

A SAÚDE DOS ESCRAVOS NA BAHIA OITOCENTISTA ATRAVÉS DO HOSPITAL DA MISERICÓRDIA

SLAVES HEALTH IN 18TH CENTURY BAHIA THROUGH THE HOLY HOUSE OF MERCY

Maria Renilda Nery Barreto
CEFET-RJ

Correspondência:

Rua Octávio Kelly, 304/703 – Icarai - CEP: 24.220-301 – Niterói - RJ

E-mail: renildabarreto@hotmail.com

Tânia Salgado Pimenta
Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Correspondência:

Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz - Av. Brasil 4036 sl. 404 (Expansão)

CEP: 21040-361- Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ

E-mail: tanciasalgadopimenta@yahoo.com.br

Resumo

Esse artigo tem por objetivo estudar as doenças da população escrava em Salvador, na primeira metade do século XIX, a partir dos registros de doentes internados no hospital da Santa Casa da Misericórdia da Bahia. Consideramos também o impacto da epidemia de cólera de 1855 no perfil desses doentes internados, bem como os dados acerca de doenças e de cor. Analisaremos as principais doenças da população escrava e a inter-relação dessas com o trabalho.

Palavras-chave: Escravidão; Doenças; Santa Casa da Misericórdia da Bahia.

Abstract

This paper analyses the profile of slaves treated at São Cristóvão Hospital, in the first half of the nineteenth century. This institution was created and administered by Santa Casa da Misericórdia da Bahia (The Holy House of Mercy of Bahia), between 1549-1893. The documents of the Brotherhood of Mercy shows the number of slaves who were treated in the hospital, the most frequent diseases, and the impact of the cholera epidemic (1855). The study signs which were the main diseases of the slave population and the interrelation of these with their labour.

Keywords: Slavery; Disease; Santa Casa da Misericórdia da Bahia.

Nas últimas duas décadas, observamos a emergência de estudos sobre saúde e escravidão no Brasil, desenvolvidos a partir de investigações oriundas tanto da historiografia da escravidão, quanto da historiografia da saúde. Por um lado, ao abordar as condições de vida dos escravos e seus descendentes, sua capacidade de trabalho e o valor de mercado dos cativos, os estudos sobre escravidão no Brasil têm contribuído de modo relevante para o conhecimento acerca da saúde desses indivíduos. Por outro, trabalhos recentes sobre história da medicina vêm atentando para o tema, uma vez que não se limitam mais ao estudo da medicina acadêmica.

Assim, a historiografia brasileira sobre saúde e escravidão tem convergido para questões que enfocam os discursos médicos acerca da escravidão; a demografia relacionada às doenças que mais atingiam escravos e forros, africanos e seus descendentes; e/ou a assistência à saúde dada pela medicina acadêmica ou por terapeutas populares¹ a esses indivíduos.

Neste artigo pretendemos abordar o tema da saúde escrava a partir das doenças e da assistência hospitalar, tendo como base documental os registros de entrada e saída de doentes internados no Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Bahia, conhecido como Hospital São Cristóvão.

A partir da documentação existente no arquivo histórico da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia da Bahia identificamos as doenças que atingiram os escravos no período analisado, que compreende os anos de 1824 - momento em que a guerra de independência chegava ao fim - a 1855, quando a epidemia do cólera fez sua passagem por terras baianas². Dessa forma, analisaremos dados relativos ao internamento de doentes que vivenciaram transformações importantes na cidade.

Na década de 1820, os nagôs fizeram várias rebeliões na região açucareira do Recôncavo e nos arredores de Salvador. Tais revoltas estavam relacionadas à intensificação do tráfico neste período. Ao longo daquela década, a maioria dos escravos em Salvador era de origem africana. Havia cerca de 55 a 60 mil habitantes, dos quais 42% eram escravos, sendo 63% nascidos na África³. O fim do tráfico atlântico, em 1850, contribuiu para a diminuição do número de escravos na cidade, como mostra o censo de 1855, quando havia 27,46% da sua população vivendo em regime de escravidão⁴. A eclosão da epidemia de cólera em 1855, que teria atingido mais africanos e seus descendentes, foi outro acontecimento que abalou a vida dos moradores da capital baiana.

¹ Entendemos como terapeutas populares aqueles que exerciam artes de curar sem formação acadêmica e, em geral, pertenciam a grupos subalternos.

² Observe-se que a coleta de dados ainda está em andamento.

³ REIS, João José; GOMES, Flávio dos Santos; CARVALHO, Marcus J. M. *O Alufá Rufino – tráfico, escravidão e liberdade no Atlântico negro (c.1822-c.1853)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.35-7.

⁴ NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. *Dez freguesias da Cidade do Salvador: aspectos sociais e urbanos do século XIX*. Salvador: Fundação Cultural do Estado da Bahia, 1986.

A sistematização das doenças dos indivíduos internados no Hospital São Cristóvão não é algo simples. A adoção de uma nosografia está relacionada ao processo de organização da corporação médica e medicalização dos hospitais ao longo do XIX. Por vezes, as notações referem-se mais a sintomas do que a uma doença propriamente dita. Contudo, mesmo quando uma enfermidade era nomeada, nem sempre conseguimos identificá-la ou, ainda, pode abarcar diversas doenças identificadas atualmente, que seriam entendidas como uma só.

Como pretendemos relacionar as doenças dos escravos internados com as condições de vida a que eram submetidos, torna-se importante, ao menos, uma aproximação acerca do que seria determinada moléstia. Neste sentido, consideramos adequada ao nosso estudo a metodologia usada por Mary Karasch em sua obra pioneira sobre a vida dos escravos no Rio de Janeiro⁵. Ao analisar as causas de morte dos cativos enterrados no cemitério da Santa Casa, entre 1833 e 1849, a autora utiliza a seguinte classificação: infecto-parasíticas, do sistema digestivo, do sistema respiratório, do sistema nervoso e sintomas neuro-psiquiátricos, da primeira infância e malformações congênitas relacionadas à violência, do sistema circulatório, reumáticas e nutricionais e doenças da glândula endócrina, relacionadas à gravidez, parto e puerpério, do sistema geniturinário, de causas conhecidas variadas, de causas mal definidas e, enfim, de causas desconhecidas.

Salvador, sua Santa Casa e a assistência à saúde

Capital da colônia até 1763, Salvador continuou a ser uma das mais importantes cidades do Brasil ao longo do século XIX. A cidade era um movimentado centro comercial, com significativo mercado importador e exportador, e desempenhou considerável função no abastecimento, redistribuição e embarque de mercadorias para os continentes africano, europeu e americano.

O centro comercial de Salvador refletiu o esplendor dos anos de opulência, o refluxo dos períodos de crise e as transformações econômicas efetivadas a partir das demandas do capitalismo. A cidade foi um polo dinâmico de mercados regional, nacional e internacional. Nas suas ruas, a escravidão ganhou contornos urbanos ao estabelecer um comércio de ganho que movimentou a economia e estabeleceu formas peculiares de relações sociais⁶. Em Salvador se concentrou a nascente indústria baiana de médio e pequeno porte, ligada ao setor agrícola, aos bens de consumo, aos serviços e mesmo ao ramo farmacêutico⁷.

⁵ KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

⁶ Sobre esse tema, ver os trabalhos de MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Ser escravo no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1982; MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Testamento de escravos libertos na Bahia no século XIX*. Salvador: UFBA, 1979.

⁷ NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. *Memória da Federação das Indústrias do Estado da Bahia*. Salvador: FIEB, 1997.

O porto de Salvador era local de entrada de homens – cerca de 2.200 por dia – trazidos por centenas de embarcações que vinham do Recôncavo Baiano e pelos navios do comércio costeiro e transatlântico⁸. O cais do porto era o local de chegada de homens, mercadorias e também doenças⁹. Nessa cidade, de intenso fluxo de pessoas, mercadorias e doenças, a Santa Casa da Misericórdia desempenhou importante papel na atenção aos presos e condenados, aos órfãos, às viúvas e aos doentes, fossem soteropolitanos, viajantes, escravos, libertos ou indígenas.

Durante o século XIX, a maior parte da população, incluindo os cativos e libertos, enfrentava as suas doenças fora do ambiente hospitalar e sem auxílio dos médicos acadêmicos. Recorria-se a barbeiros-sangradores, curandeiros, feiticeiros, parteiras, enfermeiros, boticários, cirurgiões ou ainda a algum vizinho habilidoso nas artes de curar. Além da desconfiança com que muitos encaravam os doutores, a historiografia sobre saúde tem apontado para a identificação entre as concepções de doença e saúde e as escolhas por determinados terapeutas e formas de tratamento¹⁰. Devemos considerar, além disso, que neste período a assistência hospitalar era mais procurada por aqueles que não possuíam redes de solidariedade na cidade, como era o caso dos marítimos estrangeiros.

Essa demanda limitada, contudo, foi sendo modificada ao longo do século XIX. Nos contextos da Bahia e do Rio de Janeiro, as Santas Casas desempenharam um importante papel nessa transformação, sobretudo por suas ligações com as Faculdades de Medicina.

Importa destacar também que, diferente de estabelecimentos de assistência de outras irmandades, que restringiam o acesso a seus membros, os hospitais da Santa Casa eram abertos a indivíduos de qualquer condição, aceitando também doentes escravos e libertos.

A Irmandade da Misericórdia foi fundada em Lisboa, no ano 1498, sendo uma confraria¹¹ laica de inspiração religiosa, devocional e sob a proteção régia. A associação entre a Irmandade e o Estado foi de fundamental importância para o processo

⁸ BARICKMAN, Bert Jude. *Um contraponto baiano: açúcar, fumo, mandioca e escravidão no Recôncavo, 1780-1860*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003; MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Bahia, século XIX: uma Província no Império*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

⁹ Sobre a relação entre o porto de Salvador e as doenças, ver CHAVES, Cleide de Lima. *De um porto a outro*. Salvador: FFCH/UFBA, 2000 (Dissertação de mestrado).

¹⁰ Para o Rio de Janeiro, ver SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Juca Rosa: um pai de santo no Rio de Janeiro Imperial*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2009; e PIMENTA, Tânia Salgado. Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera no Rio de Janeiro em 1855. In: NASCIMENTO, Dilene e CARVALHO, Diana. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. Para Campinas, XAVIER, Regina Célia. *Religiosidade e escravidão, século XIX: mestre Tito*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008. Para Bahia, REIS, João José. *Domingos Sodré, um sacerdote africano – escravidão, liberdade e candomblé na Bahia do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

¹¹ Utilizamos os termos “confraria” e “irmandade” como sinônimos, uma vez que a separação entre estas formas de associação ocorreu em 1917. Sobre a definição, ver ABREU, Laurinda. *Memórias da alma e do corpo: a Misericórdia de Setúbal na Modernidade*. Viseu: Palimage, 1999.

colonizador português¹², uma vez que transferiu para as Misericórdias responsabilidades sociais, a cargo das elites locais, sob a bandeira da caridade. Como afirmou Charles Boxer¹³, a Câmara e a Misericórdia formavam os pilares gêmeos da sociedade colonial portuguesa na América, África e Ásia.

Coube às Misericórdias a garantia da assistência pública, como a organização e administração de casas para recolhimento de mulheres viúvas e órfãs, o amparo e os cuidados com as crianças abandonadas, a concessão de dotes a moças pobres e casadoiras, o zelo aos presos, os cuidados com os doentes – fosse em suas residências, fosse no hospital –, a administração de cemitérios e do enterramento.

A Santa Casa da Misericórdia da Bahia foi fundada em 1549 com a função de assistir, em múltiplos aspectos, os colonos e os soldados envolvidos na ocupação das terras americanas. Até o final do século XIX essa Irmandade exerceu papel preponderante na promoção de cuidados materiais e espirituais. Contudo, seu protagonismo foi hegemônico nas ações de assistência à saúde, na criação e manutenção de hospitais, na distribuição de remédios aos pobres, nos cuidados aos presos e órfãos doentes e na associação com o ensino médico¹⁴. Nesse período, a assistência pública à saúde era destinada aos grupos sociais sem redes de apoio e de solidariedade, como os escravos desassistidos pelos seus senhores ou excluídos das irmandades, os estrangeiros em trânsito, os presos, os indigentes e as prostitutas.

Dentre as múltiplas formas de assistência prestada pela Irmandade da Misericórdia, os cuidados aos doentes, através da fundação e administração de hospitais, constituíam uma das mais significativas. Em Salvador, a Santa Casa da Misericórdia da Bahia fundou, em 1549, o Hospital São Cristóvão, que funcionou até 1893, quando foi inaugurado o novo hospital da Misericórdia – o Santa Izabel, no Largo de Nazaré.

A documentação que analisamos refere-se ao Hospital São Cristóvão. Ao longo do século XIX, esse hospital era reconhecido como "o mais antigo e importante de todos"¹⁵ os estabelecimentos pios mantidos pela Santa Casa sendo "a cura e o tratamento dos miseráveis enfermos" o destino da aplicação da "maior parte de seus fundos"¹⁶. Por seu caráter de hospital público esteve encarregado de oferecer cuidados médicos à população residente ou flutuante. Os registros da Irmandade demonstram que aquele hospital prestou assistência médico-cirúrgica aos presos, soldados, estrangeiros, marinheiros, alienados, mulheres, mendigos e escravos. Essa instituição foi a

¹² ABREU, Laurinda. As Misericórdias de D. Filipe I a D. João V. In: *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*. Fazer a história das Misericórdias. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa e União das Misericórdias Portuguesas, 2002, vol. I, p. 47-77.

¹³ BOXER, Charles R. *O império marítimo português (1415-1825)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

¹⁴ Para aprofundamento desse item, ver BARRETO, Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005 (Tese de Doutorado).

¹⁵ Arquivo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia (ASCMBA), Livro 1º das atas, 21/03/1863.

¹⁶ ASCMBA, Livro 5º de Acórdãos da Mesa e Junta, 20/02/1831.

única em Salvador que acolheu todos os indivíduos, independente de gênero e estatuto jurídico, matrimonial, étnico, econômico e profissional

Os escravos, como parte importante da sociedade baiana oitocentista, estavam integrados ao cotidiano do hospital na condição de trabalhadores ou de doentes. Embora houvesse discussões sobre a conveniência da Santa Casa em manter os escravos, os seus serviços não foram dispensados. Aqueles que trabalhavam como serventes e cozinheiros, em geral, eram propriedades da Santa Casa, enquanto os que exerciam artes de curar, mormente como sangradores, com frequência eram escravos alugados.

Outro aspecto importante a ser considerado foi o papel do hospital da Santa Casa no ensino médico, pois diversas disciplinas da escola de medicina da Bahia eram ministradas em suas enfermarias. Ao mesmo tempo em que o hospital ajudou a transformar o ensino médico, foi também transformado por ele. A maior circulação de médicos e estudantes em suas dependências, assim como uma progressiva organização de seu cotidiano, baseada em parâmetros médicos modificou profundamente esta instituição.¹⁷

O fato de ser aberto, contudo, não eximia o hospital da Santa Casa de cobrar pelo curativo aos doentes, com exceção daqueles identificados como pobres, cuja definição variava ao longo do tempo, mas que, em geral, abarcava, por exemplo, proprietários de apenas um escravo. Grande parte dos que ali se trataram pagara pelos serviços, pois eram pessoas com alguma renda; e no caso dos indigentes e mendigos, enviados pelas autoridades provinciais, as despesas eram cobradas do Estado. O mesmo valia para os militares e presos.

Os doentes do hospital

Entre os anos de 1824-1851 o hospital da Misericórdia atendeu 30.070 pessoas, das quais 21.302 (70,85%) eram homens e 8.706 (28,95%) eram mulheres¹⁸. Do contingente masculino, 32,9% eram europeus, majoritariamente portugueses, seguidos dos belgas, germânicos, dinamarqueses, espanhóis, franceses, ingleses, italianos, suecos e suíços. Na lista dos estrangeiros, os norte-americanos também se fizeram presentes com 287 doentes, ou seja, 1,34% do total de enfermos. Esses doentes apresentaram febres, tuberculose e outras doenças do sistema respiratório, doenças venéreas, diarreias e demais “embaraços” gástricos, úlceras, feridas, abscessos, doenças de pele, hepatite, artrite, reumatismo, contusões e fraturas.

Este significativo número de doentes era formado por homens livres, brancos e com ocupação definida. Um percentual aproximado de 35% dos doentes trabalhava

¹⁷ Para uma análise mais detalhada deste processo no caso do hospital da Misericórdia e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ver PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. Campinas: UNICAMP, 2003 (tese de doutoramento).

¹⁸ Sessenta e dois doentes não tiveram o sexo registrado, ou seja, 0,2% do total.

nas embarcações mercantis que atracavam no porto de Salvador, as quais eram capazes de deixar em terra dois milhares de homens em um só dia. Muitos deles já chegavam doentes, sendo registrados como marítimos. Por ser uma cidade com importante centro mercantil, o cais do porto era ponto de convergência de pessoas vindos da Europa, das Américas, da África, do Recôncavo Baiano e de outras Províncias do Brasil. Desta forma, reforçava-se a relação entre o porto e as doenças, em especial as epidemias, que chegaram através do mar.

Nem todos os internos declararam sua profissão, principalmente o público feminino. Contudo, das ocupações declaradas, a principal foi a de marítimo – composta majoritariamente por europeus, norte-americanos e moradores de outras províncias. Outras ocupações¹⁹ foram típicas dos habitantes de Salvador (21,80% dos doentes), tais como as atividades de caráter mecânico, liberal, comercial e eclesiástico, que foram exercidas por homens livres, brancos e mestiços. Os mesmos pertenciam a estratos sociais medianos e menos favorecidos economicamente, residentes em uma cidade que, apesar de ter sofrido revés com a mudança da capital para o Rio de Janeiro em 1762, continuou sendo um importante polo comercial. Os livros de registro de doentes do Hospital São Cristóvão demonstram que as enfermarias daquele hospital atendiam majoritariamente aos homens que possuíam uma atividade que lhes garantisse a sobrevivência.

O perfil da população feminina (cerca de 29%) foi o oposto do quadro apresentado para os homens. As doentes eram predominantemente solteiras, mestiças e sem uma ocupação que lhes rendesse algum provento. A maioria era oriunda de Salvador e da sua circunvizinhança. Este público foi o que mais se aproximou da linha de pobreza e que buscou na beneficência um meio de sobrevivência. Em condições adversas de vida, as mulheres estavam mais propensas a contrair doenças e sucumbir diante da tuberculose, das doenças venéreas, da alienação, das diarreias, das úlceras, das fistulas, dos abscessos, das febres, das contusões, das fraturas e luxações, das doenças de pele e das “enfermidades” de mulheres, ou seja, complicações no parto, cancro nos seios, amenorreia, tumores no útero e outras.

O número de europeias foi muito reduzido. As mesmas vieram dos Açores (Ilha de Santa Catarina e Ilha Graciosa), de Lisboa e do Porto, e provavelmente acompanhavam os maridos ou tentavam melhores condições de vida, principalmente aquelas oriundas da região insular. Contudo, foram as irlandesas que mais preencheram a pequena porcentagem das mulheres brancas de origem europeia. A presença delas pode estar relacionada à grande fome que ocorreu na Irlanda na primeira metade do século XIX.

Do total das enfermas, apenas 28% declararam exercer alguma atividade de ganho. Eram mendigas, lavadeiras, vendedeiras e domésticas, seguidas, em escala

¹⁹ Artista, mendigo, roceiro, carpinteiro, alfaiate, caixeiro, chapeleiro, charuteiro, cozinheiro, criado, estivador, estudante, farmacêutico, feitor, ferreiro, fiador, marceneiro, negociante, oficial de justiça, ourives, pedreiro, pescador, pintor, professor, sacristão, sapateiro, serralheiro, servente de obras públicas, tamanqueiro e taverneiro.

menor, das costureiras e das roceiras. As prostitutas, por sua vez, não foram encontradas nos livros de ingresso de doentes do Hospital São Cristóvão. Contudo, essa ausência de registro não significa que elas não fizeram parte do contingente de mulheres que frequentou o hospital da Santa Casa. Certamente elas não declaravam a sua ocupação ou, se assumidas no momento da internação, não eram registradas pelo escrivão.

Do total de doentes tratados no Hospital São Cristóvão (30.070) entre os anos de 1824-1851, 3,2% eram cativos (959), sendo que o quantitativo de homens (77,5%) superou o de mulheres (22,5%), ou seja, o hospital recebeu 743 escravos e 216 escravas. Quais as principais doenças que levaram esses cativos a receberem os cuidados da Santa Casa? Quais as relações entre essas doenças, a cidade, as atividades laborais e as condições de vida? Essas e outras questões responderemos a seguir.

As doenças dos escravos

A historiografia sobre escravidão tem mostrado que os indivíduos escravizados constituíram redes de solidariedade relacionadas à etnia ou ao trabalho desempenhado, que proporcionavam algum tipo de assistência, fosse para a compra da liberdade, enterramento ou problemas de saúde²⁰. Muitos africanos, por exemplo, organizavam-se segundo a filiação étnica em torno de uma instituição de crédito, chamada junta de alforria, dedicada a libertar africanos escravizados²¹.

Nos assuntos relacionados à saúde, alguns estudos indicam que cativos e libertos inseridos em laços de solidariedade, graças aos quais compartilhavam cuidados mútuos, teriam mais chances de preservar ou recuperar a saúde²². Esses laços também ajudam a entender o fato de que africanos e seus descendentes procuravam assistência entre terapeutas que compartilhavam as mesmas concepções sobre saúde e doença. Em geral, dimensões espirituais eram consideradas na definição de causas de doenças e de seus tratamentos²³. Essa questão merece ser considerada ao analisarmos a pequena proporção de escravos tratados no hospital da Misericórdia.

²⁰ KARASCH, op. cit. em especial o capítulo 9.

²¹ REIS, João José. *Domingos Sodré, um sacerdote africano – escravidão, liberdade e candomblé na Bahia do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. p. 209.

²² Ver, por exemplo, ENGEMANN, Carlos. Vida cativa: condições materiais de vida nos grandes plan-téis do sudeste brasileiro do século XIX. In: FRAGOSO, João et al. (Org.). *Nas rotas do Império*. Vitória: Edufes; Lisboa: IICT, 2006. p. 437.

²³ Para o Rio de Janeiro, ver SAMPAIO, Gabriela dos Reis. *Juca Rosa: um pai de santo no Rio de Janeiro Imperial*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2009; e PIMENTA, Tânia Salgado. Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera no Rio de Janeiro em 1855. In: NASCIMENTO, Dilene e CARVALHO, Diana. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. Para Campinas, XAVIER, Regina Célia. *Religiosidade e escravidão, século XIX: mestre Tito*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008. Para Bahia, REIS, João José. *Domingos Sodré, um sacerdote africano – escravidão, liberdade e candomblé na Bahia do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

Apesar de constituírem o menor percentual dos doentes atendidos (3,2%), os dados sobre os escravos são valiosos por permitirem uma abordagem quantitativa e seriada sobre a saúde dos cativos, sua origem e principais atividades laborais.

Muitos senhores e senhoras abandonavam seus escravos diante de uma enfermidade grave para se eximirem das despesas com o curativo e, eventualmente, com o enterramento. Dessa forma, os escravos tratados no hospital constituíam uma fonte de problemas para a Santa Casa. Diante dessa situação, a irmandade tomou providências, aumentando o valor do tratamento e efetuando cobrança das dívidas não pagas²⁴.

Fatos desta natureza aconteceram com o cativo Joaquim, da nação Gêge, abandonado por sua senhora, Dona Bernardina de Lima, por ser portador de enfermidades crônicas, aos 55 anos, idade considerada avançada para um escravo que sempre esteve exposto a trabalhos pesados e alimentação deficitária. Outro caso foi o de Victoria, 30 anos, “entregue à própria sorte” por seu senhor, Luiz Antonio Pires. Ela não resistiu e veio a falecer no Hospital São Cristóvão, em 29 de novembro de 1834.²⁵

Muitos dos escravos tratados no hospital pertenciam à Santa Casa, que os utilizava em todas as suas propriedades e nos serviços pesados do hospital, Recolhimento e Roda dos Expostos.

Quando um escravo entrava no hospital, o escrivão registrava sua condição jurídica e a cor - geralmente preta - bem como o nome do proprietário, principalmente quando este se dispunha a custear as despesas. Para os homens livres, nenhum registro era feito com relação a sua condição jurídica.

Os escravos eram responsáveis por todos os tipos de serviços na sociedade escravista, desde as atividades do campo até os ofícios especializados nas cidades. Até o ano de 1846, raramente a Misericórdia registrava o ofício do escravo. Contudo, a partir daí essa prática se tornou comum. É difícil precisar o porquê dessa mudança, mas a necessidade de cobrar o tratamento dos escravos pode ter levado a Santa Casa a ser mais cuidadosa com os referidos registros.

Os ofícios mais comuns entre os escravos atendidos pelo Hospital São Cristóvão eram: carregador de cadeira, carpinteiro, roceiro, ganhador, servente de pedreiro, açougueiro, servente de trapiche, servente do hospital, servente de cemitério, alfaiate, padeiro, marceneiro, tanoeiro e barbeiro. Em geral, os cativos estavam submetidos a trabalhos pesados, tanto no interior das residências de elite, como nas atividades de ganho. Os que viviam de ganho, mercando nas ruas e ladeiras de Salvador, ficavam expostos a um ambiente sujo, ocorrendo o mesmo em suas moradias, segundo a descrição dos viajantes²⁶ e dos médicos higienistas. Somava-se ao mencionado, uma alimentação inadequada, rica em farináceos e pobre em proteínas e vitaminas. Note-se

²⁴ ASCMBA, Livro de Ata da Mesa, 13/06/1835, p. 8 – verso; Livro de Termos da Junta, 13/09/1849, f. 6 - verso.

²⁵ ASCMBA, Livro de assentamento de escravos.

²⁶ AUGEL, Moema Parente. *Visitantes estrangeiros na Bahia oitocentista*. São Paulo: Culturix, 1980.

que no hospital, a dieta alimentar não diferia muito daquela do dia-a-dia, sendo que a dos escravos era ainda mais pobre que a das pessoas livres.

Segundo Mary Karasch²⁷, a mortalidade dos escravos na cidade do Rio de Janeiro é explicada por uma relação complexa envolvendo descaso físico, maus-tratos, dieta inadequada, trabalho pesado e doenças. De acordo com seu estudo, as dez doenças que mais mataram os escravos foram: tuberculose, disenteria, diarreias, gastroenterite, pneumonia, varíola, hidropisia, hepatite, malária e apoplexia.

Diante do grande universo de doenças listadas nas fontes, Mary Karasch agrupou-as em doze categorias, conforme já mencionado. Para o Rio de Janeiro as doenças que mais causaram o óbito dos escravos foram aquelas agrupadas no rol das “moléstias infecto-parasíticas”²⁸, seguidas pelas dos “sistemas digestivos”²⁹ e “respiratórios”³⁰ e da “primeira infância”³¹. Em menor proporção estavam “mortes violenta e acidental, sistema circulatório”³², “doenças reumáticas e nutricionais”³³, “gravidez e parto” e “doenças do sistema geniturinário”³⁴.

O panorama baiano não divergiu muito do apresentado na Corte, quando o assunto era doenças. Apesar de trabalharmos com os dados de internamento, obtivemos resultados muito semelhante aos dados de Mary Karasch, embora com algumas variações, que serão apresentadas a seguir.

Para a Bahia, as “doenças infecto-parasíticas” foram as de maior incidência, assim como no Rio de Janeiro. A tísica, ou tuberculose, a bexiga e a sífilis foram as que levaram maior número de cativos às enfermarias do Hospital São Cristóvão.

A tísica ou tuberculose pulmonar atingia, sobretudo, os soteropolitanos e cresceu muito nas décadas de 30 e 40 do século XIX. O aumento desta doença ocorreu em um período de forte recessão da economia baiana, entre os anos de 1830 e 1845, com o declínio das exportações de açúcar, fumo e algodão. No rastro da depressão econômica vinha a escassez de alimentos e, o que já era de má qualidade, na crise, tornou-se escasso e muito caro. A situação alimentar dos escravos em época de desa-

²⁷ KARASCH, M. op. cit.

²⁸ Nesse grupo de doenças estão: tuberculose, maculo, varíola, tétano, febres intermitentes e perniciosas, febre amarela, tifo, tosse, sarampo, escarlatina, oftalmia, sarna, erisipela branca, elefantíase, beribéri, sífilis e cancro. KARASCH, op. cit.

²⁹ As doenças do sistema digestivo foram diarreia, vermes, bicho-do-pé e hepatite. KARASCH, M. op. cit.

³⁰ Para as doenças do sistema respiratório está a pneumonia, gripes, resfriados, bronquite. KARASCH, M. op. cit.

³¹ A autora refere-se a tétano umbilical, asfixias, convulsões, ataques, espasmos, vermes, desinteiras, opilação, hipoemia e tuberculose. KARASCH, M. op. cit.

³² Trata-se de hidropericardite, aneurismas, pericardite, endocardite, hipertrofia do coração e febre reumática. KARASCH, M. op. cit.

³³ Pelagra, beribéri, deficiência de riboflavina, anemia por deficiência de ferro, kwashiorkor, raquitismo e escorbuto, anasarca, ascite, cegueira. KARASCH, M. op. cit.

³⁴ Hidropsia, hematúria, hidrocele, cistite, cancro, úlceras venéreas, cálculos. KARASCH, M. op. cit.

bastecimento piorava consideravelmente. Junto aos picos de crise econômica, desabastecimento e comoções sociais, crescia a incidência de doenças endêmicas e apareciam as epidemias.

A medicina baiana elencou uma série de causas para o aumento da doença na Bahia, dentre elas “os prazeres do amor gozados em épocas precoces”, o abuso da masturbação e da sodomia, a alimentação com poucos nutrientes, o tabagismo, a intensa atividade social (saraus, teatros e cassinos) e a variabilidade atmosférica da capital baiana, esta considerada a principal causa.

As doenças venéreas, tais como a sífilis, o bubão, a gonorréia e os cancros foram preocupações recorrentes entre as “gente do mar” e “da terra” e constaram na relação de enfermidades tratadas no Hospital São Cristóvão. Havia uma confusão entre os diversos males venéreos que chegaram ao Brasil junto à colonização portuguesa. Até meados do século XIX, a terapêutica empregada para o combate a sífilis e as demais doenças venéreas era o mercúrio, seguido do iodureto de potássio. A salsaparilha, o sassafrás, o guáiaço e a raiz da china entravam como coadjuvantes do tratamento mercurial³⁵.

No segundo grupo de análise estão duas categorias de doenças: as do “sistema nervoso” - com destaque para a alienação ou loucura - e as “doenças reumáticas ou nutricionais”, tais como lumbago (dor na região lombar), artrite e reumatismo.

O tratamento da alienação era um terreno movediço e desconhecido, concentrando-se basicamente no isolamento e na vigilância, associados às sangrias esporádicas. Nas enfermarias do Hospital São Cristóvão a situação dos alienados era lastimável, ficando estes misturados aos demais doentes. Os atingidos pela “ausência da razão” viviam em uma cidade marcada por guerras e revoltas, pela carestia, fome e epidemias, condições que eram ainda piores no cativoiro.

A artrite e o reumatismo se faziam notar no inverno, quando as temperaturas caíam e as chuvas se tornavam mais frequentes. Geralmente acometia a população menos jovem, a partir dos 40 anos, ou aqueles que ficavam expostos às chuvas, aos ventos e ao sereno, como no caso dos escravos de ganho.

Para tratamento das doenças reumáticas eram aplicados, ao redor das juntas, panos molhados em aguardente canforada e água fria, sanguessugas e cataplasma de linhaça. Eram recomendados os banhos em águas sulfurosas, a fricção com óleos balsâmicos e canforados, os sinapismos; era necessário, também, fazer repouso e alimentar-se bem.³⁶ Essas duas últimas prescrições estavam ausentes do panorama de cura dos escravos.

O quarto fator de internamento esteve relacionado “aos acidentes e à violência”. Nesse grupo, encontramos os doentes internados por contusões, pancadas, fraturas, cortes, feridas e gangrenas. Chamemos atenção para dois casos emblemáticos, ambos envolvendo mulheres escravas: o primeiro, o de uma doente internada por ter

³⁵ CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. Paris: Casa do Autor, 1878.

³⁶ CHERNOVIZ, op. cit.

sido “degolada”; e outro, relativo a uma cativa oriunda do Rio de Janeiro, levada ao hospital por ter sido espancada. Os motivos de internamento dessas mulheres refletem os maus tratos e a violência do cativo.

As fraturas e luxações ocorriam em acidentes, espancamentos domésticos, assim como nas ruas e nas embarcações. Os mesmos eram provocados por uma pancada, uma queda ou por atividades sujeitas ao continuado excesso de peso transportado nos braços ou nos ombros, a exemplo dos escravos carregadores de cadeiras e de mercadorias. As deslocções mais frequentes eram as do ombro, da mão, da coxa, da perna e do queixo.

Para tratá-las, segundo a medicina oitocentista, era necessário “colocar o osso no lugar”, operação realizada pelo cirurgião e seus ajudantes, geralmente alunos, por meio de manobras chamadas extensão, contra-extensão e cooptação. Depois de corrigida a deslocção da fratura, era preciso imobilizar a parte do corpo lesionada, e para tal usavam-se talas e almofadas.³⁷

As “doenças do sistema digestivo” - que para o Rio de Janeiro foi a segunda maior causa de morte - para a Bahia foi o quinto fator de adoecimento. Nesse grupo destacam-se as cólicas, diarreias, colite e enterite, doenças relacionadas a fatores socioeconômicos, principalmente às péssimas condições de higiene e alimentação. Dentre elas, a diarreia era a que provocava as maiores baixas, principalmente entre a população escrava.

Os médicos acreditavam que a diarreia era produzida por causas que atuavam diretamente sobre o canal intestinal, a exemplos das frutas verdes, da bebida alcoólica, dos alimentos gordurosos e apimentados.³⁸

O tratamento variava conforme o grau de intensidade da evacuação: se leve, bastava diminuir a quantidade de alimentos e optar por um regime composto de sopas, carne fresca, ovos, frango, carneiro, peixes, vegetais, pão e bebidas mucilaginosas, tais como a água de arroz. Se intensa, o doente deveria suspender os alimentos sólidos, mantendo apenas os líquidos, tais como água de cevada, água de arroz e dissolução de goma arábica, além de manter repouso total e aplicar clisteres de linhaça duas vezes ao dia.³⁹

Há que se levar em conta que os “desarranjos” do intestino eram também provocados pelos vermes. Este problema foi tão relevante que suscitou – nos anos 60 do século XIX - a reunião de um grupo de médicos em torno dos estudos de helmintologia: os tropicalistas baianos.

Em sexto lugar estão as “doenças do sistema respiratório”, com ênfase para as bronquites e a pneumonia. Muitas doenças do sistema respiratório, como asma, bronquite, pneumonia e pulmonite, figuravam no rol das doenças longitudinais (endêmicas

³⁷ CHERNOVIZ, op. cit.

³⁸ CHERNOVIZ, op. cit.

³⁹ CHERNOVIZ, op. cit.

e crônicas) e, por vezes, ganhavam a forma epidêmica, como a epidemia de catarro brônquico, em 1842, e da coqueluche, em 1844.

A seguir destacam-se as “doenças do sistema geniturinário”, ou seja, cistite, cancro e úlceras venéreas. Em oitavo lugar estão a “gravidez e parto”. Foram poucas as mulheres que apresentaram doenças ligadas à especificidade biológica feminina, ou que foram levadas para o hospital para dar à luz: apenas quatro parturientes. Não era comum as mulheres, ainda que escravas, terem seus filhos no hospital baiano. Certamente tratava-se de um parto difícil, não solucionado pela parteira. Levar a escrava aos cuidados dos médicos e cirurgiões representava a última alternativa para salvar a mãe e/ou a criança.

Por fim, as “doenças do sistema circulatório”, com destaque para as febres reumáticas. Para o Rio de Janeiro foi registrado a morte pelas “doenças da primeira infância”, como quinto fator de óbito. Não temos paralelo na Bahia, uma vez que o Hospital da Misericórdia não registrou sequer um caso de internamento de crianças.

A epidemia de cólera de 1855

Após analisarmos o perfil dos escravos doentes durante a primeira metade do século XIX, consideramos interessante avaliar esse grupo durante um momento excepcional: a epidemia de cólera de 1855, sobretudo porque os contemporâneos consideravam que este flagelo havia atingido mais os africanos e seus descendentes, os escravos e os libertos.

Estudos que abordam em especial as primeiras grandes epidemias do século XIX – febre amarela, 1849/50 e cólera de 1855 – que grassaram em várias regiões do Brasil têm apontado para a atuação de terapeutas populares, muitos africanos e descendentes de africanos, que eram a escolha de boa parte da população, fosse em Recife, Salvador, Pará ou na Corte, para se livrarem do flagelo que os atingia⁴⁰.

Um escravo conhecido como Pai Manoel ganhou prestígio entre os moradores de Recife e reconhecimento do governo provincial, que o autorizou a atender vítimas de cólera no Hospital da Marinha de Recife, diante da insatisfação popular sustentada por boatos de que o curandeiro seria preso para deixar os médicos matarem gente ‘de cor’, que seria a mais atingida pela epidemia⁴¹. Tal situação gerou problemas com as autoridades médicas locais e nacionais, que fizeram pressão para que a lei de 1851 fosse cumprida, ou seja, que o exercício da medicina fosse exclusivo dos médicos formados em faculdades. Tais investigações confirmam, em diferentes contextos, as esco-

⁴⁰ BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Goeldi Editoração/Editora Universitária UFPA, 2004; DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia e Sarah Letras, 1996; DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *Cólera: representações de uma angústia coletiva - a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil*. Tese de doutorado, UNICAMP, Campinas, 1997; PIMENTA, op. cit. cap.3.

⁴¹ DINIZ, op. cit. p. 355-6

lhas próprias de escravos e seus descendentes sobre como e por quem preferiam ser tratados.

De acordo com o estudo de Onildo David⁴², em Salvador a epidemia se mostrou mortífera, pois morreram quase 10.000 pessoas. Segundo o autor, este número representaria entre 8% a 18% da população. Nesse período a população era estimada entre 56.000 e 120.000 habitantes. Ainda que pese a inconstância dos dados demográficos, pode-se afirmar que a mortalidade em Salvador foi bem alta, comparada a outras cidades brasileiras, como Belém, Recife e Rio.

Nas freguesias soteropolitanas de Pilar, Sé, Passo e Brotas havia 32% de escravos entre os mortos por cólera, sendo que os estes compunham 28,5% da população. Portanto, os escravos foram mais atingidos do que o esperado. Entre os livres destas freguesias, que compunham 71% de seus habitantes, verificou-se um índice de 53% dos mortos. Os libertos, por sua vez, foram bastante penalizados, pois compunham 3% da população, mas representaram 15% dos mortos. Ressalte-se que 60% dos libertos mortos tinham mais de 49 anos⁴³.

A análise da cor dos internados por cólera no hospital da Santa Casa da Misericórdia entre 1855 e 1856 demonstra que 37% eram denominados pretos; 16% crioulos; 21%, pardos; 9%, cabras ou caboclos; e 17%, brancos. Dessa forma, esses dados reforçam os resultados anteriores, destacando-se que mais de 50% dos internados por cólera na Misericórdia eram de origem ou ascendência africana⁴⁴.

Apesar desses dados, a eclosão do cólera, embora possa ter influenciado, não parece ter sido o motivo principal para a diminuição do número de brancos que recorria ao hospital. Observando melhor a distribuição por cor dos internados no hospital da Misericórdia durante a primeira metade do Oitocentos, constata-se uma diminuição progressiva na proporção de brancos. Enquanto em 1823 havia 62% de brancos entre os internados, em 1830 havia 54%, em 1840, 50%; e em 1850 e 1851, respectivamente, 48% e 43%⁴⁵. A presença de 31% de brancos internados no período 1855-56 indica, portanto, uma mudança no perfil dos doentes internados no hospital da Misericórdia que já vinha se delineando ao longo de décadas.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito às ações do Estado diante de momentos críticos, como o das epidemias. Estas constituíram um ponto de inflexão no modo como o Estado lidava com a assistência à saúde da população. A partir de então, além dos subsídios concedidos às instituições de caridade, frequentes desde o período colonial, percebe-se certo direcionamento da assistência relacionado às pessoas e aos lugares.

⁴² DAVID, op. cit.

⁴³ DAVID, op. cit. p. 135-6.

⁴⁴ ASCMBA, Livro para assentamento das circunstâncias dos enfermos por ocasião de suas entradas no Hospital (julho de 1855 a julho de 1856).

⁴⁵ BARRETO, op. cit. p. 194.

Ao isolarmos os casos da epidemia reinante (28% dos internamentos), pudemos analisar a incidência de doenças de acordo com a cor. Assim, percebemos que os mais atingidos pela epidemia foram pretos e crioulos, enquanto brancos e pardos constituíram a maior parte (63%) dos internados pelas demais doenças infecto-parasitárias.

A administração da Santa Casa apressava-se em esclarecer que a grande mortalidade apresentada durante os piores momentos da epidemia de cólera entre 22 de julho e 5 de outubro de 1855 – 46% - decorria do grande número de moribundos que chegava às portas do hospital, “que os aceitava na inteligência de que as não devia fechar aos que estavam no último arranco de vida suplicando compaixão.” O número de mortos aumentou tanto neste período que o cemitério sob sua administração vendeu todos os carneiros. Em agosto daquele ano, quase 90% dos indivíduos enterrados no Campo Santo tinham sido vitimados pelo cólera.⁴⁶

Além da própria mortalidade provocada pela doença, reforçamos que o discurso da Misericórdia pode ser lido também pelo viés da agência dos doentes – no caso, escravos e forros, africanos e seus descendentes – no sentido de procurar assistência em outros terapeutas, com os quais se identificavam mais, antes de recorrer à medicina acadêmica oferecida no hospital da Santa Casa.

Considerações finais

Esse estudo sobre a assistência à saúde dos escravos na capital baiana apresenta o percentual de cativos tratados nas enfermarias do Hospital São Cristóvão, as principais doenças e as terapêuticas durante a primeira metade do Oitocentos. Consideramos pertinente analisar também o impacto da epidemia de cólera de 1855 no perfil desses doentes internados no hospital, pois este flagelo teria atingido mais os escravizados e libertos.

Os dados analisados nos permitem inferir que as especificidades de uma cidade portuária, com grande fluxo de pessoas e mercadorias, a moradia precária, a alimentação deficiente, a constante exposição às doenças pela mobilidade urbana ou pelas péssimas condições de vida, os acidentes de trabalho e o serviço pesado foram fatores de adoecimento da população escrava de Salvador.

Os resultados apresentados foram construídos a partir da classificação utilizada por Mary Karasch para as causas de mortes de escravos na primeira metade do século XIX no Rio de Janeiro com o objetivo de aprofundar, em perspectiva comparativa, o conhecimento sobre as condições de vida dos indivíduos escravizados que viviam em Salvador. Ao mesmo tempo, essa investigação pretende contribuir para compreendermos melhor a assistência à saúde no Brasil, considerando as transformações pelas quais passou no período analisado, e as escolhas dos doentes quanto à forma de tratamento a que seriam submetidos.

⁴⁶ ASCMBA, Ata da sessão da mesa e Junta em 14/10/1855.

Artigo recebido em 01 de novembro de 2012.

Artigo aprovado para publicação em 10 de dezembro de 2013.