenta que: “A interpretação de que a boa saúde dos ameríndios, quando aqui chegaram os europeus, correspondia à ausência de agentes etiológicos é, evidentemente, anacrônica, não considerando o papel da forma de interação entre parasitas e hospedeiros na determinação da doença, ou seja, o papel da organização social na definição das possibilidades desta interação” (CARVALHO, 2007: 06).

– reproduzidos num senso comum – aparece a visão de origem africana ou europeia de determinadas enfermidades e a ideia da natural boa saúde indígena só afetada pela expansão colonial; enfim, imagens sobre o caráter migratório das doenças. Uma perspectiva reforçada nos argumentos do médico Otávio de Freitas, no seu estudo *Doenças africanas no Brasil* (1935). A difusão da imaginário do deslocamento humano através das margens do Atlântico evocaria a percepção naturalizada de deslocamentos de doenças, tanto desconsiderando a “forma de interação entre parasitas e hospedeiros na determinação da doença”, como desconhecendo transformações “na forma de ocupação do território, na organização social” resultando “uma nova ‘equação nosológica’ a partir de elementos pré-existentes”. Maul de Carvalho propõe uma relativização em torno de tais *consensos biológicos* questionando “até onde os indícios das variadas fontes podem nos levar na tentativa de distinção entre doenças existentes no território africano no século XIX que possam ter cruzado o Atlântico” em ambos os sentidos. Isso sem falar das “doenças cujos agentes etiológicos já estavam presentes”, podendo então ser “viabilizada ou amplificada pelo tráfico de escravizados” (CARVALHO, 2007:6). Concordamos quando ela argumenta de que maneira as conexões entre doenças e escravidão devem levar em conta peculiaridades, contextos históricos e formações sociais. Emergirá com maior força um campo de estudos das doenças –recente e promissor – a partir de investigações sobre os quadros nosológicos de determinadas populações, com muita atenção às configurações específicas de certas enfermidades, considerando as moléstias e os agentes propagadores e de transmissores.

É fundamental desvencilhar-se da armadilha retórica da vitimização, sendo necessário abandonar a ideia de uma África romantizada, no passado e no presente. A visão estática de uma *África eterna* tem sido criticada nos últimos 40 anos por estudos que procuram destacar transformações e impactos. Não se pode negar que o comércio de escravos no Atlântico foi a principal via de contato entre africanos e europeus da metade do século XVI até o final do XX. Mas devemos considerar mudanças sociais, qual seja a dinâmica africana (MANNING, 1988:8-29). Os

debates entre especialistas (hoje em dia também africanos, e não apenas com a presença majoritária de pesquisadores europeus ou norte-americanos) são permeados por abordagens – com auxílio de história oral e arqueologia – mais complexas sobre a história das sociedades africanas e não somente a atribuir valor às forças externas de mudança. É fato que perspectivas recentes não se constituíram num vazio de historicidade. Anteriormente produzidas num período colonial, as novas interpretações da história africana atravessaram o contexto das independências e da descolonização, principalmente a partir dos anos 60 do século XX. Entre as questões suscitadas – desde a natureza das fontes e os sentidos das conclusões – estavam as análises sobre a escravidão na própria África; o impacto do comércio negreiro nas sociedades pré-coloniais; assim como o conjunto de fatores demográficos (alteração de preços, quantidade, faixa etária, composição sexual). Refutando a dicotomia de sociedades robustas/resistentes à pressão ou aquelas frágeis e facilmente abaláveis, surgiram reflexões detalhadas sobre regiões, áreas, sociedades e micro-sociedades africanas onde lógicas internas diversas – tais quais secas, doenças e fome – causaram impactos devastadores; sem falar que, em alguns casos, ocorreram índices de recuperação e taxas de crescimento natural. Daí a necessidade, cada vez mais urgente, de – sobretudo no Brasil e o sentido da sua formação colonial – se pensar em *Áfricas* e refletir a respeito dos diferentes impactos em sociedades diversas. Áreas com micro-sociedades sem controle estatal, aquelas com estados consolidados, trocas comerciais, produção do escravo via guerra, processos judiciais e raptos, além de disputas por recursos e ecossistema. Enfim, tanto regiões da África Central e Oriental com devastações e tráfico interiorizado; como outras da África Ocidental, onde em alguns lugares houve um desenvolvimento viável com um tráfico no litoral. Estudiosos convergem no entendimento de que a escravização e comércio negreiro foram produtores e produtos da interação entre a demanda externa euro-americana e as condições domésticas africanas. Existe também uma avaliação sobre impactos e desdobramentos, passando pela expansão e subsequente transformação da poliginia; o desenvolvimento de dois

tipos de escravidão no continente; a criação e posterior empobrecimento de uma classe de mercadores africanos; e a expansão final da escravidão na África em fins do século XIX (LOVEJOY, 2002 e THORNTON, 2004). No Brasil – tanto para especialistas como para o público mais amplo – parte do desconhecimento sobre a história africana tem sido remediada pelas obras de Alberto Costa e Silva (2002), a tradução recente de livros importantes de especialistas e a rede de investigações entre brasileiros, estrangeiros e centros de pesquisas especializados em história da África.

O grande impacto do tráfico atlântico se dá a partir de 1650, quando aumenta a demanda/ preço e diminuem os custos. A viragem ocorre entre 1600 e 1800, sendo que o volume total do tráfico de africanos para as Américas continua sendo revisto, passando pelos pioneiros cálculos de Maurício Goulart (1975) para o Brasil, o estudo clássico de Philip Curtin (1969) e alcançando os novos números de David Eltis (2000). Há debates e números discrepantes em torno das estatísticas. Entre as maiores estimativas e aquelas recalculadas, pode haver uma variação de 10 a 15 milhões de africanos, embora exista ainda pouca informação sobre o volume do tráfico interno africano e o seu fator islâmico desde o século XV. Há ainda dimensões africanas do tráfico pouco conhecidas, a partir de fontes históricas locais, o caso de Angola. E, mesmo para os cálculos de desembarques no Brasil – principalmente no século XIX – os números dos bancos de dados internacionais disponíveis ainda são incompletos, pois áreas como o Maranhão continuaram a receber escravos – muitos da Alta Guiné – até 1835, sem falar da clandestinidade do comércio negreiro e das notícias de contrabando até 1860 para o sudeste cafeeiro. Enfim, para o Brasil já temos bons cálculos sobre navios, viagens, portos de embarque e desembarque, mas pouco conhecemos sobre as praias e as savanas africanas de onde saíram milhões de homens e mulheres, suas identidades e expectativas.

Por outro lado, há consenso a respeito do volume e participação luso-brasileira com 38% a 43% de africanos, traficados e desembarcados no Brasil. Fundamentalmente, homens jovens e poucas mulheres e crianças. Em todas as Américas, as taxas de mortalidade do tráfico foram

altíssimas, variando até 20% dos embarcados. Para o tráfico francês no século XVIII as perdas de 5 a 15% eram consideradas “aceitáveis”. Segundo Maurício Goulart (1975), o Rei de Portugal, em 1690, teria mandado rezar duas mil missas pelas almas dos “pretos mortos nas travessias marítimas”. Existia um alvará de 18 de março de 1684 que tentava regular o número de cativos em cada navio e as condições de transporte. Na teoria: limites de embarcados, três refeições diárias e uma canada de água por dia; devendo existir medicamentos para os doentes e um capelão a bordo para rezar missas e dar extrema-unção aos moribundos. Na prática: número de mortes continuaria elevado. A incidência de mortalidade na travessia estava também relacionada aos padrões tecnológicos das embarcações (menores e mais velozes no século XIX), duração e percurso das viagens dos negreiros. De 35 a 40 dias era a duração média de uma viagem de Luanda para o Rio de Janeiro. Para a região da África Oriental – portos de Moçambique, Inhambane e Quilimane – podia alcançar mais que o dobro de dias. Os índices de perdas humanas iniciados no litoral africano, aumentados na travessia com o navio negreiro, ainda eram acrescidos no período inicial de armazenamento, venda e viagens para as unidades produtivas, fazendo com que de 11 a 15% dos africanos desembarcados morressem nas primeiras semanas. Se considerarmos os cálculos do historiador Joseph Miller (1981) para o tráfico em Angola nos séculos XVII e XVIII, os números são aterradores. Considerando o que denomina de “aclimatação” Miller estimou que cerca de 40% dos africanos transformados em escravos (capturados em guerras e *razias* na *hinterland* da África Central) morriam até chegar ao litoral. Lá, cerca de mais 10 a 12% faleciam nos barracões antes de serem embarcados. Mais 9% falecia na viagem e, dos sobreviventes, quase a metade morria em menos de quatro anos. Por estes cálculos, entre mil escravizados na África, apenas pouco mais de 200 sobreviveriam às experiências de escravização, jornadas ao litoral, confinamento nos portos de embarques, travessia atlântica e “aclimatação” nos primeiros anos.

No Rio de Janeiro, no alvorecer do século XIX, a chegada da família real – não por coincidência – impulsionou a máquina negreira de

produzir escravos, lucros e mortos. Aumenta o fluxo do tráfico, posto que envolvido com inúmeros comerciantes negreiros lisboetas, brasileiros e estrangeiros ávidos pelo negócio. A média anual de entrada de quase 10.000 africanos entre 1790 a 1808, pulou para cerca de 18.000 no período posterior, de 1809 a 1820. Aumentando o número de desembarques, crescia a incidência de mortalidade em números alarmantes. Sabe-se que o próprio príncipe regente, D. João, chegou a emitir um decreto, oferecendo recompensas para os capitães de navios negreiros e os cirurgiões dos mesmos que mantivessem baixas as taxas de mortalidade de suas embarcações. Talvez pouco tenha adiantado. No Rio de Janeiro urbano, no cemitério do Valongo, contíguo a área desembarque, somente entre 1825 a 1829 foram sepultados 5.826 “pretos novos” (PEREIRA, 2007:109 e seguintes).

Qual impacto da rotina do trabalho em determinados contextos na vida e saúde escrava? Quais são as fontes que poderiam revelar índices e padrões de enfermidades, além de registros nas paróquias de óbitos com *causa mortis* ou avaliações nos inventários *post-mortem*. Além disso, como epidemias podiam produzir impactos demográficos em algumas áreas? E as epidemias nas áreas rurais? E em outras áreas escravistas? (CARRIGAN) Por exemplo, há poucos estudos sobre o impacto da epidemia de cólera (*Cholera-morbus*) no século XIX, para várias regiões. No Rio de Janeiro, a cólera, entre os anos de 1855 e 1856, provocou alta mortalidade na população escrava, tanto no centro da cidade como no interior da província. Na Corte Imperial, das 4.899 vítimas do cólera, 2.523 eram escravas. Em áreas rurais, cativos foram ainda mais atingidos. Em meados de 1856, em apenas oito dias, o cólera matou mais de 30 escravos na fazenda do Rio Seco, no município de Rio Bonito. Em Barra Mansa, das 372 pessoas mortas, 311 eram escravos. Já na Vila de São João do Príncipe, em apenas um mês e meio – entre o final do ano de 1855 e início de 1856 – cerca de 500 pessoas foram infectadas, sendo 164 livres e 334 cativos. Dos 160 mortos, 108 eram escravos. A região de Iguaçu, já considerada “célebre pela devastadora epidemia de febres perniciosas”, ficou ainda mais exposta ao cólera em consequência dos

contatos mercantis com outras áreas da província por meio do abastecimento fluvial. Sabe-se que o cólera chegou a Iguaçu por meio de um escravo empregado na cabotagem e serviço de navegação entre os rios locais e a freguesia da Ilha do Governador, próximo à Corte. Também africanos recentemente comprados – que seguiam para as áreas cafeeiras de Vassouras e Valença por estradas que cortavam Iguaçu – eram vitimados pelo cólera⁴. Kiple (1985:157-177) ao abordar as epidemias de cólera no Caribe, no século XIX, destacou a grande incidência de morte na população negra. Em Cuba, por exemplo, 3/4 da população que tinha morrido em virtude de cólera era negra (cerca de 75% destes mortos eram escravos). O impacto desta epidemia se deveu, em grande parte, às péssimas condições sanitárias, tanto nas cidades, onde a comunidade negra predominava sobre a população livre pobre, como nas áreas rurais, onde o predomínio populacional era dos escravos.

Mas existem outros exemplos de inflexões no tratamento da temática sobre doença e escravidão. Freyre (1963:39) foi pioneiro quando destacou os tipos biológicos e físicos dos escravos, a partir dos anúncios de fugas, compra, aluguel e venda de escravos, especialmente no *Jornal do Commercio* (Rio de Janeiro), *Diário do Rio de Janeiro* e *Diário de Pernambuco*. De forma original, procurou verificar aspectos da etnicidade africana, dando relevo às doenças, às marcas corporais e à saúde escrava. Numa perspectiva etnográfica, ofereceu uma descrição detalhada e rica das condições físicas, das cicatrizes, dos hábitos, dos comportamentos, das indumentárias e das deformações corporais. Emergiram indícios da vida escrava no Brasil, especialmente da saúde (ou falta dela) devido à alimentação, ao clima e às condições de trabalho. Ao contrário dos anúncios de compra, venda e aluguel, nos quais as qualidades dos cativos eram ressaltadas, naqueles de fugas o quadro descritivo seguia outra linha. Entre as características mais citadas por Freyre (1963:124) estão “efeitos” de raquitismo, erisipela, escorbuto, bexigas, boubas, sífilis e oftalmia. Numerosos eram aqueles escravos “rendidos”, “quebrados” ou cheios de “bicho-de-pé”. Reforça-se assim a importância do contexto demográfico

4 Cf. Relatório do Ministério do Império, 1855-56, p. 28, 30-31, 35-36, 38 e 81.

e do meio social dos mundos do trabalho para uma melhor compreensão do quadro de morbidade. Segundo Freyre (1963:125) – de acordo com os anúncios analisados – as doenças denominadas africanas trazidas aparecem bem menos significativas do que as “doenças e vícios aqui adquiridos”, fazendo crer ser “na grande maioria causas nitidamente sociais e brasileiras: excesso de trabalho em plantações e em casas burguesas, às vezes má dormida, má alimentação e más condições de vida nas senzalas, castigos, vícios, acidentes de trabalho, precocidade no esforço bruto”.

Outras análises explorando novos ângulos alertaram para a importância de investigações mais sistemáticas. Betânia Figueiredo (2006:252) destaca “a possibilidade de investigar o conhecimento na área de saúde trazido pelos africanos” e como “esse conhecimento interage com a cultura local forjando uma estrutura própria para compreender a saúde e a doença” (FIGUEIREDO, 2006:253). Ressaltou que os aspectos da saúde escrava encontrados em manuais, teses médicas e narrativas de viajantes apontam para existência de “um conjunto de conhecimentos produzidos, sistematizados e disponibilizados para os cuidados da população escrava” que precisam ser sistematizados. Exemplificou com o tratado de medicina de Luis Gomes Ferreira, o *Erário Mineral*, onde aparecem descritas tanto as principais doenças que afetavam as populações escravas nas regiões mineradoras, como as práticas terapêuticas indicadas. Outro aspecto assinalado é o papel do ambiente para determinar o desenvolvimento de determinadas moléstias. Para Luís Gomes Ferreira, por exemplo: “o certo é que o clima das Minas é o fomento de tal doença e o que impede a cura dela, para nenhum ficar são radicalmente...” (FERREIRA apud FIGUEIREDO, 2006:261). A questão do ambiente – e sua complexidade envolvente – deve ser investigada visando um mapeamento do quadro nosológico dos escravos em cada região e contexto.

Na medida em que as taxas de mortalidade cresciam, decorrentes do perfil nosológico da população escrava, estratégias de combate às moléstias e práticas de curar eram acionadas por escravos, africanos, libertos, crioulos e a população livre e pobre, em geral. As *artes de curar* ganhavam cada vez mais visibilidade, na maior parte das vezes como primeira

alternativa de tratamento. A saúde dos escravos e suas práticas de cura – antes vistas pelas “frestas da história” (PÔRTO, 2006:1020) – podem ser recuperadas em dimensões mais complexas. Ângela Pôrto analisou a assistência médica aos cativos do Rio de Janeiro a partir do tratamento homeopático. Introduzida no Brasil pelo médico francês Benoit Mure⁵, na década de 1840, a homeopatia foi muito utilizada por proprietários de escravos, tanto nas áreas urbanas da Corte, como naquelas rurais do Vale do Paraíba. A autora considerou que a popularidade da medicina homeopática – embora inicialmente sob desconfiança médica – ganhava espaço em função de sentidos e significados espiritualistas. Além disso, chamou atenção para as possíveis diferenças de tratamento dos cativos urbanos e aqueles das zonas rurais, mais interioranas. Os primeiros teriam mais autonomia na escolha de um tratamento, enquanto que fazendeiros lançavam mão de recursos locais, quando “curandeiros, quimbandeiros, feiticeiros eram chamados na ausência de médicos itinerantes” (PÔRTO, 1988:14). Porém, a ausência de médicos não era um fator determinante para as escolhas das terapias e tratamentos. Elementos culturais com sentidos ressignificados informavam cosmologias sobre doenças e curas para as várias comunidades escravas.

A temática das práticas terapêuticas através de curandeiros, barbeiros e outros agentes populares tem sido objeto de análise de diversos estudos mais recentes. Novas pesquisas demonstraram o papel destes personagens – detentores de um saber popular – atuando ao longo do século XIX. Aparentemente invisíveis, tais protagonistas da *arte de curar* eram temas frequentes nas discussões entre médicos acadêmicos. Citados em periódicos, entre um misto de preconceito e denúncia, ou perseguidos pela polícia, curandeiros/feiticeiros tinham a confiança da população, especialmente escrava, livre e pobre. Houve contextos em que seus serviços foram usados pelo governo e requisitados por setores sociais mais abastados. Talvez seja possível argumentar que a distância,

5 Instituto Homeopático do Brasil (1843). Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/insthomb.pdf>. Acesso em: 22/09/16.

que tanto pode ter favorecido a expansão de práticas de cura locais no período colonial, não seja a única explicação para a permanência de uma cultura terapêutica popular no Brasil pós-colonial. No limiar do século XIX, terapeutas populares continuavam atuantes. Somente pós-1840, as relações entre instituições médicas e terapias populares mudaram significativamente. É o que revelou o estudo de Tânia Pimenta (1998), ao analisar a Fisicatura, órgão criado pela Coroa em 1808, e que existiu até 1828, visando regulamentar diversas práticas populares de cura. Ela reconstituiu o perfil dos terapeutas, posições de classe e esfera de atuação. Até as primeiras décadas do século XIX, podiam atuar legalmente, desde que apresentassem uma carta de autorização emitida pela Fisicatura, um recurso burocrático oneroso, sem falar das relações pessoais e diferenças sociais que envolviam tanto autorizações como proibições. Pimenta considera que a menor frequência de licenças estava associada aos curandeiros, aos sangradores e às parteiras, podendo revelar como os próprios podiam avaliar não ser necessário oficializar seus ofícios ou mesmo desconhecer a noção de ilegalidade para as suas práticas. Mesmo sendo as cartas de autorização difíceis de obter e mantivessem uma hierarquia entre os terapeutas, verifica-se que os saberes desses terapeutas populares eram reconhecidos como legítimos pelo governo, reafirmando com a concessão de licenças, a importância de vários procedimentos de cura na sociedade. Os sangradores, por exemplo, tinham destacado papel. De acordo com a documentação dos *pedidos de licença e de cartas para o livre exercício da arte de sangrar*, Pimenta encontrou os sangradores distribuídos em relação à naturalidade da seguinte forma: 64% deles eram africanos, 21% nasceram em Portugal e 13% no Brasil e 2% em outros locais; dos nascidos no Brasil, eram em sua maioria escravos e forros, descendentes de africanos, sendo que muitos deles trabalhavam como negros ao ganho (PIMENTA, 1998:352). Há casos de senhores que enviavam seus cativos para aprender o ofício de sangradores junto ao Mestre Régio dos sangradores. Sem falar de alguns sangradores que conseguiam comprar sua alforria através dos rendimentos do seu ofício. Com a extinção da Fisicatura, as relações entre terapeutas populares

e instituições médicas foram modificadas. Depois de 1828, quem não tinha carta era considerado ilegal, sendo a categoria 'curandeiro' sequer citada. Com a transformação das academias médicas em faculdades, na década de 1830, o título de sangrador não mais seria concedido. As Câmaras começaram a rejeitar as cartas da Fisicatura e as faculdades de medicina passaram a expedir títulos de farmacêutico, parteira e doutor em medicina. A frequência de reclamações dos médicos científicos junto às autoridades do governo contra as práticas de curas revela como sangradores e curandeiros continuavam a exercer seus ofícios. Assim, a preferência pelos procedimentos populares em detrimento dos médicos científicos avançou no século XIX, tendo como uma das explicações as relações entre terapeuta e doente, assim como o compartilhar das concepções de doença e cura.

Ainda assim, pouco sabemos sobre esses curadores coloniais e depois no Império. Eram mestiços, pobres, africanos, indígenas, ciganos? Gabriela Sampaio (2005) encontrou no século XIX diversos agentes de cura populares atuando na sociedade carioca. Desvendando o universo cultural dos mesmos recuperou perfis e significados de suas práticas, abordando as polêmicas nos jornais em fins da década de 1880. Numa perspectiva polissêmica emergiram diferentes imagens, defendendo ou atacando as práticas populares de curas. Em meio a um contexto social urbano de confronto, aparece o curandeiro *Marius*, personagem frequente dos noticiários e, ao que se sabe, figura conhecida por toda a Corte e adjacências devido às suas habilidades de cura. Apresenta-se um cenário urbano onde as práticas de curas faziam parte do cotidiano, mesmo com o esforço de repressão. Através de trajetórias de vidas, é possível avaliar a penetração cultural de diversas práticas de cura, ilegais ou legais. O argumento de que a crença na medicina acadêmica não alcançara legitimidade e aceitação no conjunto maior da população é reforçada por Sampaio. Mesmo com todo o esforço dos cientistas nas últimas décadas do século XIX, resultando na unidade do discurso do governo na gestão de políticas públicas de intervenções urbanas e sanitárias. As práticas populares generalizavam-se ainda mais.

Governo dos escravos e dimensões das doenças e da morte: significados e sentidos da diáspora

Os importantes estudos assinalados – com abordagens e expectativas diversas – indicam sobretudo a importância de mais pesquisas sobre doenças e saúde das populações coloniais e pós-coloniais. Sob diferentes aspectos, é fundamental verificar elementos que compuseram o quadro nosológico dos escravos nos séculos XVIII e XIX, indicando doenças, curas, condições de vida, morte. Paradoxalmente, os estudos relacionando doenças e escravidão na historiografia brasileira concentram-se nas áreas urbanas. Pouco conhecemos sobre os contextos rurais, ainda mais numa perspectiva comparativa. Não houve tentativas mais sistemáticas de verificar padrões de morbidade e mortalidade escrava entre regiões diferentes, considerando climas, regimes demográficos, geografia, impacto do tráfico em até três gerações, *crioulização*, procedência africana, faixa etária, índices de mortalidade infantil, frequência de natalidade, grandes e pequenos plantéis, além de políticas senhoriais.

Um estudo recente analisou a circulação de ideias e práticas sobre o controle da escravaria nas Américas. Marquese comparou manuais agrícolas e memórias econômicas que trataram – a partir das tradições cristãs e ilustradas – do governo dos escravos. Conexões, vínculos e diálogos cruzados transformaram-se em eixos fundamentais, numa abordagem que avaliou como foram percebidos e interpretados a administração e o controle sobre os cativos em diversos sistemas escravistas. Eis aqui um debate (com expectativas e percepções diversas) transnacional e intercultural ainda não recuperado pelas reflexões – estritamente demográficas – dos estudos de escravidão no Brasil. Escapando da pouca amplitude das análises, que tão somente enfatizaram os supostos regimes *nacionais* escravistas, Marquese nos conduz – do século XVII ao XIX – por Cuba, Jamaica, São Domingos, Martinica, Guadalupe, Sul dos EUA e Barbados. Com sofisticação teórica, investiu na compreensão dos contextos intelectuais da produção de um ideário da administração de escravos entre vários letrados e suas obras. Ao reconstruir, cuidadosamente, várias concepções sobre a normatização de práticas senhoriais tornou possível

avaliar – abriram-se vários caminhos – faces (e fases) do processo de formação das sociedades escravistas atlânticas (MARQUESE, 2004). Mas é possível fazer o caminho de volta. Partindo das expectativas senhoriais – avaliando as preocupações e significados das políticas escravistas dos fazendeiros – poderemos alcançar o contraponto da política escrava. Para senhores e letrados – em tempos e espaços diversos – problemas comuns se apresentavam, relacionando custos, preços, mortalidade, organização familiar, doenças, protestos escravos e críticas antiescravistas. E nas senzalas e casebres para escravos, africanos, libertos e crioulos?

Em termos analíticos, podemos adentrar senzalas – mesmo que indiretamente – e perceber lógicas culturais e significados cruzados de doenças e mortes no interior das comunidades escravas. Em 1854, fazendeiros de Vassouras, que continuavam alarmados com os rumores de insurreições escravas, promoveram uma reunião. Realizada em agosto, deliberou sobre a nomeação de uma “comissão permanente”⁶ – formada por fazendeiros locais – que tinha como objetivo “recomendar e insistir” quanto à “observância das medidas e providências” então deliberadas. Com a aprovação de várias medidas, os grandes proprietários procuravam organizar-se, tomando medidas conjuntas e coordenadas para evitar “surpresas desagradáveis”. Visando prevenirem-se de eventuais insurreições que significavam “tão terrível mal” para a região, procuraram adotar, sem demora, providências adequadas. É possível ver aí as percepções senhoriais sobre a cultura escrava nas senzalas, quiçá as práticas escravas e africanas na diáspora de cura relacionadas com complexos sentidos sobrenaturais (HEYWOOD, 1999:9-23 e MANN, 2001:3-21). Em dois itens do documento produzido por tal comissão, aparecem comentários sobre a promoção, por parte dos senhores, de “divertimentos” e “ideias religiosas” entre os cativos, visando aos aspectos ideológicos de um controle social eficiente sobre a população escrava. Rezava o quarto item sobre a importância de “permitir e mesmo promover divertimentos entre os escravos”, posto que “privar dos passatempos o homem que trabalha de manhã até

6 Cf. Instruções para a Comissão permanente nomeada pelos Fazendeiros do Município de Vassouras. Rio de Janeiro, Typ. Episcopal de Guimarães &CA, 1854.

a noite, sem nenhuma esperança, é barbaridade e falta de cálculo”. Além disso, os africanos eram considerados “apaixonadíssimos de certos divertimentos”. Os divertimentos dos quais falavam estes fazendeiros certamente eram os *jongos* promovidos pelos escravos, práticas relacionadas a enterramentos, ritos fúnebres e também contatos com os antepassados. Analisada somente no aspecto da dança/música, ainda sabemos pouco sobre as dimensões religiosas (especialmente significados fúnebres) do *jongo*, numa perspectiva de recriação na diáspora. Quais os significados das práticas religiosas e rituais dos escravos no tocante à morte e às doenças? Afinal, havia uma cultura propriamente escrava, no sentido das populações locais? É possível argumentar, no sentido de terem sido criados conteúdos e significados culturais diversos e multifacetados nas senzalas (SLENES, 2007:109-156). Há um amplo debate teórico e metodológico em torno das ideias de diáspora, desde as análises clássicas de Mintz (1976) e Price (2003) passando pelo debate mais recente entre africanistas. Não haveria necessariamente, enquanto modelos cristalizados, uma cultura africana essencializada mas pluralidades culturais, com semelhanças, diferenças, aproximações e distanciamentos de várias origens, que engendrar-se-iam, gestando experiências culturais diversas (STUCKEY, 1987 e THOMPSON, 1987). Significados culturais de origens africanas eram re-inventados pelos escravos no Brasil, não só para a primeira geração de africanos, mas também aquela de cativos crioulos (SLENES, 1991/1992 e 1995:271-536).

Enfim, de um lado, fazendeiros reconheciam (talvez não necessariamente pensando em manipular/controlar como quiseram algumas interpretações) as dimensões religiosas e lúdicas forjadas pelas comunidades de senzalas e a importância das mesmas para os próprios escravos. Não podia haver “barbaridade e falta de cálculo” por parte dos fazendeiros; era necessário não só “permitir”, mas “mesmo promover divertimentos entre os escravos”. Por outro lado, pareciam não querer enxergar ainda que, por trás de tais “divertimentos”, era gestada uma comunidade e uma cultura própria entre os escravos. Sendo assim, no quinto item, ressaltavam também a necessidade de se: “promover por todos os meios o

desenvolvimento das idéias religiosas entre os escravos, fazendo com que estes se confessem, ouçam missa o maior número de vezes e celebrem mesmo certas festas religiosas”. Além do “dever cristão”, o fazendeiro tirava “grandes vantagens”. Lembavam que a religião constituía-se num “freio” posto que ensinava “a resignação” aos escravos. Além do mais, e talvez mais importante nesta medida, era o caráter ideológico da promoção da religião cristã, visando a inibir as práticas religiosas de origens africanas próprias dos escravos. Os cativos dedicados ao catolicismo ficariam menos expostos às “idéias dos africanos” que, movidos “pela tendência mística do seus espíritos”, acabavam por “organizar sociedades ocultas, aparentemente religiosas, mas sempre perigosas”.

Pouco conhecendo das práticas religiosas dos escravos, nas quais, o sagrado e o profano se misturavam, os fazendeiros destacavam a necessidade de se tomar medidas que eram, no fundo, contraditórias. Ao mesmo tempo em que se enfatizava a promoção da religião católica entre os escravos para, entre outras coisas, minar a difusão das práticas religiosas africanas, consideradas, além de pagãs, “perigosas”, os fazendeiros ressaltavam a necessidade de se promover “divertimentos” entre os escravos, desconhecendo assim os conteúdos religiosos destas práticas⁷. Temores impressos na frenética troca de correspondência entre autoridades policiais revelariam etnografias nesta direção. Em Vassouras, por volta de junho de 1847, falava-se da organização, por parte de uma “sociedade secreta” – da qual seria chefe um pardo livre – de um plano de sublevação. Já em São João do Príncipe, em 1857, noticiava-se que os escravos das fazendas do Comendador Breves realizavam encontros noturnos ocultos com “fins sinistros” e tinham uma “sociedade secreta” denominada “D. Miguel”, que bem podia ser São Miguel das Almas, outro santo católico com grande popularidade entre os escravos no Rio de Janeiro. Na ocasião, em carta enviada ao presidente da província fluminense, assim ressaltava o fazendeiro Comendador Breves a respeito desses fatos:

7 As reflexões instigantes sobre as conexões entre pregações cristãs e as expectativas dos escravos encontram-se em COSTA, 1998.

“(…) é verdade que há seis meses a esta parte tem se notado não só nas minhas fazendas, como em outras muitas, reuniões de escravos que, se reúnem de noite em grupos ocultos que dizem ser para assentarem em sociedade que lhe dê o título de D. Miguel, e cada iniciado é queimado e bebe pólvora e outras misturas, tanto assim, que, nas buscas que tenho mandado dar achou se grande quantidade de pólvora nas senzalas em que se acham 34 latas de libra de pólvora, e estas baboseiras apesar de castigos ainda continuam, porém sem que se possa daí inferir tal indício de sedição mesmo porque estão neste manejo pretos e até crianças, o que acredita, são certos negros espertalhões que inventaram isso para receberem dinheiro dos mais tolos como tenho verificado, e paga um tanto cada iniciado a favor dos mestres da seita”.

Na revolta descoberta em Vassouras, consta igualmente que os cativos realizavam suas reuniões em torno da imagem de Santo Antônio. Em que medida tais práticas (travestidas de rumores e denúncias) podiam também ressignificar dimensões e significados de doenças e mortes para as populações escravas?⁸

Seguindo os estudos internacionais, especialmente sobre os regimes demográficos para o Caribe, várias questões poderiam ser abordadas, tanto para estudos mais demográficos como em história social e da diáspora (KIPLE, 1984:89-134). Além disso, o cruzamento de história das mentalidades, história das ideias e, principalmente, geografia, ecologia e história biológica ofereceria importantes indicações. Como as doenças afetavam as comunidades escravas em contextos diferentes? Quais as formações ecológicas, ambientais e geografias nas áreas de mata atlântica e a formação da *plantation* cafeeira no primeiro quartel do século XIX? Como pensar as condições de vida em áreas de baixada e de cana de açúcar? Para além dos cruzamentos com a demografia do tráfico, como seria importante comparar doenças e índices de mortalidade com período

8 Uma reflexão sobre a percepção senhorial de melhoria no tratamento dos escravos aparece em GASPAR, 1988:1-28.

de safra, colheita e plantio? Qual a dieta alimentar das *plantation*? Havia diferenças e semelhanças em áreas açucareiras, cafeeiras e/ou dedicadas às economias de alimentos? Qual o impacto da má nutrição? E sobre a mortalidade infantil?⁹ Quais os níveis de convergência com o dados de mortalidade da população livre? Sobre a população adulta, existiriam grandes diferenças (doenças, frequências, faixa etária) entre livres, libertos, escravos, africanos e crioulos? (SAVITT & YOUNG, 1988:133-140) Quais eram as práticas médicas nas senzalas e aquelas mobilizadas por fazendeiros? (SAVITT, 1991) Como relacionar dietas alimentares com doenças? Quais as expectativas senhoriais sobre doenças e valor de escravos doentes?

Com base em memórias, cronistas, inventários, registros paroquiais etc. precisamos perscrutar a vida escrava para alcançar os significados – além daqueles senhoriais – que os próprios africanos e crioulos atribuíam as doenças e a morte (SOUSA e MARIOSA, 2005:571:575). Por exemplo, pouco sabemos ainda sobre as diferenças dos regimes climáticos, e o impacto na absorção (ou falta de) de determinadas proteínas em dietas alimentares. Investigações mais recentes envolvendo pesquisadores de várias áreas, projetos mais amplos e investimento institucional poderão ampliar as possibilidades de reflexões em torno do passado da escravidão e os padrões de mortalidade e doença.

Referências bibliográficas

ALENCASTRO, Luis Felipe de. *O trato dos viventes. A formação do Brasil no Atlântico Sul*. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

ASSIS, Marcelo Ferreira de. *Tráfico atlântico, impacto microbiano e mortalidade escrava*, Rio de Janeiro c.1790 – c.1830. Rio de Janeiro: PPGHIS, 2002.

BAQUAQUA, Mahommah G. “Biografia de Mahommad G. Baquaqua”. *Revista Brasileira de História*, n 16 (ago./1988), *apud* ALBUQUERQUE. Wlamyra R. de. *Uma história do negro no Brasil*. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006.

9 Para a mortalidade infantil temos que considerar não apenas a população crioula de recém nascido, mas também o impacto do tráfico. LOVEJOY, 2006:197–217

CALAINHO, Daniela Buono. *Jambacousses e gangazambes: feiteiros negros em Portugal. Afro-Ásia*, Salvador: v. 25-26, 2001.

CARRIGAN, Jo Ann. "Yellow fever: scourge of the South", In SAVITT, Tood L. & YOUNG, James Harvey. (eds.) *Disease and distinctiveness in the American South*. Knoxville, University of Tennessee Press, 1988.

CARVALHO, Diana Maul. de. "Doenças dos escravizados, doenças africanas?" In PÔRTO, A. (org.). *Doenças e escravidão: sistema de saúde e práticas terapêuticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. CD-ROM il.

CHALHOUB, S. "What are noses for? Paternalism, social darwinism and race science in Machado de Assis". *Journal of Latin American Studies*, Londres, v. 10 n. 2, 2001.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços, epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.

COSTA, Emília Viotti da. *Coroas de glória, lágrimas de sangue. A rebelião dos escravos de Demerara em 1823*. São Paulo, Cia. Das Letras, 1998.

CURTIN, Philip D. *The Atlantic slave trade: a census*. Wisconsin, The University of Wisconsin Press, 1969.

ELTIS, David. "Fluctuations in mortality in the last half century of the transatlantic slave trade". *Social Science History*, v. 13, n. 3, 1989.

ELTIS, David. "Mortality and voyage length in the middle passage: new evidence from the nineteenth century". *The Journal of Economic History*, v. 44, n. 2, 1984.

ELTIS, David. *The rise of African slavery in the Americas*. Cambridge, Cambridge University Press, 2000.

ENGERMAN, Stanley L.; HAINES, Robin; KLEIN, Hebert & SHLOMOWITZ, Ralph. "Transoceanic mortality: the slave trade in comparative perspective". *The William and Mary Quarterly*, 3rd serie, v. 58, n. 1, 2001.

FERREIRA, Luís Gomes. *Erário mineral*. FURTADO, Júnia Ferreira (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz; Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2000.

FIGUEIREDO, Betânia. G. "As doenças dos escravos: um campo de estudos para a História das Ciências da Saúde". In NASCIMENTO, D.R.; CARVALHO, D.M. de; MARQUES, R. de C. *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Mauad, 2006.

FREYRE, Gilberto. *O escravo nos anúncios de jornais brasileiros do século XIX*. Recife: Brasileira, 1963.

GASPAR, David Barry, "Slavery, amelioration and sunday markets in antigua, 1823-1831", *Slavery & Abolition*, v. 9, n. 1, 1988.

GOULART, Maurício. *A escravidão africana no Brasil: das origens à extinção do tráfico*. 3 ed. São Paulo: Alfa-Ômega, 1975.

HEYWOOD, Linda M. "The Angolan-Afro-Brazilian Cultural Connections", In FREU, Sylvia R. & WOOD, Bety (orgs.) *From slavery to emancipation in the Atlantic world*. London, Portland, Frank Cass, 1999.

JOHNSON, Walter. *Soul by soul. Life inside the antebellum slave market*. Cambridge, Harvard University Press, 1999.

KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro: 1808-1850*. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

KIPLE, Kenneth F. "Cholera and race in the Caribbean". *Journal of Latin American Studies*, v. 17, n. 1, 1985.

KIPLE, Kenneth F. *The Caribbean slave. a biological history*. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

LOVEJOY, Paul E. *A escravidão na África. Uma história de suas transformações*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002.

LOVEJOY, Paul. "The children of slavery – the transatlantic phase". *Slavery & Abolition*, v. 27, n. 2, 2006.

MANN, Kristin. "Shifting paradigms in the study of the African Diaspora and of Atlantic history and culture", *Slavery & Abolition*, v. 22, n. 1, 2001.

MANNING, Patrick. "Escravidão e mudança social na África". São Paulo: *Novos Estudos*, Cebrap, n. 21, 1988.

MARQUESE, Rafael de Bivar. *Feitores do corpo, missionários da mente*. Senhores, letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1600-1860. São Paulo, Cia das Letras, 2004.

MILLER, Joseph. "Mortality in the Atlantic slave trade: statistical evidence on causality". *Journal of Interdisciplinary History*, v. 11, n. 3, 1981.

MINTZ, Sidney W. & PRICE, Richard. *An anthropological approach to the afro-american past: a Caribbean perspective*. Philadelphia, ISHI, 1976.

MINTZ, Sidney W. & PRICE, Richard. *O nascimento da cultura afro-americana*. Uma perspectiva antropológica. Rio de Janeiro, Pallas, 2003.

OLIVEIRA, Anderson. J. M. "Devoção e identidades: significados do culto de Santo Elesbão e Santa Efigênia no Rio de Janeiro e nas Minas Gerais no setecentos". *Topoi* (Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, 2006.

OLIVEIRA, Maria Inês Côrtes de. "Viver e morrer no meio dos seus. Nações e comunidades africanas na Bahia do século XIX". *Revista USP*, São Paulo, n. 28, dez. 1995/ fev. 1996.

PALMIÉ, Stephan (org.), *Slave cultures and the cultures of slavery*. Knoxville, The University of Tennessee Press, 1995.

PEREIRA, Júlio César Medeiros da Silva. *À flor da terra: o cemitério dos pretos novos no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Prefeitura do Rio de Janeiro, Ed. Garamond, 2007.

PIMENTA, Tânia Salgado. "Barbeiros, sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28)". *História, ciências, saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1998.

PÔRTO, Ângela. "A assistência médica aos escravos no Rio de Janeiro: o tratamento homeopático". *Papéis Avulsos*. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, n. 7, 1988.

PÔRTO, Ângela. "O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas". *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2006.

REIS, João José. J. *A morte é uma festa: rituais fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.

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

RODRIGUES, Claudia. *Lugares dos mortos nas cidades dos vivos*. Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, Rio de Janeiro, 1997.

RODRIGUES, Claudia. *Nas fronteiras do além: a secularização da morte no Rio de Janeiro (séculos XVIII e XIX)*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.

RODRIGUES, Jaime. *De costa a costa: escravos e tripulantes no tráfico negreiro (Angola – Rio de Janeiro, 1780-1860)*. São Paulo, Cia. das Letras, 2004.

SAMPAIO, Gabriela. *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial*. São Paulo: Unicamp, 2005.

SAVITT, Tood L. & YOUNG, James Harvey. (eds.) *Disease and distinctiveness in the American South*. Knoxville, The University of Tennessee Press, 1988.

SAVITT, Tood L. *Fevers, agues, and cures*. Medical life in old Virginia. Virginia Historical Society, Richmond: 1991.

SILVA, Alberto da Costa e. *A manilha e o libambo. A África e a escravidão de 1500 a 1700*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/Fundação Biblioteca Nacional, 2002.

SLENES, Robert W. "Malungu, ngomavem!: África coberta e descoberta no Brasil". *Revista USP*, São Paulo, n. 12, 1991/1992.

SLENES, Robert W. "As provações de um Abrão africano: a nascente nação brasileira na viagem alegórica de Johann Moritz Rugendas". *Revista de História da Arte e Arqueologia*, n. 2, IFCH/Unicamp, 1995-96.

SLENES, Robert W. "Eu venho de muito longe, eu vem cavando: jongueiros cumba na senzala centro-africana", In LARA, Sílvia Hnold & PACHECO, Gustavo. (orgs.) *Memória do jongo*. As gravações históricas de Stanley J. Stein. Vassouras, 1949. Rio de Janeiro: Folha Seca; Campinas, SP: Cecult, 2007.

SLENES, Robert. *Na senzala uma flor: as esperanças e as recordações na formação da família escrava*. Editora Nova Fronteira, 1999.

SOUSA, Jorge Prata de. "Anotação a respeito de uma fonte: os registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro". *Cadernos Saúde Coletiva* (UFRJ), Rio de Janeiro, v. XI, n. 1, 2004.

SOUSA, Jorge Prata de.; MARIOSIA, Rosilene Maria. Nota prévia: a documentação familiar do comendador Manoel Antonio Esteves. 1850-1900. *Cadernos Saúde Coletiva* (UFRJ), Rio de Janeiro, v. XIII, n. 2, 2005.

STUCKEY, Sterling. *Slave culture: nationalist theory and the foundations of black America*. Nova York: 1987.

SWEET, James. *Recreating Africa*. Culture, kinship, and religion in the African-Portuguese World, 1441-1770. The University of North Carolina Press, 2003.

THOMPSON, Robert Farris. *Flash of the spirit*, 1987.

THORNTON, John K. *A África e os africanos na formação do mundo atlântico, 1400-1800*. Rio de Janeiro, Elsevier, 2004.

THORNTON, John K. "African dimensions of the stone rebellion". *The American Historical Review*, v. 96, n. 4, Outubro 1991.

Sobre os autores

ANDRÉ NOGUEIRA é doutor em História das Ciências e da Saúde pela COC/Fiocruz; professor visitante na UFES; autor de *Entre cirurgiões, tambores e ervas: calun-duzeiros e curadores ilegais em ação nas Minas Gerais (século XVIII)* (Garamond, 2016); “Das ‘doenças de feitiço’ nas minas do ouro” In *Uma história brasileira das doenças* v. 5 (Fino Traço, 2015); “Doenças, feitiços e curas: africanos e seus descendentes em ação nas Minas do século XVIII” In *Doenças e escravidão: sistema de saúde e práticas terapêuticas* (Fiocruz, 2007), além de artigos e outros capítulos em livros.

BÁRBARA CANEDO RUIZ MARTINS é bacharel e mestre em História pela UFRJ e doutoranda em Educação pela UF. Iniciou sua carreira de historiadora investigando as mulheres escravas e suas estratégias de resistências. Aprofundou os estudos sobre as relações de trabalho das amas de leite, enfocando os valores e costumes em disputa durante o século XIX. Atualmente, investiga os sentidos e significados da instrução para homens e mulheres trabalhadores, no pós-abolição, no Rio de Janeiro, sobretudo a organização dos cursos e aulas noturnos na geopolítica urbana.

BENEDITO CARLOS COSTA BARBOSA possui graduação em História, especialização em História Social da Amazônia e mestrado em História Social, sempre pela UFPA. Atualmente, cursa o doutorado no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fiocruz), desenvolvendo pesquisa sobre epidemias de varíola e práticas de curas na Amazônia (segunda metade do século XVIII e início do século XIX). Tem ainda experiência em História da Amazônia Colonial, especialmente nos temas escravidão negra e tráfico negreiro.

CARLOS LEONARDO BAHIENSE DA SILVA é doutor em História das Ciências pela Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. É pesquisador do Laboratório de Estudos do Tempo Presente (UFRJ). É especializado em história militar e da extrema-direita. Atualmente, desenvolve projeto de pós-doutorado na UNIRIO, em que compara a Schoá e o Genocídio Armênio pela perspectiva de dois intelectuais que sobreviveram, respectivamente, a tais experiências extremas: Primo Levi e Grigoris Balakian.

DANIELE CORRÊA RIBEIRO é graduada em História pela UFRJ, mestre e doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fiocruz. Tem desenvolvido pesquisas sobre o Hospício de Pedro II, enfocando o processo de consolidação da ciência psiquiátrica, o perfil dos internos e suas trajetórias, além das relações sociais que repercutiam naquele espaço. Atualmente, é

coordenadora do Centro de Documentação e Memória do Instituto Municipal Nise da Silveira, que custeava parte relevante da documentação produzida pelo Hospício de Pedro II e outras instituições psiquiátricas posteriores.

DÉBORA MICHELS MATTOS é licenciada em História pela UDESC, mestre e doutora em História Social pela USP, com a tese “Saúde e escravidão na Ilha de Santa Catarina (1850-1888). Autora de *Fora do arraial: lepra e instituições asilares em Santa Catarina, 1940-1950* (Casa Aberta, 2013). Lecionou História da Saúde, História do Brasil e África em instituições públicas e privadas e desenvolveu projetos de pesquisa e extensão universitária no âmbito da lei 10.639. Atualmente, realiza o seu pós-doutoramento na UNIFESP.

FLÁVIO GOMES É Professor associado do Instituto de História da UFRJ, atuando também nos programas de pós-graduação em Arqueologia (Museu Nacional/UFRJ), História Comparada (UFRJ) e História (UFBA). É atualmente pesquisador em Produtividade do CNPq e pesquisador cientista do Nosso Estado da Faperj. Com a publicação de vários livros e artigos, tem desenvolvido pesquisas em história comparada da escravidão e pós-emancipação no Brasil, América Latina e Caribe, especialmente Venezuela, Colômbia, Guiana Francesa e Cuba. Coordena o Laboratório de Estudos de História Atlântica das sociedades coloniais e pós-coloniais do Instituto de História da UFRJ.

IAMARA VIANA é graduada e licenciada em História pela UFRJ, especialista em História do Brasil pela UERJ, mestre em História Social e doutoranda em História Política também pela UERJ, com estágio na EHES – École des Hautes Études en Sciences Sociales, em Paris. Professora da PUC Rio, na área de Ensino de História. Professora da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro. Atua nas áreas de História do Brasil, Escravidão, História das Ciências, Ensino de História e Educação Patrimonial.

JÚLIO CÉSAR MEDEIROS DA S. PEREIRA é licenciado em História pela UERJ; mestre em História Social pela UFRJ (2004) e doutor em História da Ciência e da Saúde pela Fiocruz (2011). É professor de História Contemporânea na UFF; diretor de Pesquisa do Instituto de Pesquisa e Memória Pretos Novos e credenciado junto ao CNPq como líder do Núcleo de Pesquisa e Estudo Sankofa: Relações étnico raciais, memória, cidadania e direitos humanos. Desenvolve estudos na área de história e cultura afro-brasileira, em temáticas relacionadas à morte e sepultamento de escravos.

KEITH BARBOSA possui graduação e mestrado em História pela UFRJ (2008 e 2010) e doutorado em História das Ciências pela Fiocruz (2014). Atualmente, é professora na área de História da África e da Cultura Afro-brasileira no departamento

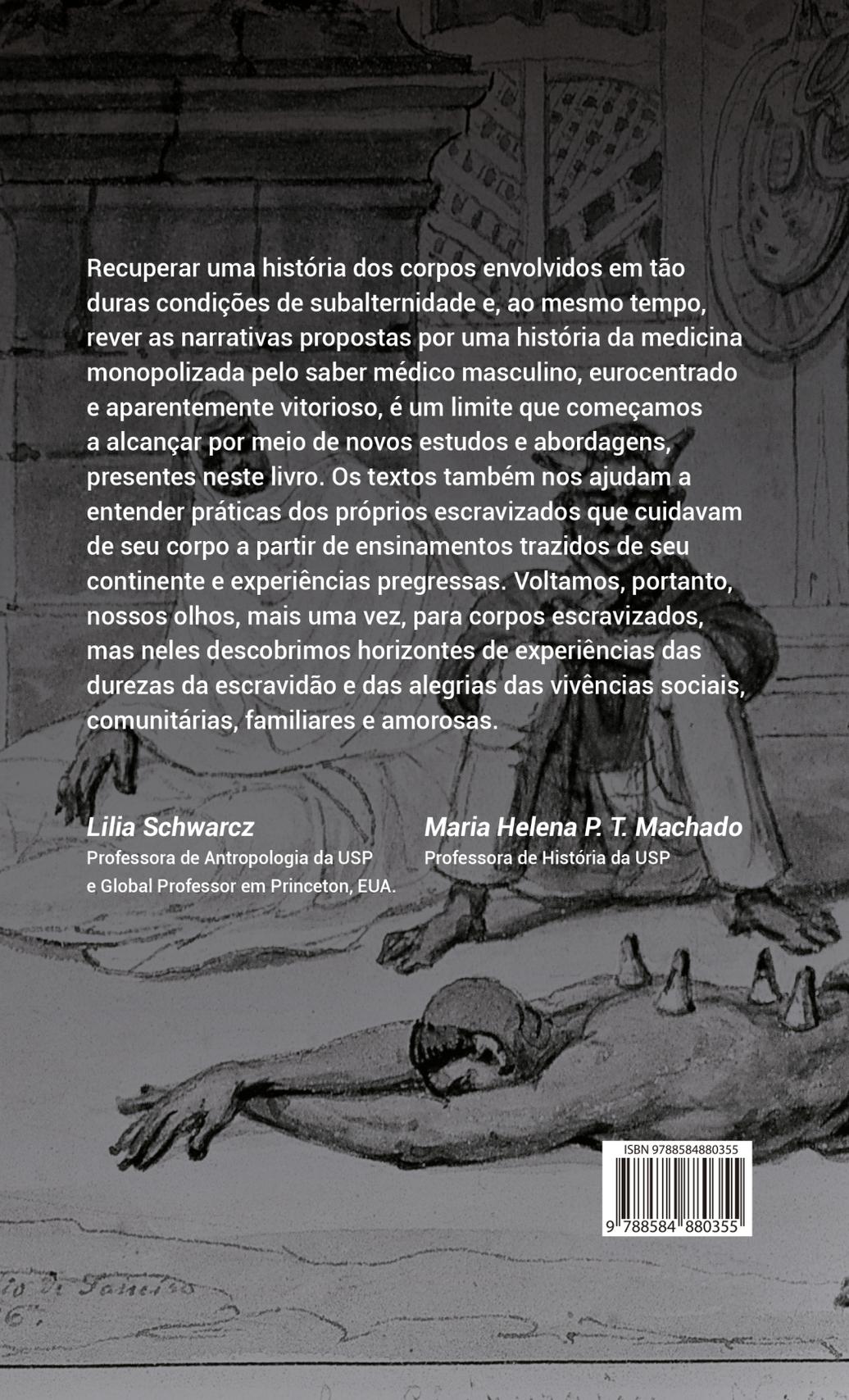
de História da UFAM. Participa do Núcleo de Pesquisa em Política, Instituições e Práticas na mesma universidade e desenvolve pesquisas nas áreas da história das sociedades africanas, da escravidão no Brasil e do tráfico atlântico, com ênfase na história da saúde e das doenças.

LORENA FÉRES DA SILVA TELLES é mestre em História Social pela USP. Atualmente desenvolve pesquisa de doutorado sobre gênero, maternidade e escravidão na cidade do Rio de Janeiro durante o século XIX, com foco nas experiências da gravidez, do parto e da amamentação. É autora de artigos sobre o trabalho doméstico no período da abolição e do pós-emancipação, e do livro *Libertas entre sobrados: mulheres negras e trabalho doméstico em São Paulo, 1880-1910* (Alameda/ Fapesp, 2013).

RODRIGO ARAGÃO DANTAS é bacharel em História pela UFRJ, mestre em História das Ciências e da Saúde na Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz. Atualmente é doutorando pelo mesmo programa e desenvolve a pesquisa intitulada: "As transformações no ofício médico e suas relações com as artes de cura no Rio de Janeiro (1840-1889) sobre orientação da professora doutora Tânia Salgado.

TÂNIA SALGADO PIMENTA tem graduação (UFRJ), mestrado e doutorado (ambos pela Unicamp) em História. É pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da mesma instituição. Desenvolve projetos de pesquisa e publica artigos e capítulos de livros sobre ofícios e artes de curar, saúde e escravidão e assistência à saúde no Rio de Janeiro imperial. Organizou, junto com colegas, o dossiê "Saúde e Escravidão" da *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (v. 19, 2012) e o livro *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal* (FGV Editora, 2015), entre outros.

Este livro foi composto em Adobe Jenson Pro, corpo 10,5/15 pt,
sobre papel offset 75g/m² para o miolo
e cartão duplex 250g/m² para a capa, em novembro de 2016.



Recuperar uma história dos corpos envolvidos em tão duras condições de subalternidade e, ao mesmo tempo, rever as narrativas propostas por uma história da medicina monopolizada pelo saber médico masculino, eurocentrado e aparentemente vitorioso, é um limite que começamos a alcançar por meio de novos estudos e abordagens, presentes neste livro. Os textos também nos ajudam a entender práticas dos próprios escravizados que cuidavam de seu corpo a partir de ensinamentos trazidos de seu continente e experiências progressas. Voltamos, portanto, nossos olhos, mais uma vez, para corpos escravizados, mas neles descobrimos horizontes de experiências das durezas da escravidão e das alegrias das vivências sociais, comunitárias, familiares e amorosas.

Lilia Schwarcz

Professora de Antropologia da USP
e Global Professor em Princeton, EUA.

Maria Helena P. T. Machado

Professora de História da USP

ISBN 9788584880355



9 788584 880355