

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Priscila d'Almeida Ferreira

**Memórias de males e curas:
escravidão, doenças e envelhecimento no Sertão da Bahia no século XIX**

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2017

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Priscila d'Almeida Ferreira

**Memórias de males e curas:
escravidão, doenças e envelhecimento no Sertão da Bahia no século XIX**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Cultura e Educação.

Orientador (a): Profa. Dra. Isnara Pereira Ivo

Vitória da Conquista
Fevereiro de 2017

F443m Ferreira, Priscila d'Almeida Ferreira
Memórias de Males e Curas: escravidão, doença e envelhecimento no
Sertão da Bahia no século XIX. / Priscila d'Almeida Ferreira, 2017.
Orientador(a): Dra. Isnara Pereira Ivo.

170f.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,
Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade,
Vitória da Conquista, 2017.

1. Escravidão - Aspectos sociais - Sertão da Bahia. 2. Memória. 3. Escravo - Doenças. I.
Ivo, Isnara Pereira. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-
Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 326.098142

Catálogo na fonte: Cristiane Cardoso Sousa - CRB 5/1843
UESB - Campus Vitória da Conquista - BA

Título em inglês: Memories of Diseases and Cures: Slavery, Diseases and Aging in the
Backwoods of Bahia in the 19th Century

Palavras-chaves em inglês: Slavery. Memory. Disease. Bahia Backwoods.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Prof.^a Dra. Isnara Pereira Ivo (presidente), Prof.^o Dr. Marcelo Moreira
(titular), Prof.^o Dr. Luciana Araújo dos Reis (titular), Prof. Dr. Renato da Silva Dias (titular),
Profa. Dra. Carla Maria Junho Anastasia (titular).

Data da Defesa: 17 de fevereiro de 2017

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e
Sociedade.

FOLHA DE APROVAÇÃO**Priscila d'Almeida Ferreira****Memórias de males e curas: escravidão, doenças e envelhecimento no sertão da Bahia no século XIX**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 17 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Isnara Pereira Ivo (Presidente)
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Marcello Moreira
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Luciana Araujo dos Reis
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof^a. Dr^a. Carla Maria Junho Anastasia
Instituição: UFMG

Ass.: 

Prof. Dr. Renato da Silva Dias
Instituição: UNIMONTES

Ass.: 

AGRADECIMENTOS

A Ele toda a honra, toda a glória e todo o louvor! Primeiramente, obrigada meu Deus!

Agradeço a minha orientadora Isnara Pereira Ivo, pelos ensinamentos, paciência e ajuda durante a realização do doutorado.

A minha gratidão a UESB, que me concedeu a licença e a bolsa para poder me dedicar inteiramente à pesquisa.

Também sou grata aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Memória: linguagem e sociedade, pela ajuda e disponibilidade.

Agradeço aos membros da Banca de Qualificação, Marcello Moreira e Luciana Reis, pelas importantes sugestões e ajuda.

Agradeço a Adriana, que me permitiu o acesso aos inventários no Fórum Desembargador João Mangabeira (Vitória da Conquista).

Em especial, agradeço ao meu esposo Tácio Luís e a minha filha Júlia, por compreenderem as horas ausentes, pelo amor, força e amizade. Estendo esses agradecimentos a minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão que, com muito carinho, me ajudaram a chegar até aqui.

Não posso deixar de fora o meu muito obrigada a minha amiga Claudia Celeste, que sempre esteve pronta a me ajudar. A Dioneire Anjos, sempre me ouvindo e atendendo minhas ligações. A Sirlene Marques pelas orações. A Ocerlan Santos, pelo apoio.

Agradeço a Renata, pois sem ela não teria conseguido ler os inventários, decifrando cada letra ali escrita.

Quero agradecer a todos meus amigos que estiveram ao meu lado durante a minha trajetória. Meu muito obrigada!

Depois disto he fácil perceber, que os homens mal vestidos, mal nutridos, expostos a todas as injurias do ar, sujeitos a hum trabalho quasi continuo, e entregues quasi sem medida ás inclinações dos deleites sensuaes, e dos liquores fortes, naô podem conservar a sua saúde; também se observa, que ellesnaô resistem muito tempo; as moléstias vem acommettellos; e hum tratamento quasi sempre mal entendido os acaba.

Jean Barthélemy Dazille

RESUMO

O trabalho de pesquisa teve o objetivo de investigar as doenças que acometeram a saúde dos escravos, no século XIX, na Imperial Vila da Vitória, atual município de Vitória da Conquista, situado no Sudoeste da Bahia. Para isso, foram analisados 460 inventários, de 1801 a 1888, digitalizados, do arquivo do Fórum Desembargador João Mangabeira. Encontraram-se 2.159 escravos nos documentos analisados, dos quais 230 foram qualificados como doentes, e localizadas 244 moléstias. A investigação tomou como base o trânsito e o alastramento das enfermidades e, ao mesmo tempo, averiguou as condições de vida dessa população no que se refere à qualidade da alimentação, moradia, vestimenta e trabalho da escravatura. Confrontaram-se tais condições com a saúde e a doença dos escravos, a fim de compreender se as doenças são fruto do processo de conquista, expansão e dilatação planetária ibérica. Analisou-se também a saúde e a doença dos escravos velhos, com idade igual ou superior a 60 anos, e a alforria concedida pelos senhores após a idade produtiva ou em razão da invalidez. Conclui-se que o adoecimento dos escravos decorria das condições de vida a que eram submetidos e à circularidade de pessoas, o que facilitava o contágio de doenças advindas das quatro partes do mundo por causa da mundialização iniciada no Seiscentos.

Palavras-Chave: Escravidão. Memória. Doença. Sertão da Bahia.

ABSTRACT

This work aims to investigate the diseases that affected slaves' health, over the 19th century, in Imperial Vila da Vitória, the current city of Vitória da Conquista, in Southwest Bahia. For this reason, the analysis of 460 inventories is presented, from 1801 to 1888, scanned on archival materials available at Fórum Desembargador João Mangabeira. In the documents under consideration, 2.159 slaves were found, among them 242 captives were classed as patients, and it was detected 244 diseases. The research was based on the movement of persons, the proliferation of illness and, at the same time, it analyzed captives living conditions in regard to: quality of food, house, clothing and slavery labor. These conditions were confronted to health and slaves' sickness, in order to understand that diseases are a result of conquest and Iberian planetary expansion processes. It was also discussed about life, health and diseases of the elderly slaves, who are aged 60 or over, and freedom given by their owners after their working age or disability. The conclusion is that slaves' disease happens because of living conditions to which they are subjected, as well as the movement of persons, that made them easily get infected of illness worldwide due to globalization in the 16th century.

Keywords: Slavery. Memory. Disease. Bahia Backwoods.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Nègres a fond de Calle	43
Figura 2 – Habitation de nègres.....	44
Figura 3 – Cabeças de negros de diferentes nações	47
Figura 4 – Rencontre d’indiens avec des voyageurs européens	51
Figura 5 – Laranja	69
Figura 6 – Aplicação do castigo do açoite.....	74
Figura 7 – Aplicação de sanguessuga.....	85
Figura 8 – Linho	86
Figura 9 – Tamareira	86
Figura 10 – Quina calysaia	87
Figura 11 – Escravos doentes de Henry Chamberlain.....	88
Figura 12 – Enterrement d’un nègre à Bahia.....	90
Figura 13 – Chicória.....	103
Figura 14 – Agrião ordinário	106
Figura 15 – Agrião do Pará	106
Figura 16 – Capeba.....	108
Figura 17 – Barbeiros ambulantes	114
Figura 18 – Ipecacuanha.....	121
Figura 19 – Jaborandi	122
Figura 20 – Quina.....	122
Figura 21 – Carnaúba	126
Figura 22 – Localização da origem dos africanos traficados para o Sertão da Bahia	162

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escravos com mais de uma moléstia.....	61
Quadro 2 – Escravos tuberculosos	94
Quadro 3 – Escravos com asma, puxeira e doença do ar	97
Quadro 4 – Escravos doentes do estalecido	98
Quadro 5 – Outras doenças respiratórias nos escravos	98
Quadro 6 – Escravos com dores no peito	99
Quadro 7 – Escravos sem especificação de idade, descritos como velho nos inventários....	130
Quadro 8 – Escravos com idade entre 60 e 69 anos.....	133
Quadro 9 – Escravos com idade entre 70 e 79 anos.....	137
Quadro 10 – Escravos com idade entre 80 e 89 anos.....	141
Quadro 11 – Escravos com idade maior de 90 anos	142
Quadro 12 – Origem das doenças	163
Quadro 13 – Origem de Ervas e Plantas	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Origem e “qualidade” dos escravos doentes.....	48
Tabela 2 – Total de escravos, doente e não doentes	60
Tabela 3 – Todas as moléstias encontradas nos escravos.....	61
Tabela 4 – Escravos acometidos por doenças respiratórias.....	91
Tabela 5 – Escravos velhos	128
Tabela 6 – Escravos velhos com alforrias concedidas e compradas	144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFJM – Arquivo do Fórum João Mangabeira – Vitória da Conquista.

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 HISTÓRIA, MEMÓRIA E MALES	26
2.1 MEMÓRIA E HISTÓRIA POR MEIO DOS INVENTÁRIOS	26
2.2 MALES EM TRÂNSITOS.....	36
2.3 ENCONTROS DE ENFERMIDADES	47
3 DOENÇAS DO CATIVEIRO: MALES E TRATAMENTOS NO OITOCENTOS	60
3.1 MALES DA VIDA E DA LIDA	60
3.2 RESPIRAR É VIVER: MAL E CURA	90
4 DA ARTE DE CURAR E DE ENVELHECER	110
4.1 DAS ARTES DA CURA.....	110
4.2 ENVELHECER NO CATIVEIRO.....	127
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	153
ANEXOS	162
ANEXO A – ORIGEM DOS ESCRAVOS PARA O BRASIL	162
ANEXO B – ORIGEM DAS DOENÇAS	163
ANEXO C – ORIGEM DE ERVAS E PLANTAS	164
ANEXO D – FONTES MANUSCRITAS EM ARQUIVOS	165

1 INTRODUÇÃO

Esta tese não é um estudo exclusivo em história. Trata-se de um exercício teórico conceitual, interdisciplinar, elaborado por uma fisioterapeuta em diálogo com os estudiosos da memória, história, sociologia e filosofia. O desejo de estudar questões referentes ao adoecimento dos escravos que residiram em Vitória da Conquista, no século XIX, é uma decorrência da minha formação acadêmica na área de saúde. Essa inquietação intensificou o meu olhar a respeito das condições de vida¹ desses cativos e trouxe a certeza da importância do estudo, uma vez que há poucas pesquisas sobre tal temática no Brasil. Espera-se contribuir para o resgate da memória dos males e das curas dos escravos do Sertão da Bahia no século XIX e, em consequência, para a história da escravidão.

Para analisar os males do sertão, todas as doenças² citadas nos inventários foram discutidas e relacionadas à realidade vivida pelos escravos durante o período que abrange o Oitocentos, porquanto “se o historiador dispõe de uma série extensa e ampla de inventários para uma dada região, poderá observar as características e acompanhar as transformações e a dinâmica da sociedade escravista analisada” (FURTADO, 2009, p. 112).

Nos inventários, na listagem da escravatura, constava informação quanto ao estado de saúde do sujeito, isto é, se estava apto para qualquer trabalho ou se carregava em seu corpo alguma patologia ou deformidade que prejudicasse a produtividade. No elenco das doenças que acometiam os escravos, pôde-se observar que muitas enfermidades continuam a existir, umas mais e outras menos evidentes; porém, para a pesquisa elegeu-se como foco o século XIX, tanto para definição das enfermidades, quanto para o tratamento. Pretendeu-se estabelecer um diálogo com a história, a memória e os autores que discorrem a respeito da escravidão, debatendo questões inerentes à saúde e doença deles.

Para a pesquisa, foram analisados documentos cartoriais digitalizados, datados do século XIX, de 1801 a 1888, pertencentes ao arquivo do Fórum Desembargador João Mangabeira, na cidade de Vitória da Conquista, organizados em 32 caixas separadas por datas. No total, foram analisados 460 documentos, distribuídos em 457 inventários – maior

¹ Sempre quando for usado o termo *condições de vida*, refere-se à qualidade de alimentação, moradia, vestimenta e trabalho da escravatura. Quanto à alimentação, observar a quantidade e qualidade da comida ingerida pelos cativos e se atendem às necessidades nutricionais; já em relação à moradia, verificar se essa é espaçosa, ventilada, sem umidade, com piso, sem goteiras e com mobílias; sobre as vestimentas, estas precisam proteger o corpo, tanto do frio quanto do sol quente, é necessário que sejam limpas e fartas; e, acerca do trabalho, verificar se esse é insalubre. Tais questões serão abordadas minuciosamente no decorrer da tese.

² Todas as doenças relatadas na tese foram obrigatoriamente pesquisadas e definidas nos dicionários Bluteau (1728), Moraes e Silva (1789) e Pinto (1832).

fonte de pesquisa para o estudo – e três testamentos. Dos 2.159³ escravos localizados, 230 foram qualificados como doentes; encontraram-se 244 enfermidades, uma vez que alguns dos escravos carregavam mais de uma moléstia no corpo. Do total dos manuscritos analisados, 309 citavam escravos como parte do patrimônio, ao contrário dos 151 documentos. Também foram identificados cativos idosos, doentes e não doentes, com idade acima de 60 anos, perfazendo um total de 124 escravos velhos.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar, à luz das memórias registradas nos inventários, as causas dos males do Sertão e as curas das doenças dos escravos, no século XIX, na Imperial Vila da Vitória, atual município de Vitória da Conquista. Situado no Sudoeste do estado da Bahia, no Sertão da Ressaca, a área entre o Rio Pardo e Rio das Contas faz fronteira com o Norte da Capitania de Minas Gerais e o Alto Sertão da Bahia.

Estabeleceu-se como problema central da pesquisa: Quais as causas dos males do Sertão e como se davam as curas das doenças dos escravos no Sertão da Bahia, no século XIX, na Imperial Vila da Vitória?

Com a intenção de responder à questão norteadora da tese, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- resgatar a história e as memórias da população escrava da Imperial Vila da Vitória no século XIX;
- averiguar as doenças e as condições de vida dos escravos;
- analisar a circulação e disseminação das moléstias e a arte da cura no Oitocentos;
- analisar o adoecimento dos escravos velhos e as alforrias concedidas após a idade produtiva.

A problemática anunciada apontou para possibilidades investigativas que a pesquisa enfrentou para constatar as hipóteses elencadas:

- as doenças dos escravos eram consequências, da circularidade e disseminação das moléstias e consequências do processo de mundialização seiscentista;
- as doenças dos escravos eram identificadas, tratadas e curadas por meio de práticas de cura oriundas das quatro partes do mundo;
- foram identificados adoecimentos nos escravos velhos e alforrias concedidas após a idade produtiva.

³ Fontes Manuscritas em Arquivos (ANEXO D).

Adotou-se a metodologia de cunho documental, classificada como exploratória e descritiva; e a abordagem, quanti-qualitativa. Trata-se de uma pesquisa documental, cuja principal característica está no fato de a coleta de dados ser feita em documentos, no caso do trabalho em questão, documentos jurídicos, oriundos de arquivos públicos, como os inventários, objeto da pesquisa. Os documentos, além de permitir investigar fatos ou fenômenos ligados a indivíduos, grupos sociais, comunidades e civilizações que não mais existem, possibilitam, ao pesquisador, resgatar aspectos sociais, históricos, culturais e políticos envolvidos no tema estudado, uma vez que são considerados como uma fonte abundante e sólida de dados, além de ser importante fonte para a história (GIL, 2002; LIMA, 2004). Os documentos analisados constituem-se em fonte de registro, onde pôde ser feito levantamento das enfermidades que afligiram os escravos na Imperial Vila da Vitória no século XIX.

A pesquisa pode ser classificada como exploratória e descritiva. É exploratória porque tem como principal objetivo o lapidamento de ideias e a descoberta de intuições. Desse modo, com os estudos na área da saúde, foi possível deduzir como um cativo doente adquiriu certa patologia, que pode estar relacionada a diversos fatores, como má alimentação, exposição ao frio ou ao contágio por meio de agentes transmissores. É descritiva porque descreve as características de uma população ou um fenômeno, além de estudar as peculiaridades de uma população, como distribuição por idade, estado de saúde e doenças que mais acometem o grupo estudado (GIL, 2002, p. 41). O estudo analisa particularidades da vida do escravo, conseguindo fazer um link entre as condições de vida e a exposição a fatores que contribuam para o adoecimento.

Quanto à abordagem, a pesquisa classifica-se como quanti-qualitativa. É quantitativa porque trabalha com dados numéricos, avaliando a incidência de doenças na população escravizada e aquelas de maior predominância, procedendo ao levantamento do número de escravos doentes e, também, quantificando os escravos com determinada patologia. É qualitativa porque busca o aprofundamento do estudo de um determinado grupo social, com aspectos da realidade vivida pela população. Na pesquisa realizada, estudou-se a vida e o adoecimento dos cativos, por meio de distintas e abundantes fontes de leituras. Com os dados coletados, conseguiu-se estabelecer um índice quantitativo das doenças que acometiam os escravos na Imperial Vila da Vitória no Oitocentos e, em seguida, realizou-se a análise da vida dos cativos. Verificou-se que algumas doenças eram fruto do trânsito de pessoas, fazendo com que o contágio de enfermidades fosse algo inevitável e que a precária condição de vida

proporcionava a manifestação de algumas patologias que agravavam o estado de saúde dessa população.

É importante relatar que os primeiros habitantes a chegarem à região, em meados dos setecentos, tinham como objetivo abrir caminho entre o litoral e o Sertão, além de procurar minas auríferas. Assim surgiu o Arraial da Conquista, fundado em 1783, que, posteriormente, pela Lei Provincial nº 124, de 19 de maio de 1840, foi elevado à Vila e Freguesia, denominada Imperial Vila da Vitória. Em seguida, por ato editado em 1º de julho de 1892, tornou-se cidade, chamada Conquista, e, em 31 de dezembro de 1943, com a Lei estadual nº141, passou a ser chamada Vitória da Conquista, nome que permanece até os dias de hoje. Como à época a principal atividade do lugar era a agricultura, surgiu a necessidade de mão de obra e, conseqüentemente, de vinda de escravos para a região (SOUZA, 1996; PIRES, 2003; IVO, 2012). No sertão da Bahia do século XIX, os escravos serviam nas fazendas de gado e também na agricultura (NEVES, 2012).

A respeito do Serão da Ressaca, situado entre o Rio Pardo e Rio das Contas, que fazia fronteira com o Norte da Capitania de Minas Gerais e o Alto Sertão da Bahia. Os limites estudados compreende toda a área do atual município de Vitória da Conquista, Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Cândido Sales, Encruzilhada, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Macarani, Maiquinique, uma parte de Potiraguá e de Ribeirão do Largo (TORRES,1996).

Antes da chegada dos portugueses na região do Sertão da Ressaca, viviam aqui os índios.⁴ Os portugueses foram vitoriosos sobre os índios e ocuparam a terra, ouve um combate das tropas portuguesas com os índios Mongoiós e Imborés, que habitavam onde é atualmente o território de Vitória da Conquista. Após essa vitória, combateram com os Patachós e os Botocudos que residiam entre o Rio de Contas e o Rio Pardo. Os portugueses saíram vitoriosos em ambas as batalhas, mesmo enfrentando forte resistência dos índios, se instalaram e basearam a sua economia na pecuária e na lavoura (TORRES, 1996; TANAJURA, 1992).

Assim, a região da Ressaca se destacava na agricultura, tendo um solo muito fértil, onde era produzida uma diversificada cultura, tanto gêneros americanos quanto europeus, além de variados tipos de frutas e legumes. A região também se destacava na pecuária, com criação de gado vacum, cavalari, lanígero, cabrum e suíno, cuja exportação era uma característica desse comércio, que não se destinava apenas a produção de carne, também à de couro, que era seco e exportado. Quanto à exportação se limitava ao gado, ao açúcar, a

⁴ Para saber sobre os índios residentes nessa localidade consultar Torres (1996) e Tanajura (1992).

aguardente, ao fumo e ao arroz e importava louças, vidros, ferragens, panos e outros objetos de fábricas estrangeiras. Referente à indústria, havia fabricação de açúcar, aguardente, licores, fumo, farinha de mandioca e de milho, tecidos de algodão, obras de olaria feitas de barro, como tijolos e telhas (TORRES, 1996). Além disso, cultivaram lavouras no Sudoeste da Bahia, na qual o algodão teve um importante destaque, devido a grande demanda à procura da sua fibra, pelos teares mecanizados de Manchester e Liverpool. Esta demanda teve uma ampliação em consequência a Guerra de Independência das colônias inglesas da América do Norte (1775-1783), que eram os principais fornecedores dessa matéria-prima, tal fato estimulou o cultivo do algodão no Sertão do Brasil (NEVES, 2007).

O acesso à região ainda era muito difícil, o que dificultava a exportação dos seus produtos. A estrada mais utilizada era a de Ilhéus, que foi estrada de difícil acesso e que ficou, infelizmente, por muito tempo intransitável, pois era o porto mais próximo da região. Existiam outras estradas que ligavam a Imperial Vila da Vitória a outras cidades da Bahia, como Poções e Santo Antônio da Barra, e a Minas Gerais (TORRES, 1996). Houve a abertura de novas estradas e picadas (estradas clandestinas) e por meio dessas estradas, existiu um intenso comércio no Sertão da Ressaca, com diversificadas mercadorias entre diversas regiões, houve também circulação de homens de diferentes origens que transitaram, trouxeram e levaram culturas, conhecimentos, alimentos, plantas e animais por onde passaram. Homens envolvidos nas atividades econômicas do sertão circulavam pelos caminhos de terras e de águas, alimentaram uma verdadeira conexão entre os sertões e o mundo ultramarino.

Movimentos e conexões estão relacionados às misturas aqui compreendidas não apenas como biológicas, mas acima de tudo, culturais percebidas nas atividades de trabalho e de comércio, como também, em certa medida, nos corpos daqueles que iam e viam de um a outro lado dos sertões, conduzindo, além de produtos e coisas, o alimento que dava vida aos moradores dos sertões (IVO, 2012, p. 22).

Em relação ao clima, Tanajura (1992) descreve que a região é fria no inverno e amena no verão, isso ocorre devido a sua altitude que varia de 900 metros, nas partes baixas a 1000 metros no local mais alto. Também é característica do clima local garoas intermitentes e temperaturas baixas, que podem chegar até 10°C, com fortes rajadas de ventos. É muito frequente chuvas, sendo que o regime pluvial é especificado por duas estações: chuvas das águas, que acontece durante os meses de outubro a fevereiro, responsáveis por 80% das chuvas anuais, e chuvas de neblina durante os meses de abril a agosto. O fato da região ter

temperaturas baixas, contribuiu para o aparecimento de muitos males respiratório nos escravos, tais doenças serão relatadas no segundo capítulo.

Os escravos estiveram presentes na região desde a chegada do primeiro português, ajudaram nas lutas contra os índios e posteriormente passaram a servir na agricultura, pecuária e trabalhos domésticos, tanto nas fazendas quanto na Vila.

Em Conquista, como em outras localidades brasileiras, os negros ocupavam-se em vários misteres: nos trabalhos de pastoreio, na lavoura de algodão e de mantimentos, na fabricação de rapadura e aguardente. Alguns, os mais ladinos, se dedicavam aos ofícios de ferreiro e marceneiro. Outros serviam aos patrões nos afazeres domésticos (TANAJURA, 1992, p.57).

Tanajura (1992, p. 57) relata sobre a vida dos escravos dos sertões, dizendo que alguns senhores de escravos eram bons com seus cativos, outros “eram ruins e os castigavam impiedosamente nos troncos amarrados com correntes e cadeados”. Os proprietários bons chegavam a alforriar seus escravos de livre e espontânea vontade, outros assinavam a manumissão mediante pagamento, na maioria das vezes era o próprio escravo que comprava sua alforria. O autor discorre que esse dinheiro era adquirido pelo escravo por meio de trabalhos extras de pastoreio ou agrícola, concedidos pelos senhores aos seus cativos, em certas horas ou em um dia ou outro da semana.

Para tratar da vida, dos males e das curas dos escravos no Oitocentos, foram consultados diversos autores. Uma das primeiras obras a se deter sobre as condições de vida da escravatura foi a de Freyre⁵ (1933), com importantes contribuições no cenário econômico, social e político, versando sobre os senhores, os escravos e o regime da economia patriarcal no Brasil. O autor fala a respeito

de produção (a monocultura latifundiária); de trabalho (a escravidão); de transporte (o carro de boi [...] o cavalo); de religião (o catolicismo de família [...] culto dos mortos); de vida sexual e de família (o patriarcalismo polígamo); de higiene do corpo e da casa ([...] o banho de rio, o banho de gamela, o lava-pés); de política (o compadrismo) (FREYRE, 2003, p. 36).

O estudo da obra de Freyre (1933) foi relevante pelo fato de, também, discorrer a respeito da miscigenação, dos hábitos alimentares e, principalmente, das doenças que afligiam a população do século XIX, entre as quais tuberculose, varíola, vermes, doenças venéreas. A obra de Freyre (1933) é tão rica que levou Marques (1983) a declarar que “meu gosto pelas

⁵ FREYRE, G. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal.** São Paulo: Global, 2003. Doravante a obra será citada pelo ano da publicação da primeira edição, 1933.

moléstias tropicais, pelos problemas de clima e de epidemiologia nos trópicos, pelos aspectos sociais da doença [...] ficou profundamente estimulado depois que li [...] *Casa Grande & Senzala*” e a escrever acerca das doenças mencionadas por Freyre (MARQUES, 1983 p. 39). Eram muitos as causas que favoreciam o adoecimento dos escravos, como má alimentação, trabalho forçado, exposição a fatores ambientais, os quais proporcionavam, ou agravavam, problemas respiratórios – tuberculose, bronquite, asma – além de doenças decorrentes das péssimas condições de vida que levavam, como tétano, verminoses, febres, e problemas decorrentes da hiponutrição, entre outros.

Salienta-se entre as consequências da hiponutrição a diminuição da estatura, do peso e do perímetro torácico; deformações esqueléticas; descalcificação dos dentes; insuficiência tireóideia, hipofisária e gonadal provocadoras da velhice prematura, fertilidade em geral pobre, apatia, não raro infecundidade (MARQUES, 1983, p. 50).

Entretanto, a escravidão não parecia tão violenta e desumana na Imperial Vila da Vitória, uma vez que dos 2.159 escravos, encontrou-se apenas 230 doentes, equivalente a 10,6% do total, sendo que algumas dessas enfermidades foram relacionadas ao trabalho, conforme se vê no decorrer da tese. Desta forma, por meio de alguns aspectos referentes ao Sertão da Ressaca, consegue-se entender melhor a memória dos males e as curas dos escravos que residiam na Imperial Vila da Vitória no século XIX.

Mendes (2013), além de relatar as diversas doenças e formas de prevenção – alegando que, se as condições de vida dos cativos fossem melhores, eles adoeceriam menos – estuda as condições oferecidas durante o tráfico dos escravos da África para o Brasil e o estado em que chegavam ao país. As viagens eram marcadas por muitas privações, de água, de comida, de banhos, o que levava os escravos a adoecer e, em alguns casos, a chegar a óbito, ainda nas embarcações. Tais privações, entretanto, não eram amenizadas quando eles chegavam ao Brasil, pois, além do trabalho forçado, a alimentação não era suficiente para suprir as necessidades nutricionais, a moradia era precária – fria, úmida e pouco ventilada –, favorecendo ainda mais o surgimento de enfermidades.

Ao discorrer sobre a população negra e mestiça no século XVIII, Scarano (2002) analisa relevantes questões do cotidiano de escravos, forros, negros e mulatos que viviam em Minas Gerais, como os hábitos alimentares, as condições de vestimenta e de moradia. Denominados pela autora como *homens de cor*, estes constituíam a maioria dos habitantes do estado de Minas Gerais naquela época e faziam parte de categorias menos favorecidas. Scarano (2002) examina particularidades da vida desses homens, em relação à alimentação,

que era precária e restrita; às roupas, que, tendo a finalidade de afastar a nudez, eram poucas e de má qualidade; às moradias, que ficavam em locais mais afastados, oferecendo pouca proteção; e às senzalas, que eram pequenas e desconfortáveis – chão de terra batido, sem janelas, com apenas uma porta e sem revestimento nas paredes.

Para Engemann (2008), que estudou plantéis de escravos em fazendas no Rio de Janeiro, nos séculos XVIII e XIX, a falta de saúde dos escravos era decorrente das péssimas condições de vida que levavam e da violência que sofriam no cativeiro. Tal situação fazia com que os escravos criassem laços entre si e cuidassem uns dos outros nas adversidades, inclusive nas doenças. O autor traça um paralelo entre a taxa de mortalidade e os plantéis de escravos que tinham aparentados entre si, chegando à conclusão de que, quanto mais aparentados, menor era a taxa de mortalidade, sugerindo que, quanto mais próximos entre si eles eram, mais cuidados tinham uns com os outros.

Karasch (2000), percorre questões diversas, como a vinda da escravatura para o Brasil, a comercialização e a mortalidade de escravos, as condições de vida, as ocupações que exerciam e as doenças que os acometiam. A autora investiga as causas da doença e de morte de escravos na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, nos anos de 1808 a 1850, elencando as enfermidades, o sexo, o número de escravos com dada doença – ou falecido por determinada doença –, discorrendo sobre as condições de vida desse cativo e como isso influenciou no adoecimento. A autora inclui em seu estudo o processo de mudança cultural ao longo dos anos e a maneira como esse processo influencia a nação brasileira na contemporaneidade; investiga diversos aspectos da vida escrava, o cativeiro, as condições de vida, de saúde, de doença e a alforria da população negra e descendente que habitou no Rio de Janeiro até metade do século XIX.

Barreto e Pimenta (2013) estudaram os registros de doenças da população escrava que passou pelo hospital da Santa Casa de Misericórdia de Salvador, nos anos de 1824 a 1855. Também tratam da epidemia de cólera que ocorreu na Bahia oitocentista, além de fornecer dados sobre a cor e as doenças dos internados.

Miranda (2004), além de estudar as condições de vida dos escravos, faz relevantes considerações sobre os locais de cura nos tempos do Brasil Colonial, na Santa Casa de Misericórdia, no Recife, especificamente no Hospital Pedro II. Cita doenças infectocontagiosas que mais afetaram os cativos, “[...] como a catapora, o sarampo e suas complicações, a varíola, a gripe, o tifo, a meningite, a tuberculose e a hanseníase” e doenças adquiridas em razão das condições de vida, como “[...] inúmeras doenças de pele, venéreas,

entre outras decorrentes de verminose; além das enfermidades nutricionais, tais como: anemia, raquitismo, avitaminoses diversas e a inanição” (MIRANDA, 2004, p. 353).

No caso específico dos escravos, a falta de uma alimentação adequada, os castigos físicos, as moradias insalubres, as vestimentas impróprias, o “estresse” e o excesso de trabalho comprometeram-lhes a homeostase, acarretando o surgimento de várias doenças, as quais contribuíram, sobremaneira, para a alta taxa de mortalidade entre eles (MIRANDA, 2004, p. 353).

O livro de Ferreira⁶ (1735), apresenta as doenças, as práticas médicas e as experiências vivenciadas pelo autor – Ferreira atuou como cirurgião-barbeiro – e menciona as doenças mais encontradas em Minas gerais, local onde se estabeleceu durante os anos de 1708 a 1733. Analisa, ainda, os tratamentos e medicamentos usados para se alcançar a cura, fornece valiosas informações acerca da vida dos escravos – características, alimentação, hábitos, doenças, moradia e os trabalhos que executavam –, descreve a difícil condição de vida a que eram submetidos pelos donos, a dura labuta do trabalho e considera a mineração como sendo insalubre, pois a permanência prolongada dentro dos rios favorecia o adoecimento. O livro teve uma grande circulação no Brasil e foi um dos primeiros, de medicina brasileira, escrito em língua portuguesa.

No que tange ao estudo da arte de curar, Figueiredo (2008) desenvolve com muita propriedade esse assunto, conseguindo estabelecer ligação entre a história e a saúde no século XIX em Minas Gerais. A autora identifica os indivíduos que exerciam o ofício da cura, as múltiplas formações – seja acadêmica, seja prática – desses curadores, além da diversidade das práticas e procedimentos usados para tratar o corpo doente. Eram tratamentos oriundos das tradições culturais, que se mesclavam com um discurso acadêmico-científico, que interferia e modificava a forma de tratar doenças e prescrever medicamentos. Essa mescla entre o saber popular e o científico trouxe novas intervenções ao corpo enfermo e diferentes concepções sobre a arte da cura. No prefácio do livro de Figueiredo (2008), Paoli faz uma relevante observação:

Nesse sentido, é possível pensar que os tradicionais e criativos recursos das artes da cura nascidos do isolamento e dispersão colonial são negociados, no século XIX, com os novos discursos científicos que buscam, com a

⁶ FERREIRA, L. G. **Erário Mineral**. Organizado por Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. Doravante a obra será citada pelo ano da publicação da primeira edição, 1735.

supremacia do saber técnico moderno, alojar-se de modo legítimo nas hierarquias de dominação social e política (PAOLI, 2008 p. 13).

Ambos os conhecimentos – popular e científico – para a cura, se misturavam. O saber científico invadia o popular quando era inserida, em sua prática, por exemplo, a reza – indicada pelo médico para reforçar o medicamento prescrito. E vice-versa: os curadores não diplomados – como barbeiros, cirurgiões, sangradores, por exemplo – inseriam, em seu cotidiano, intervenções ministradas por médicos diplomados. Figueiredo (2008) mostra essa troca cultural na arte da cura, uma verdadeira mescla de tratamentos, impulsionada por um cenário plural de indivíduos marcados por diferentes conhecimentos e tradições.

Almeida (2010, p. 21) se dedica em estudar manuscritos – registros cartoriais dos séculos XVIII e XIX – da Casa Borba Gato, na cidade de Sabará. Nomeia os homens que exerciam o ofício da cura nas Minas Gerais do século XVIII, discorre sobre a medicação, os saberes e as práticas curativas usadas na época. Para a autora, “a percepção da dimensão cultural das práticas e saberes curativos presentes nesses documentos foi traçando minha rota”, o que possibilitou conhecer as práticas de cura. Na apresentação do livro de Almeida, Paiva faz uma relevante descrição.

As práticas de cura e as receitas prescritas, manipuladas e aplicadas [...] desenvolveu um conjunto de conhecimentos e procedimentos ao qual a autora chamou de “medicina mestiça”. Creio que a expressão seja acertada, pois é certamente um aglomerado de elementos vegetais, minerais, químicos e mágicos que se mesclam e se justapõem [...] tudo para curar males do corpo e das almas dos habitantes das Minas Gerais do século XVIII (PAIVA, 2010, p. 14).

O século XIX caracterizou-se por ser um período de grandes transformações na medicina. Nele surgiram as primeiras escolas de medicina e cirurgia do Brasil; iniciou-se a cultura do consultório – o médico, cada dia menos, atendia em domicílio; algumas condutas médicas iniciadas nesse século estão presentes até hoje, como aferir a pulsação e fazer anamnese⁷ do paciente. Em meados do século, houve transformações de grande monta, com avanços nas áreas de assepsia e anestesia, além da descoberta da bactéria. No final do século, Louis Pasteur, cientista francês, descobriu a existência de micro-organismos patogênicos causadores e transmissores de enfermidades. Essa foi uma grande descoberta para a medicina, pois, através dela, puderam-se criar vacinas e se constatou que o micróbio pode se disseminar

⁷ Na anamnese, o médico entrevista o paciente com intenção de conhecer todas as questões relacionadas à doença para ajudar no diagnóstico.

entre os indivíduos. Tal percepção provocou uma melhoria significativa nas questões de higiene (RODRIGUES, 2011).

A pesquisa realizada investigou as doenças dos escravos que residiam na Imperial Vila da Vitória entre os anos de 1801 a 1888. A região estudada, localizada no interior da Bahia, era marcada por espaços rurais, onde as descobertas no campo da saúde demoravam a chegar. A figura do médico que passava por formação acadêmica – nas cidades de Salvador ou do Rio de Janeiro ou no Velho Mundo – nem sempre era uma figura fácil de se encontrar. Acredita-se, assim, que os homens que exerciam a arte de curar, na localidade estudada, nem sempre tinham uma formação acadêmica, outros também atuavam no corpo doente, a exemplo de curandeiros, barbeiros e boticários.

Entretanto, os homens que exerciam a prática da cura, para melhor se guiarem em relação ao corpo enfermo e adquirirem conhecimento para a obtenção da cura, consultavam manuais e guias de saúde elaborados por médicos (FIGUEIREDO, 2005).

Em alguns momentos os curadores e os práticos da medicina buscavam nos manuais de saúde informações de como proceder; em outros, exercitavam sua prática de modo autônomo, ou procuravam justificar seus procedimentos através de uma interpretação peculiar sobre doença, corpo, saúde (FIGUEIREDO, 2005, p. 26).

Uma das obras muito consultadas no século XIX, como guia médico, denomina-se *Formulário e guia médico*, de autoria de Chernoviz⁸ (1842). O autor, um médico, apresenta, em ordem alfabética, o nome das doenças da época, fornece informações, como sinais e sintomas, o tratamento indicado para cada moléstia, os medicamentos, com as propriedades e as indicações de dosagem, e discorre sobre os conhecimentos da arte da cura empregados no século XIX. Durante esse período foi um livro extremamente lido por aqueles que buscavam tratamentos para as mais diversas enfermidades. Teve uma venda de 300 exemplares no primeiro dia e foi editado diversas vezes ao longo de oitenta anos, chegando até a 19ª edição (GUIMARÃES, 2005). Em virtude da dificuldade de encontrar médicos formados no Brasil, no século XIX, o guia de medicina popular de Chernoviz (1842) teve o propósito de alcançar pessoas que se encontravam longe das cidades ou em locais que não tinham médicos, como nas regiões rurais (FIGUEIREDO, 2005).

⁸ CHERNOVIZ, P. L. N. **Formulário e guia médico**. Tomo I e II. 17 ed. Paris: Livraria de A. Roger e F. Chernoviz, 1904. Doravante a obra será citada pelo ano da publicação da primeira edição, 1842.

Com o objetivo de compreender as doenças, traçar diagnósticos e sugerir tratamentos para aqueles que se encontravam enfermos, os manuais de fazendeiros⁹ foram de grande relevância. Taunay¹⁰ (1839), que publicou no Brasil, em 1839, a obra *Manual do agricultor brasileiro*, defendia a uniformização de tratamento para a população escrava, melhoria da qualidade e quantidade dos alimentos, das vestimentas e das condições sanitárias das senzalas e sugeria que os trabalhos deveriam ser em conformidade com a força e a habilidade de cada escravo. Considera de grande relevância para a sociedade do século XIX “a redação de um código para a escravatura, que uniformize o tratamento que se deve dar aos escravos, e combine o interesse dos senhores com o tolerável bem-estar dos pretos [...]” (TAUNAY, 1839, p. 38). Aconselha que tais questões sejam acompanhadas de uma rigorosa disciplina, que os cativos sejam conduzidos para o cristianismo e que haja relação familiar estável entre eles. Além disso, o autor trata da agricultura e dos gêneros de primeira necessidade. O livro é bastante esclarecedor no que tange às questões da sociedade escravista do Brasil no século XIX, como a mentalidade das elites locais, às relações de poder então existentes.

Os guias e manuais permitiam a circulação do saber e exerciam um papel de mediação cultural, uma vez que levavam conhecimentos médicos e tratamentos para a população leiga (FIGUEIREDO, 2005). As obras de Chernoviz (1842) e Taunay (1839) tiveram um importante papel nessa conjuntura, uma vez que ajudavam a população nas estratégias de como prevenir e tratar enfermidades.

Esta tese, que expõe os resultados da pesquisa documental desenvolvida, está organizada em três capítulos, a seguir descritos:

No primeiro, explica-se como a memória registrada pode ser evocada a partir de fontes cartoriais do século XIX, os inventários, que guardam os relatos de doenças que acometeram a escravatura daquela época. Tais documentos, de extrema importância, constituem o registro da história, da memória e do resgate de lembranças para a construção da vida e da trajetória da população cativa. São apresentados os conceitos de saúde e doença como eram entendidos no século XIX e a forma como são compreendidos na atualidade. A discussão segue falando sobre a mobilidade de homens – que resultou nas mestiçagens biológicas, culturais – e como isso influenciou a formação do Brasil contemporâneo, colaborando para a diversidade de costumes, formas, cores e qualidades do povo. Além disso, aborda diversos aspectos culturais

⁹Os manuais de fazendeiros foram feitos para ajudar os senhores de escravos, com a finalidade de preservar e cuidar da população escrava. Prescrevem medidas para dinamizar a economia escravista do Brasil, além de tratar de assuntos agrícolas.

¹⁰TAUNAY, C. A. **Manual do agricultor brasileiro**. Organização Rafael de Bivar Marquese. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. Doravante a obra será citada pelo ano da publicação da primeira edição, 1839.

e mistura de conhecimentos a respeito de moléstias, tratamentos para tais doenças e remédios, analisando o trânsito de enfermidades e curas.

No segundo capítulo, para estudar os males que afetaram os escravos no Sertão da Ressaca, são verificadas as enfermidades descritas nos inventários. Para isso, as patologias foram mapeadas e separadas, relatando, primeiramente, as hérnias, pois foi a doença mais encontrada nos escravos analisados, em seguida, as distintas moléstias em membros inferiores, membros superiores, tronco, coluna, doenças em órgãos, ataques e outros males de origem reumática, ortopédica, neurológica e originados do trabalho. Em seguida, são verificadas as doenças que acometiam o sistema respiratório dos cativos e o tratamento.

O terceiro capítulo trata da arte da cura, dos indivíduos que exerciam essa arte e como realizavam os procedimentos para restabelecer o corpo enfermo. Apresenta algumas plantas medicinais usadas, elencando elementos da flora – tanto brasileira quanto estrangeira – que circularam e serviram de remédios para a população doente. Discorre sobre o trânsito dessas ervas entre os quatro continentes e a memória da cura que vive nos dias atuais, uma vez que ainda, hoje em dia, se usam remédios ou ervas utilizadas no Oitocentos. Para finalizar, apresenta uma análise dos escravos velhos e suas moléstias, mostrando como eles eram alforriados pelos donos com o término da idade produtiva. A discussão está pautada na saúde, laboriosidade e a maneira como alguns cativos conseguiam sua alforria por estarem enfermos ou velhos.

A saúde dos escravos, declarada nos inventários, faz emergir uma série de questões referentes à vida dos cativos. Com isso, projeta-se uma memória construída por uma sociedade cuja história, já vivida, pode ser contada e alimentada, uma vez que ainda se mantém viva na memória da população. O passado também pode ser resgatado através de documentos, que são testemunhos históricos e, ao mesmo tempo, espelho do presente. É nessa vertente que, analisando os inventários, a memória e a história dos males do Sertão que atingiram a população cativa na Imperial Vila da Vitória no século XIX foram resgatadas, uma vez que os documentos são vestígios, são resquícios, conforme foi ensina Ginzburg (1939, 2006).

2 HISTÓRIA, MEMÓRIA E MALES

2.1 MEMÓRIA E HISTÓRIA POR MEIO DOS INVENTÁRIOS

Os inventários costumam ser depositados em arquivos, que podem ser considerados como um “lugar social” – não apenas um lugar físico ou espacial. O arquivo “[...] abriga o destino dessa espécie de rastro que cuidadosamente distinguimos do rastro cerebral e do rastro afetivo, a saber, o rastro documental” (RICOEUR, 2007, p. 177). Os inventários, armazenados nos arquivos, são confirmações deixadas por contemporâneos, que registraram um acontecimento ou um testemunho ou, pode-se dizer, é um lugar onde fica registrada uma memória. São uma valiosa fonte, pois podem revelar diversos fenômenos de uma época e como vivia determinado grupo social (GINZBURG, 1939).

Nos inventários são registrados os bens de um indivíduo, os créditos e débitos, os integrantes da família e, no caso das sociedades escravagistas, o número de escravos de que era proprietário. Essas informações mostram, indiretamente, a classe social e a maneira como o inventariado viveu e acabam expondo a sua condição financeira.

O inventário é registro oficial do patrimônio deixado por pessoa falecida, do qual consta o tipo e o valor monetário dos bens acumulados ao longo da vida, bem como lista de créditos e débitos pendentes. Este registro é feito por autoridade pública e o documento assim produzido tem valor para definir, em caráter final, o que caberá, por partilha, aos herdeiros, após honrados os débitos com o Estado e com credores particulares (MAGALHÃES et al., 2002, p. 2).

Quando se investiga a época da escravidão, os inventários são manuscritos de grande valor. Conforme o *Dicionário da língua portuguesa*, de Antonio de Moraes Silva (1789, p. 734), inventário é “catalogo que se faz dos bens que o defunto deixa; ou dos bens, e moveis de algum vivo”. Segundo Furtado (2009, p. 102), “costuma-se utilizar a expressão inventário *post-mortem* para se referir especificamente ao arrolamento dos bens de um indivíduo feito após a sua morte para transmissão ou partilha entre os herdeiros”. Nos inventários são registrados os bens do morto, para, assim, serem distribuídos conforme as disposições legais de transferência ou partilha entre os herdeiros. Como eles registram todo o patrimônio material de uma pessoa, é uma ampla demonstração da cultura econômica e material de uma sociedade.

Os cativos eram deixados como herança nos inventários e encontravam-se arrolados entre os bens semoventes¹¹. A população escrava apresentada nessa documentação tinha especificidades – registravam-se o nome próprio, o nome da mãe, o nome do cônjuge (se este era escravo, livro ou forro), a origem, a ocupação, a cor, a “qualidade”,¹² a idade, o preço e a condição de saúde ou doença – informações que se configuraram um terreno fértil para a pesquisa.

Para investigar a memória, a história e a saúde dos cativos que se estabeleceram na Imperial Vila da Vitória, no século XIX, elegeu-se como base Le Goff (1996), que defende o documento como um instrumento usado para construir a história. Entende-se que os inventários têm um relevante papel nessa conjuntura, uma vez que trazem valiosas informações a respeito da vida do cativo, da condição de saúde e doença. Segundo Furtado (2009, p. 111-112),

Para a escravidão, os inventários se revelam instrumentos preciosos, pois o conjunto do plantel escravista do falecido é nomeado, listado e avaliado entre os bens semoventes. Os inventários registram idades, preços, condições de saúde, origem e por vezes ofícios, oferecendo interessantes e instigantes informações sobre o conjunto de cativos do falecido.

As civilizações são construídas por meio das memórias dos grupos sociais que nelas estão representadas. No caso dos inventários, quando são citados escravos entre os bens ali contidos, vêm à tona características, como fenótipos, identidades, comportamentos e valores da população escravizada. Com isso, acredita-se que os inventários são consideráveis materiais de memória, uma vez que contêm registros reveladores de aspectos históricos e culturais de uma sociedade. Pode-se dizer que neles há uma representação do passado em constante evolução, o que demonstra um momento histórico em que se vive, evidenciando uma separação entre o que existe e a memória armazenada. Para Le Goff,

O documento não é inócuo. É antes de mais nada o resultado de uma montagem, consciente ou inconsciente, da história, da época, da sociedade que o produziram, mas também das épocas sucessivas durante as quais

¹¹ Conforme Silva (2004 apud FURTADO, 2009), os bens semoventes são os animais bovinos, equinos, muares, caprinos e ovinos. Nos inventários, os escravos são considerados também como bens semoventes, ou seja, seres que se movem, descritos junto com os animais.

¹²Para referir-se à “qualidade”, Paiva (2012, p. 20) argumenta que “as “qualidades”, portanto, diferenciavam, hierarquizavam e classificavam os indivíduos e os grupos sociais a partir da origem e/ou do fenótipo e/ou da ascendência deles”. Assim, Ivo (2012, p. 20) conclui: “desta maneira, a “qualidade” na descrição coetânea é usada pelos termos brancos, pretos, negros, crioulos, pardos, mulatos, cabras, mamelucos, curibocas, caboclos e cafusos”.

continuou a viver, talvez esquecido, durante as quais continuou a ser manipulado, ainda que pelo silêncio (LE GOFF, 1990, p. 547).

Bergson (1999) afirma que não é o passado que está em cada um de nós; cada um de nós é que está no passado. A consciência nunca está totalmente no presente, dado que sempre se resgatam eventos ocorridos no passado para atualizar a lembrança. Tudo que é aprendido fica na memória e, para haver recordação, é necessário o surgimento de uma rememoração. Isso acontece por meio da consciência, que consiste em reaver voluntariamente vestígios de um fato já vivido, o qual passa a existir na mente como imagem-lembrança de um acontecimento passado.

Para que a memória seja evocada, é preciso que aconteça a lembrança, que pode ser, tanto do ponto de vista intelectual, quanto de qualquer outro tipo de recordação vivida. Para Rüsen (2009, p. 164), “a memória torna o passado significativo, o mantém vivo e o torna uma parte essencial da orientação cultural da vida presente”.

O inventário em si não é memória, mas um instrumento de evocação, dado que ele cria perspectiva para um fato ser lembrado. A memória está implícita nele, e o personagem ou episódio da época que ali está descrito volta a se manter, caso seja rememorado.

Uma vez que a memória é um processo de reconstrução, a evocação passa por características individuais, coletivas e sociais. Segundo Bergson (1999), a distância entre o passado e o presente não existe, dá-se um salto no interior do passado para buscar a lembrança que se quer atualizar. A memória é um fenômeno social e coletivo que pode ser resgatada e se manter sempre atual, posto que as lembranças se conservam no tempo, e os registros feitos pela memória de fatos e imagens, únicos em seu gênero, se processam a todo instante na rememoração.

Segundo Halbwachs (2003), todos os indivíduos são como som do eco, pois transmitem opiniões, sentimentos, ideias que podem se originar de uma conversa, de um filme, de um livro ou de um documento escrito. A sociedade influencia o ser; no entanto, na maioria das vezes, tal influência não é notada, pois se supõe que as opiniões e gostos vêm de cada um; mas, ao contrário, eles vêm de fatores externos.

O inventário abriga informações que são mobilizadas pelo pesquisador, a fim de construir as interpretações que deseja. Ou seja, a memória despertada pelo indivíduo, por meio da leitura, só é evocada se o documento for lido, uma vez que ele está arquivado como se fosse uma prova documental. Quando se lê um inventário de outra época, a memória daquele período é mobilizada, pois o passado tem vestígios, deixa resquícios. Mas, são os

indivíduos que produzem o passado, por meio dessas ruínas, por meio da intervenção que está sempre presente. Inclusive, é possível resgatar lembranças vividas estudando acontecimentos e história de vida de pessoas de um determinado momento histórico, rememorando o passado mediante a atividade do investigador. Logo, é reconstituído um saber sobre o passado com base nos resquícios deixados. Esse exercício é uma produção de memória.

O passado é uma construção e uma reinterpretação constante e tem um futuro que é parte integrante e significativa da história [...]. Os arquivos do passado continuam incessantemente a enriquecer-se. Novas leituras de documentos, frutos de um presente que nascerá no futuro devem também assegurar ao passado uma sobrevivência – ou melhor, uma vida –, que deixa de ser “definitivamente passado” (LE GOFF, 2003, p. 25).

O inventário pode ser chamado lugar de memória, desde que, durante a manipulação, haja a intencionalidade de relembrar o acontecimento. No caso dos manuscritos, quando essa memória não se mantém viva e as lembranças não se sustentam por um grupo vivo, não podem ser chamados de memória, mas, ao mesmo tempo, permanece memória, porque guardam lembranças, conforme argumenta Halbwachs (2003). Entretanto, Le Goff considera que:

Esta dependência da história do passado em relação ao presente deve levar o historiador a tomar certas precauções. Ela é inevitável e legítima, na medida em que o passado não deixa de viver e de se tornar presente. Esta longa duração do passado não deve, no entanto, impedir o historiador de se distanciar do passado, uma distância reverente, necessária, para que o respeite e evite o anacronismo (LE GOFF, 2003, p. 26).

É importante analisar os inventários com o intuito de resgatar a memória neles sinalizada e a história ali registrada. Assim, consegue-se extrair os dados do passado como se fossem um testemunho conservado que permanece. Le Goff (1996, p. 536) chama de registro o “testemunho escrito”, no qual o fato histórico se alicerça, uma vez que tal registro é uma evidência histórica, efetuada por meio da operação de interpretação e do esforço cognitivo do historiador, que evidencia um dado histórico.

Os inventários são peças fundamentais para a interpretação da história. E, para construir a história, é necessário que haja uma memória do que foi deixado registrado; no caso dos inventários, a memória está ligada à escrita. Para Le Goff (1996), o documento é capaz de expor situações de uma época e de uma sociedade, na medida em que ajuda a construir a história. Por meio dos relatos contidos nos inventários, é possível contar uma história de vida

– individual ou coletiva – e de épocas distintas e esclarecer a história de um grupo social ou o papel que diversas pessoas desempenharam em uma sociedade. Halbwachs corrobora Le Goff (1996) com o argumento, apenas nesse aspecto, de que:

Por meio de um trabalho minucioso, os historiadores podem redescobrir e atualizar certa quantidade de fatos grandes e fatos pequenos, que se acreditava perdidos para sempre, especialmente quando se tem sorte de encontrar memórias inéditas (HALBWACHS, 2003, p. 101).

Pode-se assegurar que a história é contada com base em pesquisas, registros e vestígios, escritos ou não. Os inventários “falam” mesmo no silêncio, uma vez que aquilo que foi deixado registrado está esperando por alguém para acordá-lo. Até as fontes falsificadas têm algo a revelar, pois “a história não é todo o passado e também não é tudo o que resta do passado. Ou, por assim dizer, ao lado de uma história escrita há uma história viva, que se perpetua ou se renova através do tempo [...]” (HALBWACHS, 2003, p. 86).

Assim, os acontecimentos que ocuparam um espaço importante na memória dos indivíduos são encontrados nos documentos, estão presentes nos livros e são narrados nas escolas. Concorde-se com Halbwachs (2003), quando ele diz que a memória pretende criar uma conexão entre o passado e o presente e conseguir restaurar uma continuidade finalizada. Com esse intuito é que se realizou um levantamento dos cativos que residiam na Imperial Vila da Vitória no século XIX e foram analisadas as doenças descritas nos inventários, no intuito de compreender – por meio dos registros de enfermidades – os males que afligiam a população escrava, de modo a ser possível questionar se as condições de vida narradas na história desses homens escravizados favoreciam o aparecimento de enfermidades. Apesar do contexto da pesquisa tratar tão somente das doenças dos cativos, é importante entender que as moléstias acometiam homens de todas as “condições”,¹³ tanto os senhores, quanto os escravos.

Retornando a Halbwachs (2003), a memória se refere a uma corrente de pensamentos de forma contínua; ela conserva o passado que se mantém vivo ou vive através das lembranças do grupo que a cultiva. Se o que se vive atinge as lembranças passadas, estas são adequadas às sensações do presente. Quando uma memória é evocada, também é recordada na perspectiva da constituição de uma relação com o outro. O autor entende que as memórias se constituem coletivamente, e essa perspectiva de construção como um todo social,

¹³ Conforme Paiva (2010), para se referir ao *status* jurídico do indivíduo – se livre, se forro, se escravo – o termo utilizado é “condição”.

necessariamente, tem a função de relacionamento com o mundo, como uma relação do todo. Le Goff (1996, p. 423), por sua vez, entende que a memória é “[...] um conjunto de funções psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas”. Para este autor, os materiais de memória podem se apresentar de duas formas: os *documentos* e os *monumentos*, e ambos dão suporte à memória coletiva.

O *documento* é um testemunho escrito, fundamenta-se no fato histórico, “[...] ainda que resulte da escolha, da decisão do historiador, parece apresentar-se por si mesmo como prova histórica”, uma vez que tem a função de armazenar informações que permitem interligar conhecimentos no tempo (LE GOFF, 1996, p. 536). É o caso dos inventários, os quais se apresentam como uma prova histórica, têm o poder de imortalizar o que está registrado e podem ser usados pelo historiador para a evocação de lembranças passadas.

Mais ainda do que esses múltiplos modos de abordar um documento, para que ele possa construir uma história total, importa não isolar os documentos do conjunto de monumentos de que fazem parte. Sem subestimar o texto que exprime a superioridade, não do seu testemunho, mas do ambiente que o produziu, monopolizando um instrumento cultural de grande porte [...] tudo que permite a descoberta de fenômenos em situação (a semântica histórica), [...] é particularmente útil (LE GOFF, 1996, 548-549).

O *monumento* é uma herança do passado, como se fosse um “sinal do passado”, ou seja, “[...] é tudo aquilo que pode evocar o passado, perpetuar a recordação, por exemplo, os atos escritos” (LE GOFF, 1996, p. 535). Para o autor,

O monumento tem como características o ligar-se ao poder de perpetuação, voluntária ou involuntária, das sociedades históricas (é um legado a memória coletiva) e o reenviar a testemunhos que só numa parcela mínima são testemunhos escritos (LE GOFF, 1996, p. 536).

Todo monumento é um documento, mas nem todo documento é um monumento. Nesse sentido, documento é apenas vestígio, mas pode se transformar em monumento a partir do momento em que entra em ação o historiador – com problemas e hipóteses – sobre uma determinada fonte histórica, fazendo com que essa fonte alcance o status de monumento. Para a compreensão da pesquisa em questão, os inventários foram os documentos da pesquisa, mas se tornaram monumentos a partir do momento em que eles foram mobilizados e transformados em pesquisa histórica. Entende-se que “só a análise do documento enquanto

monumento permite à memória coletiva recuperá-lo e ao historiador usá-lo cientificamente, isto é, com pleno conhecimento de causa” (LE GOFF, 1996, p. 546).

O historiador não deve ser apenas capaz de discernir o que é “falso”, avaliar a credibilidade do documento, mas também saber desmistificá-lo. Os documentos só passam a ser fontes históricas depois de estarem sujeitos a tratamentos destinados a transformar a sua função de mentira em confissão de verdade (LE GOFF, 1990, p. 111).

Para a escola positivista da qual Halbwachs (2003) – positivista durkheimiano – fazia parte, o documento acaba triunfando em relação ao monumento. Divergindo desse pensamento, para Le Goff (2003), existe a necessidade de ampliar a noção de documento. A história é feita por meio de documentos, disso não restava dúvida; entretanto, quando não existem tais registros, a história também é contada:

Esta revolução é, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa. O interesse da memória coletiva e da história já não se cristaliza exclusivamente sobre os grandes homens, os acontecimentos, a história que se avança depressa, a história política, diplomática, militar. Interessa-se por todos os homens, suscita uma nova hierarquia mais ou menos implícita dos documentos (LE GOFF, 2003, p. 531).

Para Nora (1993), a memória é viva e vivenciada por grupos em constante evolução, o que a faz ser sempre presente e sujeita a manipulações, isto é, pode ser modificada, reinventada e rememorada de diferentes formas. Le Goff (1996) compreende que a memória não está apenas relacionada a grupos vivos, ela também está presente na escrita – como nos inventários –, que regista e armazena informações que se conservam no tempo. Nesse sentido:

A pedra e o mármore serviam na maioria das vezes de suporte a uma sobrecarga de memória. Os “arquivos de pedra” acrescentavam à função de arquivos propriamente ditos um caráter de publicidade insistente, apostando na ostentação e na durabilidade dessa memória lapidar e marmórea (LE GOFF, 1990, p. 432).

Já Halbwachs (2003) afirma que a história representa um passado que não é mais experimentado; é racional, uma vez que analisa o que aconteceu; é uma operação intelectual; é um registro de fatos; é distanciamento. Quem conta a história estuda os fatos, não porque esteja inserido neles, mas como maneira de estudar e registrar determinado período. A história, para Le Goff (2003, p. 18), pode ter conceitos diferentes: é a “procura das ações

realizadas pelos homens' (Heródoto) que se esforça por se constituir em ciência, a ciência histórica" ou é "o objeto de procura é o que os homens realizam".

A memória não precisa da escrita para se constituir, porquanto qualquer sociedade consegue, com a oralidade, transmiti-la, uma vez que, em algumas comunidades, a narrativa e o testemunho das pessoas é o máximo de registro possível de um tipo de realidade. Logo, como toda sociedade é baseada na oralidade, a história pode se constituir a partir de fontes orais. Quando há ausência de registros escritos, é necessário buscar outras fontes para se escrever a história, pois que as fontes não escritas podem ser tão legítimas para o registro da história quanto as escritas. Por outro lado, muitas memórias oralizadas se perderam no tempo e não puderam ser aproveitadas historicamente. Quando elas encontram o suporte da escrita, conseguem se manter e passam a ser objeto utilizado pela história. Por meio da escrita, o escrivão – ao fazer um inventário no século XIX, por exemplo, – deixa registrado todos os bens de um indivíduo, o que possibilita, em qualquer época, a visualização desses bens. Tal registro permite armazenar diversos dados, os quais, em qualquer tempo e espaço, possibilitam que os documentos escritos virem testemunhos do passado (LEVI, 1988; LE GOFF, 1996).

Na pesquisa em questão, analisou-se a população escrava da Imperial Vila da Vitória do século XIX, traçando as transformações acontecidas naquela sociedade, por meio do estudo dos trânsitos de doenças e das diversas formas de cura.

Quando um acontecimento não é registrado, ele pode ser contado a partir da memória dos que viveram o fato, ou dos que o presenciaram, ou, ainda, dos que ouviram falar do acontecido, pois, quando não existem provas existenciais, restam os relatos. A história e a memória não se confundem: uma começa quando a outra acaba. Uma vez que a memória acaba, ela deixa de sobreviver na vida dos indivíduos e passa a vigorar apenas em livros, revistas e documentos de registro. Começa, então, a história, que se inicia quando termina a memória social, ou seja, quando não existe mais a lembrança de um grupo, quando acaba a tradição (HALBWACHS, 2003). Porém, compreende-se que a ciência histórica ultrapassou as limitações da transmissão oral do passado (LE GOFF, 1990); nessa mesma perspectiva, são vistos os registros contidos nos inventários, pois são materiais relevantes e palpáveis para a construção da história.

Em se tratando deste trabalho, os inventários portando o relato das doenças dos escravos se constituíram em *corpus* para a pesquisa. A fim de aprofundar o conhecimento sobre tais enfermidades e verificar se o adoecimento dos cativos estava relacionado às condições de vida a que eram submetidos e ao trânsito de doenças, fez-se necessário estudar a

trajetória de vida dessa população.

É importante que o investigador explore os inventários, para que faça insurgir a memória dos acontecimentos registrados, acionando lembranças históricas. As lembranças emergentes podem ser mais ou menos substanciais, a depender do compêndio de conhecimentos – oriundos de leituras e interlocuções – pré-adquiridos pelo leitor. Pela leitura dos inventários é que se resgatou a história e trouxe à tona a memória daquele momento, onde estavam embutidos sentimentos, desejos e opiniões. Remontam-se contextos sociais de uma época, culturas, tradições, desenhando trajetórias sociais dos indivíduos que ali viveram. Com base nessa construção, é que a história de vida dos escravos acha-se respaldada, para, assim, alcançar – por meio dos registros das enfermidades que os acometeram – não apenas a história da doença dessa população, mas, também, o cotidiano, o comportamento, as representações e diversos fatores relevantes que ampliam o olhar referente ao contexto de vida dos homens escravizados que residiram na Imperial Vila da Vitória, no século XIX.

Quando uma sociedade se baseia na oralidade, ela tem a propensão de ocultar e incorporar transformações imprimidas por gerações passadas – como alguns costumes, culturas e remédios caseiros, por exemplo –, mas existe a possibilidade de uma tradição se perder no tempo por falta de registro. Ilustra tal afirmação o que ocorreu em relação à classe baixa da Europa pré-industrial: em razão de uma cultura basicamente oral e da falta de documentos escritos, ficou prejudicado o trabalho do historiador e promoveu-se a omissão de fatos da história. Nesse viés, afirma Ginzburg (2006, p. 11) que “a escassez de testemunhos sobre o comportamento e as atitudes das classes subalternas do passado é com certeza o primeiro – mas não o único – obstáculo contra o qual as pesquisas históricas do gênero se chocam”.

Importante salientar que, na falta de registros elaborados pelos grupos menos abastados, as fontes passam a ser produzidas pelo grupo dominante, o que faz prevalecer a opinião e pensamentos deste grupo. Desse modo, chegam à sociedade escritos comprobatórios de uma história diferente da que ocorreu de fato, fazendo, em alguns casos, com que os indivíduos constituintes da classe oposta se tornem vítimas da exclusão social, rendendo-lhes um estereótipo deformado (GINZBURG, 2006). Tal afirmação encontra respaldo em Le Goff (1996, p. 535):

De fato, o que sobrevive não é o conjunto daquilo que existiu no passado, mas uma escolha efetuada quer pelas forças que operam no desenvolvimento temporal do mundo e da humanidade, quer pelos que se dedicam à ciência do passado e do tempo que passa, os historiadores.

Tal qual a classe baixa europeia pré-industrial, a população escrava da América portuguesa teve sua história escrita a punho dominante, já que a grande maioria dos negros e mestiços não aprendeu a ler e escrever. Isso implicou dificuldade em registrar diversos acontecimentos durante o período da escravidão. Conforme Barros (2010, p. 135):

Na década de 1980, impulsionada pelo centenário da abolição, assim como pelo fortalecimento de novas abordagens historiográficas, a questão da participação da população negra na sociedade brasileira tomou outro rumo nos trabalhos de pesquisadores da História do Brasil, que durante muitas décadas não abordava tal questão.

No que tange à veracidade de um documento, é preciso salientar que as fontes do passado, embora sejam indícios do que aconteceu, não podem ser confundidas com o fato ocorrido. Quando um documento é elaborado, imprime-se o olhar daquele que o escreve, de modo que há uma espécie de filtro no ato do registro. Le Goff (1996, p. 548) afirma que todo documento é “falso” a fim de rebater o argumento de que, quando se conta um fato, esse episódio pode ser modificado, aumentado, inventado, omitido e, até mesmo, esquecido. É como se fosse uma roupagem, uma aparência enganadora, uma montagem; não existe um documento que seja todo ele verdade, mas, ao mesmo tempo, ele é verdadeiro, pois carrega resíduos, amostras e indícios de uma realidade. Em toda produção de documento, há subjetividade, e esta faz parte da ciência histórica, de modo que não há exatidão em nenhuma área da ciência. A subjetividade é, inclusive, um elemento constituinte da análise do examinador.

Deve-se acrescentar, também, que ocorre interpretação extremamente particular para o que foi lido. É o que se vê em Ginzburg (2006, p. 93), quando o personagem Menocchio sustenta suas ideias em leituras desfiguradas, dando-lhes uma conotação pessoal. Muitas vezes, ele chega a deturpar o texto legítimo, com mudanças de palavras, mesclando o que foi lido com uma cultura oral já formada. O personagem “[...] não reproduzia simplesmente opiniões e teses dos outros. Seu modo de lidar com os livros, suas afirmações deformadas e trabalhadas são sem dúvida sinais de uma reelaboração original”. No exemplo de Menocchio, observa-se que determinadas fontes e leituras podem influenciar e interferir diretamente na formação da opinião do leitor. Esse tipo de atitude afeta a construção da história, uma vez que os manuscritos são resgatados, rememorados e usados para construí-la.

Entende-se a relevância do resgate da memória e da história com o propósito de abranger o uso dos inventários como fonte de pesquisa para o estudo. Tais registros foram de grande valia para a construção da história dos escravos analisados, pois permitiram investigar

fatos ou fenômenos ligados a indivíduos, grupos sociais, comunidades e civilizações que não mais existem, além de viabilizar ao pesquisador o resgate de aspectos sociais, históricos, culturais e políticos envolvidos no tema (LIMA, 2004). Favoreceram, assim, a investigação da trajetória de vida, das aparências e das mudanças desse grupo, a fim de explorar as enfermidades que acometeram os escravos averiguados.

2.2 MALES EM TRÂNSITOS

A saúde e a doenças eram vistas de maneiras diferentes, cada povo a interpretava de uma forma, os índios, os africanos e os europeus, antes do contato entre os povos, utilizavam a arte da cura conforme o conhecimento do seu povo. Somente após a mundialização iniciada no Seiscentos e a mistura dos povos, foi que diferentes técnicas de curas se mesclaram e foram empregadas de distintas formas para se curar o corpo doente.

Nesse sentido, para os índios a origem das doenças tinham noções simplistas, eram vistas como castigos ou provações, podiam vir devido a uma vontade sobrenatural ou por ações de astros e agentes climáticos, também podiam ser resultantes de uma praga ou de um feitiço. Os conhecimentos sobre a doença e a terapêutica utilizada eram passados de geração a geração por meio da tradição oral, para os tratamentos das enfermidades os índios aproveitavam da grande quantidade de espécies da flora nativa com propriedades medicinais. Algumas dessas plantas usadas pelos índios eram: a copaíba, a capeba, as quinas brasileiras, o jaborandi, a ipecacuanha e a umbaúba, que estão descritas ao longo do trabalho como sendo eficazes para cura de doenças. Os índios normalmente faziam remédio dessas ervas com água ou suco e eram servidas quentes, também aplicavam cataplasma com tais plantas, quando havia uma moléstia externa (HOLANDA, 1994). Os remédios de índios que viviam no Sertão da Bahia não eram diferentes, consistiam em aplicação de emplastos, feitos com ervas maceradas e cozidas, ou aplicadas através de banhos, sendo que muito desses conhecimentos eram transmitidos por meio dos seus antepassados (WIED-NEUWIED, 1989).

Além de ervas, outras substâncias eram usadas como forma de tratamento indígena, como o sangue, tanto o humano quanto de animais, saliva, urina, gordura de animais, ossos, cabelos, chifres, bicos, garras. Para eles o sangue era um reconstituente, a saliva considerada como cicatrizante, a urina era excitante e vomitiva. Os índios faziam cirurgias, como suturas e amputações de membros, para as fraturas eles imobilizavam o membro fraturado com folhas compridas de palmeiras, também arrancavam dentes quando visualizavam uma cárie. Além

disso, usavam fórmulas de encantamento através de palavras, fazendo invocações e rezas, que podiam prevenir perigos:

Essa estranha farmacopeia explica-se, em muitos casos, pelo gosto do maravilhoso, que perseguia os doutores quinhentistas: herança da ciência medieval, a que o descobridor de novas terras viera dar maior relevo. Não é difícil suspeitar que, para curas miraculosas, se impõe terapêuticas raras e exóticas (HOLANDA, 1994, p. 81).

Como os índios não tinham determinadas doenças antes da colonização, já que adquiriram muitas enfermidades novas devido ao contato com povos de outros continentes, eles também não tinham como ter memórias de curas para tais enfermidades. A memória de ervas de cura dessas doenças vieram de outros países e acabaram se mesclando com ervas nativas do Brasil, com isso veio a descoberta de novas terapêuticas (KIPLE, 1984).

A medicina originada do continente africano era pautada na feitiçaria, os negros acreditavam que deuses maus provocavam as enfermidades e os bons as curavam. Entre os escravos trazidos pelo tráfico para o Brasil, se encontravam os feiticeiros-curadores, eles eram os intermediários entre os espíritos superiores e os mortais, a terapêutica se baseava no desaparecimento dos sintomas e se resumia em raizadas, feitiços e remédios considerados mágicos, como amuletos e talismãs:

No Brasil, seus clientes foram a princípio, os compatriotas, os escravos doentes e desiludidos dos tratamentos recebidos dos senhores, os escravos que pediam solução para casos de amor ou de ódio, remédios para nostalgia, venenos para liquidação de desafetos. Depois, os locais onde se efetuavam os atos feiticistas, terreiros, macumbas, passaram a ser frequentados pelos libertos, pelos brancos e até por gente qualificada supersticiosa (SANTOS FILHO, 1977, p. 136).

Neves (2012, p. 98-99) relata que os negros e seus descendentes também se dedicavam a arte da cura. “Sabiam preparar tisanas, cataplasmas e unguentos que aliviavam os males corriqueiros.” Além disso, esses homens podiam curar doenças como a tuberculose, a varíola e a lepra usando a farmacopeia tradicional, além de interferiam em distúrbios mentais, por meio de tratamentos combinados e complexos.

Para Kiple (1984), os escravos tinham a sua própria medicina separada e sem dúvida em muitos casos mais efetiva que a medicina branca. Os seus praticantes acreditavam ter controle sobre os espíritos e forças da natureza. Segundo o autor a medicina preventiva dos negros estavam muito mais avançada do que a medicina do branco, negros da costa do ouro,

por exemplo, trouxeram a técnica de inoculação para a bouba, enquanto a inoculação da varíola já era praticada em determinadas regiões da África muito antes da descoberta da sua vacina. Para os propósitos curativos os escravos utilizavam suco de limão, cardamomo (da família do gengibre), raízes, entrecascos de arvores, folhas, seivas de arvores e 30 ervas diferentes, que eram de conhecimento dos africanos. No século XIX os negros tinham um papel importante no desenvolvimento da sua própria medicina, relativo ao seu próprio cuidado com o corpo.

Anteriormente ao século XIX, a saúde do corpo se sustentava no equilíbrio dos humores¹⁴. Importante deixar claro que tal teoria era de origem europeia e, inicialmente, não foi usada como prática de cura entre os índios e os africanos, entretanto, as formas de cura de africanos, índios e europeus, no século XIX, já estavam bastante difundidas e se mesclavam. Os homens praticantes da arte da cura procuravam a melhor forma de restabelecer o corpo enfermo, independente se tal prática era de origem africana, europeia ou indígena.

A fim de esclarecer sobre a teoria dos humores, abordar-se-á sobre seus componentes: o sangue, a bÍlis amarela, a bÍlis negra e a fleuma¹⁵, as quais se originam, respectivamente, do coração, do fÍgado, do baço e do sistema respiratÓrio e deveriam estar em equilÍbrio com os quatro elementos – terra, Água, ar e fogo. Cada um dos humores tem uma característica: o sangue deveria ser quente e úmido; a bÍlis amarela, quente e seca; a bÍlis negra, fria e seca; e a fleuma, fria e úmida. Quando os componentes dos humores estavam desestabilizados em relação aos quatro elementos, ou havia exposição exagerada ao calor ou frio, *secura* ou *humidade extremas*, ou, ainda, por motivo de uma alimentação inadequada, a doença se instaurava no corpo. Assim, para se restabelecer a saúde de um indivíduo e alcançar a cura, era necessário recuperar a estabilidade do corpo doente (MOSSÉ, 1997; RODRIGUES, 2011).

Segundo HipÓcrates, cada humor apresentava características que podiam ser associadas aos quatro elementos: terra, Água, ar e fogo. O sangue é quente e úmido e estava associado ao ar, a fleuma é fria e úmida e estava associada à Água, a bile amarela é quente e seca e associada ao fogo e a bile negra é fria e seca e associada à terra. A doença poderia surgir não apenas por um desequilÍbrio da quantidade, mas também por uma alteração dessas qualidades dos humores, portanto, também há descrições de como corrigir a característica de cada um dos humores. Por exemplo, se a fleuma está muito

¹⁴ Segundo Clendening (1960, p. 49 apud RODRIGUES, 2011, p. 2) “os quatro elementos de Empédocles (Água, ar, terra e fogo) e as quatro qualidades básicas (quente, frio, úmido e seco) serviram de base para a teoria dos humores”.

¹⁵ “chamão os Médicos flegma, ou pituita ao humor humido, e frio, que se acha no corpo humano, escarro, que se arranca com dificuldade, dos encatarrados, e tÍsicos” (MORAES SILVA, 1789, p. 620).

fria, a terapia deve consistir em alterar essa qualidade. Aquilo que está frio deve ser aquecido, o que está seco deve se tornar úmido, cada característica deve ser tratada com o seu oposto. O aquecimento pode ser produzido, por exemplo, por banhos quentes ou banhos de vapor, por alimentos “quentes” (com muito tempero), pelo vinho, etc. (RODRIGUES, 2011, p. 3).

Quando havia o desequilíbrio dos humores, ocorria a doença; e, considerava-se que havia saúde, quando todos os elementos estavam em harmonia – “a doença seria algum excesso ou alguma falta no andamento normal do organismo” (FIGUEIREDO, 2008, p. 78). Durante a crise de desequilíbrio, era necessário eliminar as substâncias que desestabilizavam o corpo, a fim de equilibrar novamente os humores. As substâncias eram sangue, catarros, materiais fecais, urina e suor e, para eliminá-las, era necessário utilizar medicações energéticas corretoras, que eram os purgativos, os vomitórios, as sangrias, ou melhor, tudo que pudesse eliminar os humores abundantes. As “febres, tremores, indisposição, vômitos, palidez, alteração nas fezes e urina são algumas das possíveis alterações que desequilibram a ordem da saúde” (FIGUEIREDO, 2008, p. 76). Conforme Holanda (1967, p. 481):

Considerando a existência de dados sobre a etiologia, pois a era microbiana data das últimas décadas do século XIX, a terapêutica baseou-se em grande parte, em atender a sintomatologia. E visou-se ao fortalecimento do organismo através dos estimulantes e cordiais [...]. Vomitivos, purgativos, diuréticos e sudoríficos, eram prescritos a granel. Usou-se abundantemente da sangria, das ventosas e das sanguessugas.

Segundo Miranda (2004, p. 27-28), existia uma relação entre a disfunção humoral e as estações do ano. Para ele, “as doenças que aumentavam no inverno devem esmorecer no verão e as que surgem na primavera devem esperar seu fim acontecer no outono”. Corroborando a teoria dos humores, Ferreira (1735) sugere que, para as doenças que se manifestam por causa do frio, ministram-se remédios quentes, a fim de reestabelecer o equilíbrio do corpo.

A teoria dos humores vigorou até quase todo o século XIX e somente começou a perder lugar no final do Oitocentos. Tal assertiva pode ser verificada nos relatos sobre o uso contínuo de alguns procedimentos que se restringiam a purgas, sangrias, banhos e prescrição de determinados alimentos. Os medicamentos empregados – os depurativos – tinham como objetivo purificar o sangue e equilibrar os humores (FERREIRA, 1735; CHERNOVIZ, 1842; ABREU, 2006). Os depurativos eram consumidos

Durante o reinado da medicina humoral, que deixou na mente do vulgo tão profundas raízes, julgava-se poder, com o socorro de certas substancias, ou particularmente de certos vegetaes, desembaraçar o sangue das matérias impuras que se suppunha estarem misturadas comm elle: d'ahi vem o nome de *depurantes* dado a alguns medicamentos (CHERNOVIZ, 1890, p. 824).

Alguns exemplos de depurativos eram os purgantes promotores de evacuações, empregados para limpar o sangue: os eméticos, como os vomitórios, eram ministrados para provocar vômito e eliminar secreções; os sudoríficos, indicados para constipações, reumatismos, sífilis e doenças da pele; os antiflogísticos, a exemplo das sangrias, usados para combater inflamações (ABREU, 2006). As sangrias eram empregadas para evitar que os humores podres atingissem os órgãos mais importantes do corpo – o coração e o cérebro (MIRANDA, 2004) e eram utilizadas com o objetivo de estabilizar os humores do corpo:

As nojentas sanguessugas ficavam expostas em vidros, na vitrine da barbearia do Sr. Moura. Os médicos pediam-nas e o Sr. Moura enviava. Eram colocadas nos doentes, na parte onde deveria ser tirado o sangue. Agarravam-se à pele, geralmente do braço, pernas, nádegas, ou costas. Chupavam o sangue e se intumesciam. Quando fartas do repasto hemofágico, soltavam-se. Se fosse necessário, punham-se outras no mesmo local, para tirar mais sangue [...] (ANDRADE, 1982, p. 233 apud FIGUEIREDO, 2008, p. 113).

É importante ressaltar que a sangria não era um método usado somente pelos europeus, ela também fazia parte das práticas de cura utilizadas pelos índios, que não conhecia a teoria dos humores. A sangria era executada pelo pajé, que friccionava a parte dolorosa ou inflamada do corpo com folhas de urtiga ou de cansaço, após, com uma pedra afiada, fazia uma incisão até que saísse sangue. Ao invés de pedra, o pajé empregava também outros objetos cortantes, como dentes de animais, bicos de pássaros, cristais de rochas, entre outros. A sangria era usada pelos aborígenes como sendo preventiva e no tratamento de diferentes afecções, como exemplo a dor de dente. Outra terapêutica utilizada pelos índios eram as massagens e fricções. “O pajé, depois de umedecer as mãos com saliva, ou banhá-las em suco de ervas, ou esfrega-las em cinza quentes, com forte pressão apalpava e friccionava o corpo do paciente provocando, pela ação mecânica, além de dores, suores profusos, vômitos e até dejeções” (SANTOS FILHO, 1977, p. 108).

Conforme Neves (2012), diante das doenças, as bases socioculturais de cura utilizadas no Alto Sertão da Bahia no século XIX, herdadas do período colonial, foram traçadas pela convivência e combinação de três tradições culturais distintas, dos indígenas, dos africanos e dos europeus. Essas afirmações implicam-se também ao Sertão da Ressaca do século XIX,

onde existiu homens de distintos lugares e exerceram a arte da cura, que era praticada por curandeiros, raizeiros, feiticeiros, benzedores, barbeiros, boticários e cirurgiões. Esses homens, que realizaram a cura no Sertão da Bahia utilizavam diversas técnicas, entre elas o uso de diferentes plantas medicinais, purgativos e sangria.

O conceito de doença passou por etapas no decorrer dos anos. Iniciou-se com Hipócrates,¹⁶ com a chamada “Teoria dos humores”, segundo a qual as doenças eram provocadas por fatores naturais, os diagnósticos eram efetuados e os tratamentos eram prescritos. Entretanto, com a evolução da medicina, a teoria dos humores caiu por terra quando, no final do século XIX, o cientista francês Louis Pasteur provou a existência de micro-organismos patogênicos como causadores e transmissores de enfermidades (FLECK; ANZAI, 2013; RODRIGUES, 2011). A partir dessa descoberta – que foi fundamental para dar início a inúmeras pesquisas na área de saúde – caminhos foram abertos, remédios e vacinas para tratamento de muitas enfermidades surgiram e foi possível fazer diagnóstico e tratar doenças.

A cada época, a doença foi explicada de uma maneira; “é claro que o conhecimento sobre as doenças, suas origens, sua transmissibilidade e seu tratamento eram diversos da atualidade” (FALCI, 2004, p. 2). Nessa compreensão, no século XIX, doença era o que acometia o corpo, debilitando-o, prejudicando-o em sua produtividade e, conseqüentemente, afetando a disposição do indivíduo. “A doença seria algum excesso ou alguma falta no andamento normal do organismo” (FIGUEIREDO, 2008, p. 78).

O processo da saúde e da doença intervém de forma predominante na geração da consciência histórica dos homens, pois os dois termos que o compõem colocam em pauta a realização de viver um determinado tempo e espaço, tornando imperativo para cada pessoa dar significado à vida (CARDOSO, 2000, p. 3).

Já no século XX, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a saúde como “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (FRANCO; PASSOS, 2005, p. 3). A saúde, que foi considerada apenas como o bom desempenho do organismo, quando o corpo está trabalhando, exercendo sua função de forma regular, sem apresentar nenhuma moléstia, atualmente diz respeito, também, à parte mental e social do indivíduo. Assim, saúde e doença são, simultaneamente, fenômenos biológicos e

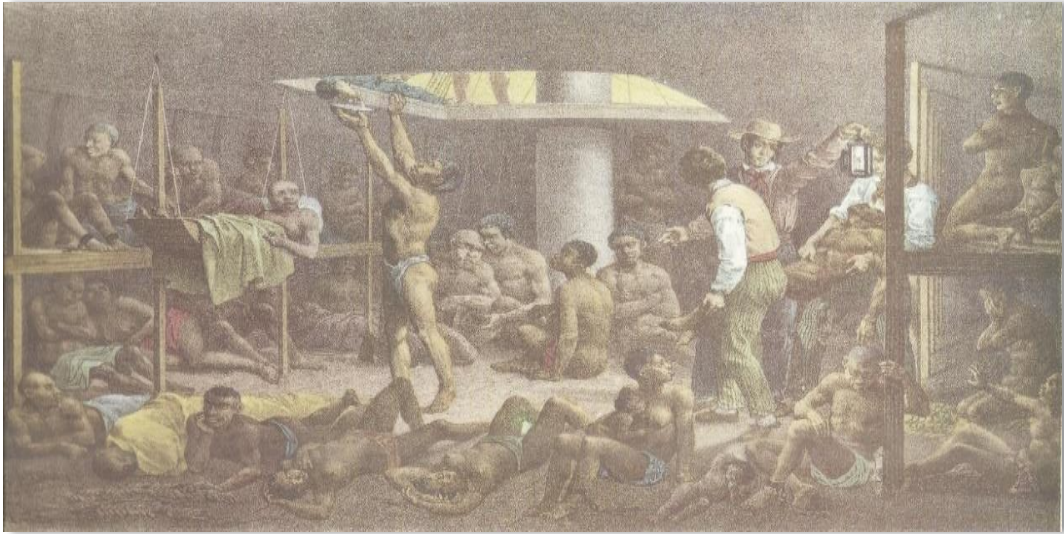
¹⁶“Se na Antiguidade existiu a crença de que as doenças eram enviadas aos homens pelos deuses como castigo por suas faltas, foi também durante esse largo período histórico que surgiram as primeiras formulações de que as doenças eram provocadas por fatores naturais, a exemplo de Hipócrates (século IV a.C)” (FLECK; ANZAI, 2013, p. 2).

sociais e estão relacionados com o ser humano e a natureza, mediados pelas relações de trabalho. A interação do homem com o trabalho e o modo de vida pode ser um determinante de vigor ou de enfermidade. Esse conjunto de determinantes vai interferir no bem-estar da população com diferentes perfis de manifestações de patologias. Ao longo da existência, o ser humano vive condições de saúde ou doença de acordo com as circunstâncias e as interações. Em outras palavras, doente é o indivíduo que não se alimenta o suficiente, não tem uma situação de moradia satisfatória, não consegue prover seu sustento, enfim, que não dispõe de uma boa qualidade de vida.

Tanto no século XIX, quanto no atual, diversos são os fatores exteriores que proporcionam o aparecimento de moléstias. Figueiredo (2008, p. 78), analisando as enfermidades do Oitocentos, afirma que “o mal, que causa a doença é constituído por um elemento exterior ao corpo, estranho ao corpo. A doença é provocada justamente pela presença desse elemento”. Os agentes causadores de doenças atuam quando não há condições de vida e higiene adequadas, como saneamento, água potável, alimentação saudável e estrutura assistencial para os enfermos. Inclui, também, a suscetibilidade do indivíduo de contrair algumas patologias em razão da idade avançada e da exposição a um agente específico facilitador ou transmissor de doenças. Esses e outros fatores foram os principais agravantes para a saúde da população escrava do Brasil no século XIX.

Como exemplo de condições propícias ao aparecimento de males, pode-se mencionar o ambiente do cativo, que afetava diretamente a saúde dos escravos, desde o momento em que eram tirados da África e transportados em navios para a América portuguesa, conforme ilustração de Rugendas (1998) (Figura 1). No instante em que partiam da terra natal e durante o percurso de viagem, a saúde dos escravos era prejudicada pela privação de necessidades fundamentais, como comida, bebida, vestimenta e banho. Os escravos não tinham acesso a refrescos, peixes, carnes, frutas, enfim, alimentos frescos diversos, o que seria essencial para a manutenção da estrutura física e, até mesmo, psíquica deles (MENDES, 2013).

Figura 1 – Nègres a fond de Calle



Fonte: Rugendas (1998, Pl. 1, 4ª Div.).

Segundo Thornton (2004, p. 220), era penosa a viagem da rota Atlântica para a população escrava: os navios eram superlotados, as condições físicas eram péssimas – os escravos ficavam amontoados em bancos e acorrentados com a cabeça inclinada –, a carga de comida e água era reduzida, por isso os escravos eram alimentados apenas uma ou duas vezes ao dia. Ademais, muitos se desidratavam pela pouca ingestão de água, havia enjoos e vômitos decorrentes da viagem, sem falar nos episódios de diarreias, que eram comuns e ocorriam pela escassez de comida e higienização inadequada:

Essa situação agravava-se quando os escravos embarcavam com sérias doenças epidêmicas, sobretudo as do trato intestinal. O tifo, o sarampo, a febre amarela e a varíola eram doenças que matavam quase todos os escravos (e a tripulação), de um navio desafortunado e, além disso, espalhavam a epidemia nos portos de chegada (THORNTON, 2004, p. 222).

Os cativos poderiam ser muito mais saudáveis e contrair menos doenças, caso houvesse prevenção. Desde o momento da partida da África, deveria ser oferecida água em abundância, a fim de saciar a sede dos escravos e evitar a ressequidão e a desidratação, contudo, não eram transportados odres¹⁷ de água suficiente. Da mesma forma, se houvesse oferta satisfatória de alimentos, os cativos não ficariam desnutridos. Se tomassem banhos regularmente e usassem roupas limpas, certamente não convalesceriam com tanta frequência. A viagem debilitava bastante os cativos, e, quando chegavam ao destino, as condições não

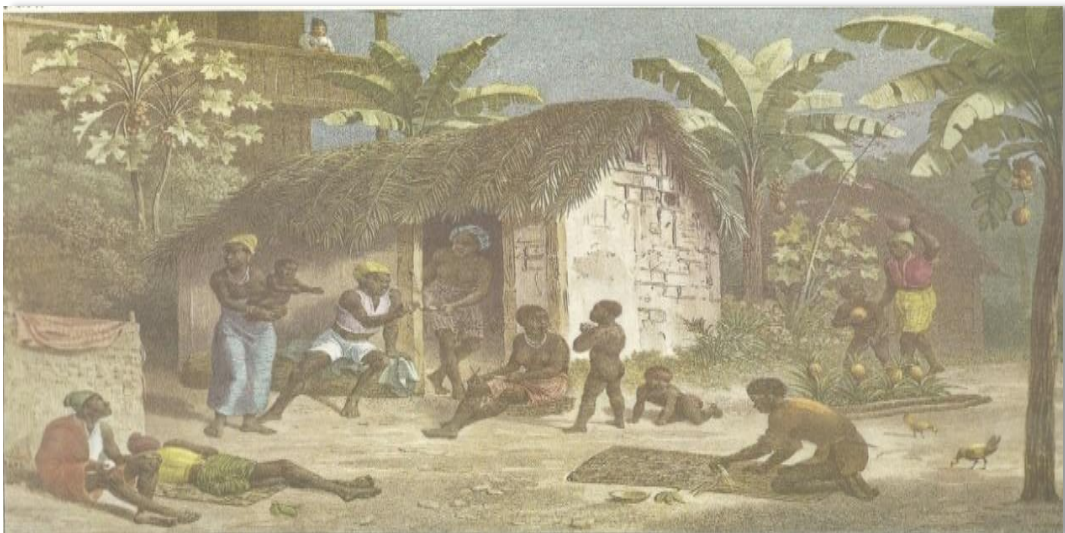
¹⁷ “Vasilha feita de couro ou da pele dos lanígeros e que serve para transportar líquidos diversos” (AULETE, 1964, p. 2829).

melhoravam, pois eram mantidas as mesmas privações anteriores, somadas às péssimas situações de moradia e trabalho, o que contribuía para o adoecimento e, até mesmo, a morte (MENDES, 2013).

A alimentação, sempre foi insuficiente em relação à quantidade, qualidade e variedade de comidas, de modo que a baixa ingesta calórica contribuía para a ausência de vitaminas e sais minerais indispensáveis para o bom funcionamento do organismo. No que tange à vestimenta, esta era escassa e deixava corpos expostos às alterações ambientais (SCARANO, 2002).

Rugendas (1998) ilustra uma habitação de negros (Figura 2), onde se pode observar que o espaço de sociabilidade não era dentro da casa, mas no terreiro. A senzala era uma morada precária e não oferecia proteção suficiente. Os alojamentos eram frios, úmidos, pouco ventilados, sem janelas e apertados, o que facilitava o contágio de doenças por meio de agentes transmissores, alastrando enfermidades infectocontagiosas, podendo mesmo contaminar toda a população escrava que dividia a mesma senzala.

Figura 2 – Habitation de nègres



Fonte: Rugendas (1998, Pl. 5).

Karasch (2000, p. 184) denuncia os abrigos da escravatura no Rio de Janeiro, no século XIX, considerando-os pequenos e sem janelas. Nem todos os cativos, entretanto, tinham moradias, alguns dormiam em “cantos” no chão da casa-grande, deitados em esteiras, as vestimentas eram poucas, não protegiam seus corpos e andavam descalços. A autora afirma que tais privações promoviam desenvolvimento de doenças oportunistas, pois “sem roupas,

alojamentos ou moradia apropriados para o frio úmido da estação chuvosa, os escravos contraíam problemas respiratórios”.

As diversas modalidades de trabalho desenvolvidas pelos escravos – agricultura, pecuária, comércio, mineração, artesanato e atividades domésticas – influenciavam diretamente no estado de saúde. O local de trabalho do cativo era variado, e o tipo de exposição corporal a agentes facilitadores de doenças, por exemplo, a exposição ambiental, especialmente quando as temperaturas eram baixas (KARASCH, 2000; FIGUEIREDO, 2006).

Da mesma forma, Mendes se expressa a respeito do trabalho escravo e das condições de vida:

[...] em tão alongadas jornadas, tudo para que os infelizes escravos não venham a um tempo a sentir muitas, e diversas calamidades, e opressões provenientes da mudança do clima, das águas, da fadiga da jornada, do sol a que vem expostos, da fome, e da sede (MENDES, 2013, p. 79).

Para Engemann (2008), o estado de saúde dos cativos variava de acordo com as condições de vida, como a alimentação, seja pela qualidade, seja pela quantidade da comida ingerida, ou pelo esforço na labuta além do que o corpo suportava. Miranda se refere às questões despertadas por médicos higienistas no século XIX e denuncia as privações da população escravizada que trabalhava nas fazendas, em Recife:

As péssimas condições de vida e tratamento, dispensado pelos senhores dos escravos, eram os responsáveis diretos pela doença [...]. Em relação aos escravos do campo, denunciou a insalubridade das senzalas, a alimentação deficitária, o vestuário e o excesso de trabalhos forçados, apelando para uma melhoria da qualidade de vida desses trabalhadores, a fim de torná-los saudáveis e, conseqüentemente, mais produtivos (MIRANDA, 2004, p. 350).

Sem dúvida, o excesso de trabalho, quando associado à doença, levava os escravos à morte prematura. As enfermidades ocorriam por um misto de trabalho intenso, cansaço físico, maus tratos, dieta inadequada, exposição a ambientes frios e úmidos, além de doenças mal tratadas ou não curadas (SCARANO, 2002). Nesse sentido, “[...] as doenças que acometiam os escravos relacionavam-se, em grande parte, com as condições de trabalho e com os hábitos alimentares (ou com a disponibilidade de alimentos)” (FIGUEIREDO, 2008, p. 80).

Segundo Ferreira (1735) e Paty do Alferes (1878, p. 25, 26), os senhores deveriam dar assistência aos escravos quando doentes, fornecendo comida, um bom alojamento, além de apoio para adoecerem menos ou resistirem melhor às moléstias, a fim de animar os enfermos

e dar-lhes alívio. Sem esse amparo, aumentava, no cativo debilitado, a sensação de abandono, o que intensificava outro mal: o banzo. O banzo era a tristeza que acometia a população escrava, em consequência da ausência de liberdade, da saudade da terra natal ou de alguém que ficou para trás e dos maus tratos a que eram submetidos. Tudo isso era transformado em melancolia que, paralela às péssimas condições de vida, agravava a saúde daquela gente.

Os cuidados que os indivíduos tinham uns com os outros, tanto de um cativo para outro, quanto do senhor para seu escravo, interferiam positivamente na melhoria da saúde do enfermo. Muitas vezes, o adoecimento e a morte dos escravos eram resultados da negligência dos donos, por isso, apesar de, em diversas situações, eles serem cuidados durante a enfermidade, de nada adiantava, já que a medicina não tinha como impedir os maus tratos sofridos por essa população (MENDES, 2013).

Engemann (2008, p. 30) observou que, quanto mais aparentados havia em uma comunidade escrava, menor era o índice de pessoas doentes e a baixa incidência de indivíduos com problemas físicos. “Menos coxos, típicos, cegos, menos quebrados das costas ou da virilha; enfim, quanto mais complexa era a formação comunal, menos acometidos por doenças diretamente mencionadas nos inventários”.¹⁸ Além da solidariedade entre os parentes, segundo o autor, nas fazendas onde havia enfermaria, o número de mortes era reduzido. Contudo, é importante ressaltar que, mesmo com os cuidados prestados ao enfermo, as doenças infectocontagiosas, por serem de difícil controle, aumentavam o índice de morte em determinadas comunidades.

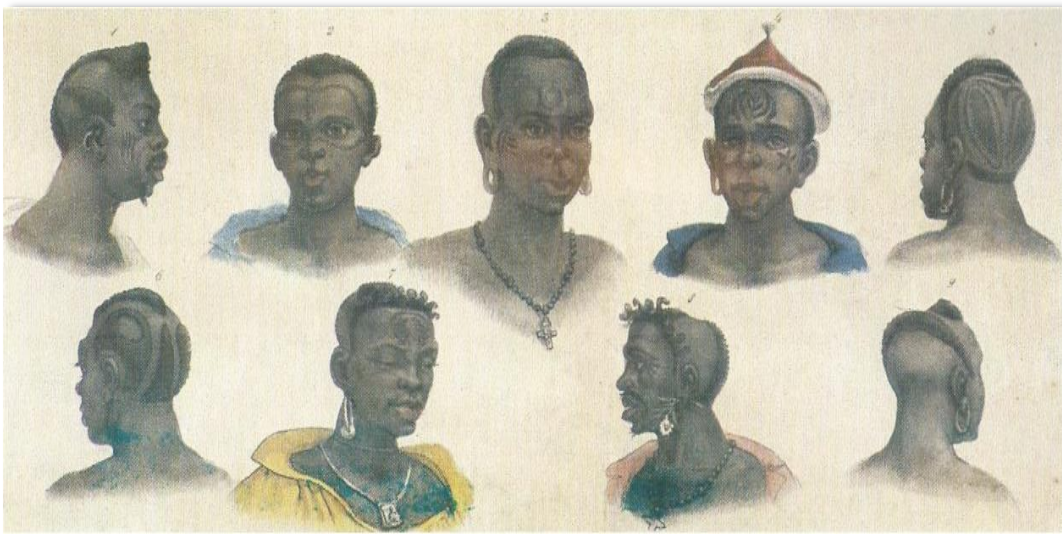
Dos males que os cativos pesquisados apresentavam, uma pequena parte das doenças decorria das condições de vida da população escravizada, no que concerne à alimentação, moradia, trabalho e vestimenta. Outra parte era decorrente do trânsito de enfermidades pelo contato com outros povos. Tal circularidade de doenças foi um momento inédito a partir do século XVI, quando ocorreu o encontro dos povos de diversos continentes e as pessoas passaram a transitar por todos os lugares e, portanto, as moléstias circulavam com mais intensidade.

¹⁸Engemann (2008) estudou plantéis de escravos, relatados nos inventários de proprietários de fazendas no Rio de Janeiro, séculos XVIII e XIX.

2.3 ENCONTROS DE ENFERMIDADES

México, Salvador, Nápoles, Rio de Janeiro, Lisboa, Luanda e Índia são algumas das referências no que diz respeito às ligações planetárias das coroas ibéricas, que passaram por intenso momento de mobilidade de pessoas. Tais conexões se multiplicaram. Espanhóis e portugueses contribuíram, com as navegações oceânicas, para uma amplitude intercontinental e possibilitaram as interações entre as quatro partes do mundo – África, Ásia, Europa e América (GRUZINSKI, 2014, p. 156). Houve grande migração entre os continentes, “não somente milhares de europeus mudaram-se para ilhas no Atlântico e para as Américas, como milhões de africanos atravessaram as ilhas do Atlântico e do Caribe e as Américas, tornando-se uma população dominante em algumas áreas” (THORNTON, 2004, p. 54). Assim, ousa-se afirmar que o Sertão da Ressaca, objeto da pesquisa, não foi um local isolado; foi um espaço mundializado, conectado por meio de indivíduos em movimento – conforme sugeriu Ivo (2012), ao analisar o trânsito de comerciantes entre a Capitania de Minas Gerais e a da Bahia – espalhando enfermidades e diferentes práticas de cura. Vieram para o Sertão pessoas de diversas origens, o que intensificou a mistura de cores, de doenças e de métodos de cura, mas, também, os agentes que aqui estiveram levaram consigo males e formas de cura oriundos do Sertão.

Figura 3 – Cabeças de negros de diferentes nações



Fonte: Debret (1993, p. 56).

Entre os escravos analisados, havia muitos de origem africana de diversas nações, como se observa, também, na pintura de Debret (Figura 3), mas havia cativos descendentes de

africanos misturados com outras nações, ocasionando uma mescla de agentes na população escravizada, o que evidencia a diversidade biológica. Tal imagem indica que não havia uma uniformidade de tipos no continente africano, porquanto são vários países, povos, origens e línguas, o que sugere diferentes fenótipos, variados tipos de rostos, de cabelos e de olhos. Tal fato evidencia que, além de ter vindo pessoas de diferentes localidades da África, a mistura se intensificou no país, proporcionando uma mestiçagem biológica. Essa diversidade de características físicas pode ser verificada na obra de Ivo (2012), que analisou o fenótipo dos comerciantes que circularam no Sertão no século XVIII e observou diferentes características físicas na população colonial, como tipos de rostos, estatura, cor dos olhos, tipo e cor dos cabelos, questões percebidas também no século XIX no Sertão da Ressaca.

Para a pesquisa, foram localizados 2.159 escravos, mas foram analisados somente 230, qualificados como doentes. De início, foi confeccionada a Tabela 1 com o intuito de facilitar a visualização da origem e da “qualidade” desses escravos; posteriormente foram analisadas as doenças que tinham em seus corpos, mostrando que as mestiçagens biológicas e culturais facilitaram a mistura de cores e também de enfermidades. Havia cativos oriundos de diferentes locais do continente africano, como Angola, Aussá, Mina, Congo, Nagô e Mauá. O Brasil recebia escravos vindos de diversos locais da África. Os denominados africanos eram os escravos de nações não identificadas. O Aussá, Mina e Nagô eram originados da África Ocidental, já os de Angola e Congo vinham da África Centro-Ocidental e o Mauá da África Oriental (NEVES, 2012). Conforme Anexo A.

Tabela 1 – Origem e “qualidade” dos escravos doentes

Origem e “qualidade dos escravos doente	Quantidade	%
Angola	8	0,37
Aussá	6	0,28
Mina	6	0,28
Congo	3	0,14
Nagô	3	0,14
Mauá	1	0,05
Africanos	57	2,63
Preto	6	0,28
Crioulo	76	3,50
Cabra	34	1,57
Mulato	3	0,14
Pardo	12	0,55
Omitida a origem ou “qualidade”	15	0,69
Escravos doentes	230	10,6
Escravos encontrados	2159	100%

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Os escravos denominados africanos, pretos e crioulos, não são mestiços, pois que não são resultado das misturas com outros povos, como índios ou brancos, são todos descendentes de africanos, uns nascidos na África, e outros, no Brasil. Já aqueles denominados “cabras”, mulatos e pardos são mestiços de outros povos, advindos de outras partes do mundo.

Escravos de distintas “qualidades” residiam na Imperial Vila da Vitória, eram indivíduos de diferentes denominações e descendentes de negros nascidos no Brasil e que eram filhos da miscigenação. Em razão das diversas “qualidades” existentes na região estudada, surgiu a necessidade de entender cada uma delas. Iniciando pela etimologia, verifica-se que os termos “preto” e “negro”, que aparecem como sinônimo nos dicionários Moraes Silva (1789), Pinto (1832) e Bluteau (1728), referem-se ao homem de cor preta; em Moraes Silva, encontra-se, ainda, a “condição” desse indivíduo, que pode ser escravo ou forro. Já “mulato”, conforme Moraes Silva (1789, p. 103), é o “filho, ou filha de preto com branca, ou ás avessas, ou de mulato com branca, até certo gráo”. Tanto Pinto (1832) quanto Moraes Silva (1789) e Bluteau (1728) apresentam o termo “mulato” como sinônimo de pardo e acrescentam que tal cor está entre o branco e o preto. O crioulo, conforme Pinto (1832, p.38), Moraes Silva (1789, p. 349) e Bluteau (1728), era o escravo, filho de casais africanos, que nascia na casa do senhor de escravos, no Brasil, na Europa ou na África. Por fim, “cabra”, segundo Pinto (1832, p.22), era o “filho de pai mulato, e mae negra, ou ao contrario”, mesmo conceito dado por Moraes Silva (1789, p. 207), “o filho, ou filha de pai mulato, e mái preta, ou ás avessas”. Bluteau, entretanto (1728, p. 21), afirma que os portugueses chamavam os índios de cabras porque “os acharam ruminando como cabra, a erva Betel, que quasi sempre trazem na boca”. Para Ivo e Santos (2016, p. 120), essa associação “revela o olhar de superioridade do europeu em relação ao desconhecido e diferente e, portanto, considerado de “qualidade” inferior”.

Observa-se que, entre a descrição das “qualidades”, não há nenhuma referência à mestiçagem com o índio, embora essa possibilidade estivesse comumente presente na América portuguesa. Ivo (2009, p. 293) afirma que “o termo pardo tem sido apresentado como resultante de combinações entre pessoas de origem africana e europeia sem considerar, na maioria das vezes, uma possível miscigenação indígena”. Paiva (2012, p. 106-107) afirma que, em virtude das mestiçagens biológicas, [...] “nasceram muitos rebentos, sem que Estado e Igreja chegassem a controlar eficazmente os concubinatos, os relacionamentos efêmeros e a bastardia generalizada, não obstante as muitas tentativas de fazê-lo”. É importante acrescentar que a “qualidade” que consta nos inventários não pode ser considerada fidedigna, uma vez que a “cor” descrita no inventário é definida conforme o olhar do escrivão.

O trânsito de pessoas entre os continentes em função das grandes navegações contribuiu para a história da formação das mestiçagens biológicas e culturais e foi resultado de dinâmicas sociais que se difundiram na América portuguesa. A mobilização das coroas ibéricas ocasionou misturas biológicas e culturais, além de troca de experiências, práticas, costumes, valores, sentimentos, identidades, crenças e, também, mercadorias entre diferentes povos de distantes localizações. Essa mistura multiplicou as gerações em uma realidade organizada em torno das diferenças, além de favorecer o crescimento econômico e social do Brasil. Gruzinski (2014, p. 53) acrescenta que “estendendo a sua dominação política e material, portugueses e espanhóis não cessaram de acumular novas experiências e novos saberes”.

Para Thornton, o resultado desses movimentos e mesclas rendeu um universo de possibilidades de intercâmbios, uma vez que os homens de distintas origens tinham liberdade de transitar, mantinham uma boa interação social e exerciam alguma ou total autonomia nas atividades que desempenhavam. Tal movimentação levou esses indivíduos a desbravar caminhos e descobrir riquezas. O negro e seus descendentes tiveram um importante papel nessa conjuntura:

Por um lado, eles foram trazidos para trabalhar e servir, e, em razão do esforço pessoal e de seu grande número, contribuíram significativamente para a economia. Por outro lado, eles trouxeram uma herança cultural de linguagem, estética e filosofia que ajudou a formar a nova cultura do mundo Atlântico (THORNTON, 2004, p. 189-190).

Conforme Gruzinski (2014), houve não somente mistura de cores, culturas, saberes, artes e linguagem, mas, também, de doenças e curas. As mesclas biológicas e culturais tonificaram a América portuguesa e serviram para marcar socialmente a convivência e evidenciar a mobilidade. Nessa atmosfera de trocas, circulavam diversas pessoas com idiomas e costumes distintos, e não demorou muito para as mestiçagens alcançarem os mais diversos ambientes, o que gerou novas maneiras de vida e valores sociais. Subrahmanyam (1997) discorre acerca das histórias conectadas, de uma cultura multifacetada e plural, em razão da mistura de pessoas vindas de diferentes continentes.

Trânsitos culturais, comércio e cores são assuntos tratados por Ivo (2012), que investiga as relações estabelecidas entre os sertões do norte da Capitania de Minas Gerais e os sertões da Capitania da Bahia, no século XVIII. Tais relações promoveram um crescimento econômico, social e político ocasionado pelos viajantes que circulavam entre os continentes,

favorecendo vivências e movimentos entre os sertões e o império ultramarino da América portuguesa. Conforme esclarecimento de Ivo (2012, p. 22):

Movimentos e conexões estão relacionados às misturas aqui compreendidas não apenas como biológicas, mas acima de tudo, culturais percebidas nas atividades de trabalho e de comércio, como também, em certa medida, nos corpos daqueles que iam e viam de um a outro lado dos sertões conduzindo, além de produtos e coisas, o alimento que dava vida aos moradores dos sertões.

Entretanto, os trânsitos não só coloriram e espalharam culturas, como, também, disseminaram doenças pela América portuguesa, alastrando “[...] no mais fundo das Américas os micróbios das outras partes do mundo” (GRUZINSKI, 2014, p. 53). O adoecimento da escravatura no contexto da expansão ibérica é efeito da circularidade de doenças, uma consequência da mundialização iniciada no Seiscentos e do processo de conquista, expansão e dilatação planetária. Nesse sentido, conforme Anexo B, as doenças foram tabeladas segundo a sua origem: doenças de índios, doenças de africanos e doenças de europeus.

O Brasil, antes da colonização, convivia com doenças que eram inatas, como analisa Holanda (1977, p. 146): “geralmente fortes e sadios, os indígenas brasileiros padeciam de poucas entidades mórbidas”. Corroborando Holanda (1997), Freitas (1935, p. 12) argumenta que “as terras brasileiras, no início de sua colonização, gozavam da justíssima fama de salubérrimas e possuidoras de um clima admirável, onde os que nela aportavam se sentiam felizes e livres das ‘intempéries e das doenças’”. A Figura 4, com ilustração de Rugendas, retrata o contato de índios com viajantes europeus.

Figura 4 – Rencontre d’indiens avec des voyageurs européens



Fonte: Rugendas (1998, Pl. 1, 3ª Div.).

Pode-se afirmar que foi com a colonização que as diversas doenças entraram no Brasil, como analisa Freitas (1935, p. 11-12):

Os seus primitivos habitantes – os silvícolas – entregues, pela vida nômade que levavam, aos mais variados acidentes, tais como “mordeduras de cobras venenosas, picadas de animais peçonhentos e de insetos parasitados”, tão comuns nas regiões tropicais, sabiam se precaver e se premunir, com os seus próprios recursos, contra todos estes distúrbios à sua saúde e ao seu bem estar. E, quanto aos transtornos patológicos, eles somente vieram conhecê-los, na sua grande maioria, e experimentar os seus terríveis efeitos “após o contato com os europeus”.

As doenças¹⁹ dos índios eram relativamente simples e não estavam entre as doenças infectocontagiosas.²⁰ Para Alencastro (2000, p. 27), algumas poucas doenças, como bócio, parasitoses e disenterias eram comuns nos indígenas, antes do descobrimento. O bócio, também conhecido, de acordo com Moraes Silva (1789, p. 154), como papeira ou papo na garganta, era definido como um grande tumor na garganta, a mesma definição dada por Pinto (1832) e Bluteau (1728). Para Chernoviz (1890, p. 615-616), a doença consistia no desenvolvimento anormal ou na hipertrofia da glândula tireoide e se apresentava “sob a forma de um tumor molle, não doloroso, mais ou menos móvel, sem mudança na cor da pele”. Era uma doença proveniente da ausência de iodo, e o tratamento era banhar-se nas águas do mar, onde esse mineral se encontra.

As parasitoses, de acordo com Chernoviz (1890, p. 1194), são vermes que ocupam o canal intestinal do indivíduo. Segundo o autor, “há poucas pessoas que no decurso da vida, e principalmente na infância, não tenham deitado alguns” e existem quatro tipos de vermes, “a lombriga propriamente dita, a *ascarida vermicular*, o *tricocephalo*, e a *tenia* ou *solitária*”. Ainda não se sabia a origem desses vermes, mas algumas causas eram a habitação úmida, a falta de sol e de ingestão de alguns alimentos, como frutas, leites e queijo. Entre os sintomas que os doentes acometidos por esses vermes poderiam apresentar, estavam: palidez, emagrecimento, dores de cabeça, zumbidos nos ouvidos, mau hálito e suor fétido, além de sentirem muita fome, apesar das náuseas, vômitos e cólicas.

A *disenteria* ou *diarrhea*, em Pinto (1832, p. 46), é definida como “fluxo de humores do ventre, *doença*”. Para Chernoviz (1890, p. 864), a disenteria é “produzida por causas que

¹⁹ Todas as doenças relatadas neste tópico foram obrigatoriamente pesquisadas e definidas nos dicionários Moraes Silva (1789), Bluteau (1728), Chernoviz (1890) e Pinto (1832). Tais dicionários trazem os conceitos e sintomas das doenças na época humoral.

²⁰ Doenças infectocontagiosas são doenças transmissíveis por contato com indivíduos infectados, são causadas por um agente biológico como vírus, bactérias ou parasitas.

actua directamente sobre o canal intestinal, taes como os excessos na comida, o uso de alimentos e de bebidas nocivas por sua qualidade, de substancias gordas, de fructas verdes, de licores alcoólicos” e se caracteriza por evacuações que podiam ser pouco ou muito frequentes. Moraes Silva (1789, p. 443) define a doença como um “curso frequente, com sangue por estarem os intestinos ulcerados, com dor, e puxos, e talvez com matérias, e porções de muco foco despegadas dos intestinos”. Para Bluteau (1728, p. 212), “são camaras de humor, que comumente procedem da massa do sangue, quando por formentação descarrega nos intestinos os seus excrementos [...]”.

Mas o que acontecia quando um índio se contagiava com uma doença vinda de outros povos? Muitas doenças tinham um curso relativamente suave nas crianças, mas eram muito agressivas nos adultos, porque eles não tiveram oportunidade de receber essa imunidade durante a infância, índios de todas as idades, especialmente na idade reprodutiva, caíram vítimas dos agentes patogênicos. A partir do momento que os índios na infância tiveram contato com os agentes causadores de doenças, eles criaram imunidade em seus corpos. E os adultos, que não tiveram esse contato na infância, não criaram imunidade contra doenças, tal fato levou a morte de muitos índios durante o período da colonização. Pode-se citar como exemplo de imunidade o sarampo, pois as mulheres indígenas que adquiriam a doenças e conseguiam se curar, passavam a imunidade por meio da placenta à criança, por esse motivo as novas gerações de índios já se encontravam mais imunes a algumas doenças trazidas pelos povos de outros continentes (KIPLÉ, 1984).

A vinda dos europeus e, posteriormente, o tráfico de escravos proporcionaram o contato entre os povos e, com isso, a expansão de doenças. Kiple (1984) estudou a região do Caribe e relata que a expansão da doença entre a população indígena tem haver com a transição, o movimento, a circulação de microorganismos que viajaram com os europeus e com os africanos, nos seus cabelos, na sua saliva, no sangue, nos seus órgãos. Da mesma forma, os escravos que vieram para o Brasil, além de entrar em contato com doenças de outros povos, trouxeram da África enfermidades oriundas de lá. Com isso, houve o alastramento de males, originados de outros continentes:

Deste modo, doenças que eram peculiares às terras africanas, tais como, entre outras, as “boubas”, o “bicho da Costa”, o “gundu”, a “caquexia do Egito”, a “frialdade”; doenças que ali reinavam endemicamente, oriundas de outros continentes, e entre estas, as “bexigas”, o “sarampão”, a “morfeia”, a “disenteria” e as “oftalmias”; doenças que contraíram em viagem, devido à falta de conforto e de higiene existentes nos navios que os conduziam a contragosto, entre as quais não é possível deixar de mencionar a “bicha” ou

febre amarela; todas essas doenças começaram a proliferar nas diversas localidades da recém-descoberta Terra de Santa Cruz (FREITAS, 1935, p. 20).

Entre as doenças da citação, algumas foram localizadas nos inventários pesquisados, e, entre os males citados na bibliografia consultada – não em sua totalidade –, algumas estiveram presentes nos escravos que residiam na Imperial Vila da Vitória. Do total de 2.159 escravos analisados, foram encontrados 230 cativos doentes e um total de 244 moléstias.

A “bouba”, que é uma doença de pele própria de regiões intertropicais, cujo berço era africano, se espalhou com facilidade entre os índios. É um mal sem gravidade e que se cura espontaneamente. Foi definida, tanto por Moraes Silva (1789, p. 193), quanto por Pinto (1832, p. 20), como “pústulas gálicas”. Moraes Silva (1789, p. 193) também a qualifica como uma “especie de empigem”. Em Chernoviz, aparece o seguinte verbete:

BOUBAS. Moléstia cutânea, própria ás regiões intertropicaes, eminentemente contagiosa, produzida por um virus particular, virus ou vicio boubatico, e podendo transmitir-se com caracteres sempre idênticos de um individuo a um outro, e reproduzir-se no mesmo indivíduo pela inoculação d'este vírus (CHERNOVIZ, 1890, p. 357).

Entre as doenças venéreas trazidas pelos europeus, a que mais se destacou foi a sífilis, que virou uma verdadeira epidemia no Brasil, alcançando todas as camadas sociais, independentemente da “qualidade” (HOLANDA, 1967, p. 479). Chernoviz define assim a sífilis:

Syphilis, Mas venereo e gallico. Molestia multiforme, procedendo da acção do vírus que se transmite de um individuo infectado a um individuo são, por contacto immediato e sobretudo pelo coito, as vezes tambem por inoculação ou simplesmente pela applicação do pus virulento sobre a pelle denudada da epiderme, ou sobre uma membrana mucosa (CHERNOVIZ, 1842, p. 1748).

Para Freyre, foram os brancos que contaminaram as negras com a doença:

Às vezes negrinhas de dez, doze anos já estavam na rua se oferecendo a marinheiros enormes, grangazás ruivos que desembarcavam dos veleiros ingleses e franceses, com uma fome doida de mulher. E toda essa superexcitação dos gigantes louros, bestiais, descarregava-se sobre molequinhas; e além da superexcitação, a sífilis, as doenças do mundo – das quatro partes do mundo; as podridões internacionais do sangue (FREYRE, 1933, p. 538).

Segundo Andrade (1956, p. 52), no século XVI, a sífilis e as boubas eram confundidas, pois ambas eram denominadas “pústula gálica” e se manifestavam na região genital. Para o autor, “muitos, ao tempo e com boas razões, não distinguiam as boubas da sífilis”, que, apesar de serem enfermidade vindas de outras regiões, África e Europa, respectivamente, chegaram ao Brasil e se misturaram entre os povos. No século XIX, as doenças bouba e sífilis já estavam conceituadas, apesar de a nomenclatura “pústula gálica” ou “mal gálico” ainda ser utilizada para as duas doenças.

Em se tratando de suspeita de doença venérea, foi encontrado, nos inventários analisados, um cativo com corrimento. Tanto Pinto (1832, p. 36) quanto Moraes Silva (1789, p. 336) definem corrimento como sendo “humor que corre para alguma parte do corpo” e se apresenta em forma de ferida com secreção purulenta, evidenciando que a enfermidade pode ser em qualquer lugar do corpo. Já Bluteau (1728, p. 570) define corrimento como “humor, que desce da cabeça e corre pelo corpo”. Andrade (1956, p. 52), entretanto, trata o *corrimento do cano* como sendo doença venérea, a gonorreia, que é conceituada por Moraes Silva (1789, p. 662) como um “esquentamento, em que ha ardor, de urina, e purgação²¹ pela uretra”.

Mais uma enfermidade, a “frialdade”, diz respeito a uma inflamação no estômago ou no fígado e “que se caracterizava por um estado de anemia mais ou menos pronunciado” (FREITAS, 1935, p. 88). Também chamada “opilação” ou, popularmente, amarelão ou cansaço, essa moléstia esteve em alta no século XX e foi uma das maiores endemias rurais ocorridas no Brasil. Nos inventários analisados, foi encontrado apenas um doente com opilação. Santos Filho (1991) assegura que os vermes que causam a doença são parasitas do intestino delgado do homem, que foram trazidos para o Brasil pelos colonos europeus e pelos africanos. De acordo com Chernoviz, opilação é definida como uma:

Moléstia dos paizes quentes, caracterizada pela fraqueza geral (anemia), pallidez e inchação da face; acompanhada muitas vezes da perversão do gosto [...]. A opilação é a conseqüência do enfraquecimento da economia devido á presença nos intestinos *jejuno* e *ileo*, mas sobretudo no intestino *duodeno*, de grande numero de pequenos vermes, chamados *anchylostomos*, que subtrahem continuamente o sangue (CHERNOVIZ, 1890, p. 531-532).

Opilação é definida por Moraes Silva (1789, p. 135) como uma “obstrucção dos cannaes, ou ductos do corpo, obstrucção nos do fígado, se diz *oppilação do fígado*”. Para Andrade (1956, p. 51), com base na teoria humoral, o fígado ia perdendo o calor natural, e sua função de fabricar o sangue “esfriava”, o que causava a opilação. Para não adquirir a doença,

²¹ “expulsão de mau humor do corpo” (MORAES SILVA, 1789, p. 265).

a orientação consistia em beber água limpa, nunca de riachos ou regos. Chernoviz (1842, p. 1666) aconselhava os trabalhadores a levar a própria água para o campo, a fim de não ingerir água que pudesse lhes causar opilação. Hoje a doença é conhecida como ancilostomose, que é um tipo de verminose. No entanto, a principal causa dessa doença é o hábito de “comer terra”, fato que incomodava os donos de escravos:

Os senhores de escravos, cansados de tantos mas inúteis castigos, inventaram uma máscara de folha de flandres²² que, aposta ao rosto e presa atrás na cabeça, por um cadeado impedia que o infeliz negro ingerisse, não somente terra, como qualquer outro alimento (SANTOS FILHO, 1991, p. 270-271).

Conforme Santos Filho (1991), outras “afecções verminosas” foram detectadas no Brasil no século XIX e provocaram o surgimento de uma variedade de remédios denominados “lombrigueiros”, retirados da flora brasileira e usados para combater os vermes.

Outra afecção, a “morfeia”, também chamada de “Mal de Lázaro” ou lepra – atualmente denominada hanseníase – foi trazida pelos europeus e pelos negros. Para Rodrigues (2005), a lepra estava presente entre os portugueses, foi levada para a África e entrou no Brasil com o tráfico de escravos. Holanda (1967, p. 480) afirma que a lepra era uma doença que apavorava a ponto de os portadores serem confinados em leprosários ou expulsos das cidades e ficavam vagando pelas estradas e vivendo de esmolas. Tanto Pinto (1832, p. 91) quanto Moraes Silva (1789, p. 16) a definem de forma similar: para o primeiro, a morfeia se apresentava como “sarna, de costras pretas e brancas muito feias acompanhada de extremada comichão, e que corroe a carne”; para o segundo é uma “especie de sarna, que cobre a pelle com costras mui feias, brancas, e pretas, a qual vai comendo a carne, com estranha comichão”. Bluteau (1728, p. 83) a conceitua como um “mal contagioso, e aspecto venenoso, originado de sua depravada sanguificação, que corrompe o estado natural do corpo”. Chernoviz, que relaciona a doença à elefantíase dos gregos²³, a define com mais detalhes:

MORPHEA. A *morphea*, mal de São Lázaro, mal feio ou elefantíase dos Gregos, é uma moléstia cutânea caracterizada, no seu maior gráo de desenvolvimento, por pequenos tumores ou *tubérculos* que se mostram principalmente no rosto e nas orelhas, e depois na bocca, nos membros, etc, susceptíveis de persistirem mui longo tempo em um estado de dureza, ou de terminarem por ulceração, e ás vezes pela resolução. O desenvolvimento dos tuberculos é precedido de manchas que nos homens brancos são roxas ou

²² Máscara feita de aço laminada.

²³ Conforme Chernoviz, a lepra era a elefantíase dos gregos, e a erisipela (uma tumefação da pele) era a elefantíase dos árabes. Para detalhes sobre a doença, consultar Chernovoz (1890, p. 1476).

avermelhadas, e nos negros mais escuras do que a pelle. Quando, depois, a moléstia faz progressos, os tubérculos inflammam-se, tornam-se molles e ulceram-se (CHERNOVIZ, 1890, p. 448).

Afirma Andrade (1956, p. 51) que o termo lepra era usado para “[...] os tipos diversos de dermatoses pruriginosas e hiperocrômicas”, lembrando que essa denominação era usada, tanto para a hanseníase, quanto para problemas dermatológicos. Kiple (1984) argumenta que a África foi de lar de outras doenças também denominadas de lepra, já que a lepra rapidamente se tornou um termo genérico conotando toda a sorte de doença, inclusive aquelas criadas pelos parasitas do novo mundo e doenças nutricionais.

No século XIX, na América portuguesa, essas doenças acometiam a população e continuavam a se expandir. Existiam também outros males promovidos por incidentes repentinos, como facadas, quedas, fraturas em ossos, picada de cobra, machucados diversos provenientes do trabalho braçal – como no desbravamento de matas, plantio de roças – ou, ainda, problemas advindos de trabalhos pesados e exaustivos (DIAS, 2002).

Outro mal que acometia a população da América portuguesa era a “bicha”, definida por Pinto (1832, p. 19) como “cobra, serpente, lombriga”, similar à definição de Moraes Silva (1789, p. 182): “inseto como a sanguessuga, lombriga, cobra”. Já o “bicho da costa” era outro tipo de verme, hospedeiro dos pés ou dos tornozelos. Sugere Freitas (1935, p. 116) que “a verdadeira pátria do Bicho da Costa, cuja história, hábitos e distúrbios pathologicos, como nosso inoportuniíssimo hóspede [...], é a África”. Também conhecido como dracunculo ou Verme de Medina ou Verme de Guiné, Moraes Silva (1789, p. 457) o define como “lombriga, que se cria entre a pelle, e a carne dos mininos”, assim como Bluteau (1728, p. 303). Chernoviz (1890, p. 882) assegura que “as causas que presidem a formação do dracunculo ainda não são conhecidas” e que os sintomas se iniciam com “comichão desagradável no logar em que elle se acha, ás vezes acompanhada da sensação de um corpo que roja debaixo da pelle”, evoluindo para dor, inchaço e inflamação local. Quanto ao tratamento, espera-se ruptura espontânea, mas, se isso não acontecer, a ruptura deve ser feita pelo cirurgião.

Outra doença africana que entrou no Brasil foi o “gundu”, mas foi detectado no país a partir de 1882 e se caracteriza pela formação de tumores ósseos na região paranasal. Mais uma doença trazida pelos africanos foi a febre amarela, que, “após longa ausência, retornou em 1849-50 e por mais de cinquenta anos manifestou-se em quase todas as províncias, em terríveis surtos epidêmicos” (HOLANDA, 1967, p. 479). Dores de cabeça, calafrios, vômitos, pele de cor amarelada, prostração, eventuais hemorragias na gengiva, língua, nariz e ânus são alguns dos sintomas da febre amarela (CHERNOVIZ, 1842).

As doenças existentes na África chegaram ao Brasil durante as navegações oceânicas, o tráfico internacional de escravo e o comércio transatlântico, que envolviam indivíduos de distintas localidades, dando início à circularidade de moléstias na América portuguesa, com a consequente mistura de povos oriundos das quatro partes do mundo.²⁴ As pessoas que aqui chegavam não apenas traziam doenças, como, também, se contaminavam e levavam enfermidades para outros continentes. Achar enfermidades, como a opilação, doença venérea e lepra entre os escravos analisados, que vieram de outros continentes para a Imperial Vila da Vitória, comprova que, no Sertão da Ressaca, circularam pessoas das quatro partes do mundo. Assim, a proliferação de doenças no Sertão da Ressaca permite pensar, em termos hipotéticos, que a Europa também vivenciou esse espaço de propagação de enfermidades, de índios e de africanos, que saíram da América para a Europa, uma vez que a circularidade não é unilateral, isto é, pessoas atravessam o oceano levando e trazendo males.

Segundo Alencastro (2000, p. 127), os europeus eram acometidos por varíola, escarlatina, rubéola, tuberculose, lepra, doenças venéreas e dermatoses (doenças de pele), que se proliferaram entre os africanos e alastraram no Brasil. Na análise de Freyre (1933, p. 553), “não foram poucas as doenças de brancos que os negros domésticos adquiriram; e as que se apoderaram deles em consequência da má higiene no transporte da África para a América ou das novas condições de habitação e de trabalho forçado”.

A varíola, enfermidade altamente contagiosa, também conhecida por “bexigas”, se caracteriza pela presença de febre e erupções na pele. Em 1563, a doença chegou à Bahia, provocando um índice significativo de mortalidade e se alastrou para outras localidades, atingindo todo o país. Pelo caráter endêmico e epidêmico, foi considerada devastadora no século XIX, matando milhares de pessoas. Da mesma forma a escarlatina, doença infectocontagiosa, caracterizada por infecção da garganta e manchas vermelhas na pele, esteve presente entre os brancos e se espalhou entre os negros e índios (CHERNOVIZ, 1842; HOLANDA, 1967; FREITAS, 1935).

Os males dos escravos, relatados nos inventários, *corpus* documental utilizado na pesquisa, eram originados de localidades distintas e podem ter sido adquiridos por transmissão de brancos, índios ou africanos. Algumas das enfermidades encontradas nos inventários resultam num compêndio de males, oriundos das interações de povos e circularidades de pessoas, que acarretaram o adoecimento de escravos residentes da Imperial

²⁴ Esse processo de encontro de povos foi observado nas leituras de Gruzinski (2014), Paiva (2006, 2012), Thornton (2004), Ivo (2012), Freyre (2003), Chernoviz (1842).

Vila da Vitória no século XIX, podem também ter sido ocasionados pelas condições de vida da população escravizada.

3 DOENÇAS DO CATIVEIRO: MALES E TRATAMENTOS NO OITOCENTOS

3.1 MALES DA VIDA E DA LIDA

A leitura de inventários do século XIX permitiu um amplo conhecimento acerca das doenças que acometeram os cativos na Imperial Vila da Vitória e serviu de ferramenta para explorar a diversidade de moléstias que assolaram a população cativa da região. Tal variedade de doenças encontradas fez perceber que o local estudado era um ambiente mundializado, onde estiveram agentes das quatro partes do mundo, havendo, portanto, trânsito de pessoas de todas as localidades e, conseqüentemente, trânsito de doenças e também da arte da cura.²⁵ Tomando como base essa premissa, as enfermidades²⁶ foram analisadas e discutidas, relacionando-as com as condições de vida e o trabalho exercido pelos cativos.

Foram localizados 2.159 escravos, dos quais, 230 doentes, o que quer dizer que 10,7% dos escravos analisados foram acometidos por moléstias, conforme se visualiza na Tabela 2.

Tabela 2 – Total de escravos, doente e não doentes

ESCRAVOS	NÚMERO	%
Escravos doentes	230	10,7%
Escravos sem mólestias	1.929	89,3%
Total de escravos	2.159	100%

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Será que as condições de vida na Imperial Vila da Vitória não eram tão ruins? Entende-se que, apesar das privações a que os escravos eram submetidos, eles tinham ao alcance muitas ervas, raízes do mato e caça para comer, mas o trabalho pesado deixava sequela nos corpos. A análise não tomou como base o total de escravos, mas, sim, o total de moléstias encontradas. Assim, entre os 230 escravos doentes, 13 cativos apresentavam mais de um tipo de moléstia, por esse motivo a análise tomou como base o número de doenças, e não, o número de escravos. Dessa forma, no universo estudado, foram localizadas 244²⁷ moléstias em 230 escravos distintos, sendo que, desse total, 217 cativos apresentavam apenas uma doença, e 13 cativos, mais de uma doença, como se visualiza no Quadro 1:

²⁵ A origem das todas ervas usadas para cura, citadas na tese, estão tabeladas no Anexo C.

²⁶ Todas as doenças relatadas neste tópico foram obrigatoriamente pesquisadas e definidas nos dicionários Moraes Silva (1789), Bluteau (1728), Chernoviz (1890) e Pinto (1832).

²⁷ Serão analisadas as doenças dos escravos, sendo importante ressaltar que alguns cativos possuíam mais de uma moléstia em seu corpo.

Quadro 1 – Escravos com mais de uma moléstia

NOME	IDADE	ENFERMIDADE
Grigorio	38 anos	Dor nos peitos e calores de cadeiras
Jozé	40 anos	“Doente dos peitos” e descadeirado
Timoteo	48 anos	Rendido dos peitos e das cadeiras
Francisco	48 anos	Atacado dos peitos e sem uma perna
Manoel	50 anos	Coxo de uma perna e doente de gota
Severino	35 anos	Aberto dos peitos e atacado das juntas
Bernarda	44	Doente de quebraadura de umbigo, além de outros ataques crônicos
Joaquim	65	Cego e quebrado
Paulo	40 anos	Aleijado de uma mão e quebrado da virilha
Ricarda	7 para 8 anos	Aleijada de uma perna por virtude de queimadura de fogo desde quando nascera, além disso doente dos olhos
Jose3	40 anos	Rotura da barriga, fratura em pé, doença em olho
Joaquina	50 anos	Doente de gota e dos olhos
Constança	60 anos	Quebrada da virilha e doente do nariz

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

O corpo era usado para produzir, e o trabalho pesado realizado pelo cativo era um forte agravante, uma vez que o corpo era utilizado de forma inadequada, o que acarretava enfermidades e comprometia a saúde. Mas quais eram essas doenças? Diversos tipos foram encontrados nos inventários analisados, mas, neste capítulo, serão apresentadas as 244 moléstias como se vê na Tabela 3. As porcentagens da tabela foram feitas tomando por base o total de enfermidades, e não de escravos, haja vista que alguns escravos foram acometidos por mais de uma doença. Todas as moléstias serão discutidas no decorrer do capítulo.

Tabela 3 – Todas as moléstias encontradas nos escravos

Doenças encontradas	Quantidade	%
Hérnia - “quebrado da virilha”	41	16,8%
Moléstias em membros inferiores	28	11,4%
Doenças respiratórias	26	10,6%
Oftalmias	17	6,9%
Doenças neurológicas (Ataques, epilepsia e demência e apoplexia)	14	5,7%
Moléstias em membros superiores	12	4,9%
Doença reumática	11	4,5%
Doença do útero	6	2,4%
Falecidos	6	2,4%
Rendido das cadeiras	5	2,0%
Aleijados	5	2,0%
Com defeito	5	2,0%
Doença do fígado	4	1,6%
Doente de lepra	3	1,2%
Paralisia	2	0,8%
Doença urinária	2	0,8%
Queimadura	2	0,8%

(continua)

(conclusão)		
Doenças encontradas	Quantidade	%
Opilação	1	0,4%
Doença venérea	1	0,4%
Fratura em costela	1	0,4%
Doença no baço	1	0,4%
Doente da guela	1	0,4%
Doente do nariz	1	0,4%
Surdo e Mudo	1	0,4%
Doente sem especificação da moléstia	48	19,6%
TOTAL DE MOLÉSTIAS	244	100%

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

A moléstia com maior incidência entre os cativos analisados foi a hérnia. Foram encontrados 41 escravos com essa enfermidade, o que corresponde a 16,8% do total. “Quebrados da virilha”, ou “rendidos da virilha”, assim eram chamados os portadores de hérnias inguinocrurais (SANTOS FILHO, 1991, p. 347). Os portadores de hérnia, nos inventários analisados, foram citados como “quebrado da virilha”, “quebrado”, “rendido da virilha” ou “doente de quebradura”. Também foram localizados escravos com hérnia na região umbilical, descrita como “rotura da barriga” ou “rotura do umbigo”. Chernoviz conceitua hérnia no Oitocentos:

[...] a palavra hérnia exprime a saída de um órgão fóra da cavidade que o contém normalmente. Todavia as palavras *quebradura*, *rotura* ou *hernia* são mais especialmente empregadas para designar a saída do intestino ou da membrana *epiploon*²⁸, através das aberturas naturais ou accidentaes das paredes do ventre (CHERNOVIZ, 1890, p. 834).

Mas, por que esse número tão alto de escravos com hérnia na Imperial Vila da Vitória? A hérnia se desenvolveu nesses escravos em razão do trabalho pesado exercido por eles – a grande maioria dos homens trabalhava no serviço da roça, e as mulheres²⁹ no serviço da casa. Importante ressaltar que o trabalho doméstico da mulher escrava no Sertão também exigia muito do seu corpo, como carregar água, pegar utensílios pesados para a tarefa de casa, lavar roupa, tirar os dejetos da casa, pois não havia fossa na época. Acredita-se que era o mesmo trabalho doméstico executado pelas mulheres escravas analisadas por Freyre (1933), nas casas grandes das fazendas pernambucanas. É válido ressaltar que a hérnia é uma moléstia que também pode se manifestar em bebês, normalmente ela regride espontaneamente, caso o

²⁸ “Epiploon ou Omento. Membrana ondulante, cheia de gordura, situada na cavidade do ventre; cobre os intestinos” (CHERNOVIZ, 1890, p. 995).

²⁹ Não se optou em fazer a divisão por sexo porque não se está trabalhando com gênero, mas que não se pode deixar de notar a presença de mulheres doentes.

contrário, o escravo crescia com a doença e a mantinha na idade adulta, sendo que o trabalho pesado poderia levar a uma piora da doença.

Um fator que chamou a atenção foi a idade dos escravos acometidos por hérnia: a doença se manifestou em igual proporção entre os cativos novos e os velhos, idades que iam de 13 a 60 anos. Tal fato demonstra que a hérnia atingia os indivíduos pela força que executavam na labuta, independente da idade, uma vez que todos exerciam ofícios árduos.

Há nomes diferentes dependendo do lugar da hérnia. A hérnia inguinal acontece na virilha, daí o nome encontrado nos inventários, “quebrado da virilha” ou “rendido da virilha”; em Moraes Silva (1858, p. 704), “rendido das virilhas; o que tem relaxação, ruptura inguinal”. Foram encontrados 15 escravos com hérnia na virilha. Conforme Chernoviz (1890), a hérnia inguinal é a mais frequente e, também, a mais comum – entre as hérnias – nos escravos pesquisados. A segunda mais encontrada foi a umbilical, que se manifesta na região do umbigo; apenas oito cativos apresentaram tal moléstia. Outras são: a quebraçura escrotal, que desce para o escroto, e a crural, quando é na coxa, este tipo de hérnia não foi especificado nos documentos analisados. Entre os escravos com hérnia, 18 foram citados apenas como “quebrados”. Dessa forma, sabe-se que eles tinham a enfermidade, mas não se pode afirmar qual o tipo de hérnia que apresentavam.

As causas das quebraçuras eram diversas. Poderiam ser decorrentes da gravidez, a *hydropisias* – “Dá-se o nome de *hydropisia* a todo derramamento de serosidade em uma cavidade qualquer do corpo ou no tecido celular subcutâneo” (CHERNOVIZ, 1890, p. 160) – ou excesso de gordura na barriga, que estende demasiadamente o abdômen. Outra causa é o excesso de esforço físico, mas também tosses, defecação forçada e qualquer outra causa que pressione as vísceras contra a parede abdominal. O principal sinal da moléstia é o aparecimento de tumor mole na virilha ou no ventre, dificuldade na marcha e no levantamento de peso. O ofício influenciava diretamente na aquisição da hérnia, ou melhor, quanto mais esforço fosse exigido no trabalho, mais propenso o indivíduo estaria em adquirir a quebraçura (CHERNOVIZ, 1890), e tal fato era o que acontecia com a escravatura estudada.

Para o tratamento, no século XIX, Chernoviz (1890) indicava repouso, mantendo a bacia elevada e as pernas dobradas. O indivíduo deveria tentar a redução do tumor, comprimindo-o com as mãos em várias direções. Se esse procedimento fosse executado com regularidade, conseguia-se a redução da quebraçura. Para o autor, quanto mais jovem era o doente, maior a possibilidade de cura; acima de 25 anos, diminuía drasticamente a possibilidade de recuperação.

Em segundo lugar, com 11,4% dos acometimentos, estavam as moléstias nos membros inferiores. Ao todo foram encontrados 28 escravos com diferentes tipos de enfermidades nesses membros. Localizaram-se escravos com fraturas, feridas, deformidades, dificuldade para andar, aleijados, com perda de movimento e ausência de um membro. Havia também relatos de doentes da perna ou do pé, sem especificidade da moléstia que os afligia. Importante salientar que o maior inconveniente de acometimento em membros inferiores é a incapacidade para locomoção e, conseqüentemente, para o trabalho. Ao analisar tais escravos, observou-se que a idade de acometimento está ligada à idade em que começam a trabalhar, da mocidade até a velhice, entre 12 e 60 anos. Salta aos olhos a quantidade de cativos – 14 escravos – acima de 40 anos, com problemas em membros inferiores e que ainda trabalhavam. Outro fator que chamou a atenção foram dois escravos com idades acima de 60 anos, mas ainda no serviço juntamente com os escravos mais novos. O caso dos escravos velhos será analisado com maior atenção no terceiro capítulo.

Em Karasch (2000), que escreve relatos de viajantes, pode-se entender como a doença lesionava os membros inferiores dos cativos. Segundo a autora, após uma década de trabalho árduo, os escravos não conseguiam mais andar e ficavam aleijados e deformados. Tal enfermidade, conforme Figueiredo (2006), muitas vezes causada pelo fato de os cativos andarem descalços, os deixava vulneráveis a ferimentos nos pés – por algum corte que infeccionava ou picadas de animais e insetos – o que colaborava para contágio de diversos males, por causa das ulcerações e machucados que acabavam se formando. Kiple (1984) afirma que os negros sofriam de infecções nos pés porque andavam descalços, e esse fator foi a maior causa de aleijamentos, pois ficavam suscetíveis a adquirirem infecções nos pés e também parasitas.

“Outro perigo para o escravo descalço era o bicho-de-pé. Se não fosse bem removido, o inseto colocava seus ovos sob a pele, causando infecções sérias que podiam deixá-los aleijados” (KARASCH, 2000, p. 188). A presença desse bicho podia deixar os escravos com pés mutilados e com ulcerações. Para parasitas que se instalavam em pés, muitos negros tinham métodos para remover esses parasitas utilizando uma faca, fazendo uma operação de grande habilidade e perícia, que poderia ter sido feita, de igual modo, pelo mais habilidoso cirurgião europeu (KIPLÉ, 1984).

Entre as mutilações, foi localizado, no corpus estudado, somente um cativo amputado – relatado como sem uma perna –, mas não foi registrada a causa dessa mutilação, se por alguma doença, picada de cobra ou acidente no trabalho. Conforme Chernoviz (1890, p. 147-148), a amputação é uma “operação que consiste em separar para sempre, por meio de

instrumento cortante, uma porção mais ou menos extensa de um membro” e pode ocorrer por diversos motivos, como golpes de machado ou espada, causando fraturas, complicações com deslocamentos de ossos, queimaduras, gangrenas, abscessos, alguns tipos de tumores e ulcerações.

Uma das indicações para a amputação eram as picadas de cobras³⁰; entretanto, antes de se efetuar tal cirurgia, tentavam-se outros recursos. Ainda não havia uma terapêutica definida, podia-se fazer sangrias, beber aguardente ou suco de limão, passar no local da picada “mercúrio doce”,³¹ ou, ainda, procurar curandeiros que “não só ‘benziam’ a região ofendida, como também aplicavam e davam a beber sucos de plantas medicinais brasileiras” (SANTOS FILHO, 1991, p. 278). Assim, a amputação somente era realizada se tais recursos não fossem eficazes. Essa diversidade de tratamento para uma picada de cobra demonstra que o homem que exercia a arte da cura no Oitocentos trazia consigo conhecimentos adquiridos de diferentes culturas e os aplicava como forma de buscar a reabilitação do enfermo. A procura de um curandeiro para tratar a picada, atitude muito comum no Sertão da Bahia, e ainda usada nos grotões do Brasil, indica que essa prática de cura ainda está viva na memória da população brasileira. Para Halbwachs (2003), a memória viva é a memória de grupos que sustentam lembranças, portanto esses grupos de pessoas fizeram dessa técnica de cura uma prática viva que chegou até os dias atuais.

Em relação às moléstias nos membros inferiores, foram encontrados escravos com fratura na perna. Os primeiros sinais de uma fratura são a incapacidade física no lugar lesionado, dor, deformidade, alteração da postura do membro fraturado, edema e crepitação (CHERNOVIZ, 1890, p. 1029).

FRACTURAS EM GERAL. Entende-se por *fracturaa* ruptura de um ou mais ossos. Quasi sempre é produzida por uma violência exterior; mas algumas vezes pela contracção forte e súbita dos músculos. A fractura chama-se também *quebradura do osso* (CHERNOVIZ, 1890, p. 1028).

Entre os escravos com fraturas, localizou-se um cativo que teve a perna quebrada, mas que, posteriormente, a fratura se consolidou de forma errada, por isso deixou sequela, e o

³⁰ No século XIX, alguns médicos no Brasil já se dedicavam a pesquisas sobre o ofidismo (estudo de veneno de cobras). Para maior aprofundamento sobre as pesquisas feitas na época, consultar Santos Filho (1991, p. 278).

³¹ Remédio empregado para doenças, como: sífilis, boubas, afecções cutâneas, ente outras (CHERNOVIZ, 1842, p. 828).

cativo mancava ao andar. Acha-se no inventário a descrição de um escravo “cujo pé é inchado, foi quebrada em algum tempo, por isso puxa por ela”.³²

Para o tratamento de fraturas, conforme a medicina empregada no Oitocentos, era preciso “colocar o osso no lugar”. Tal operação era feita pelo cirurgião, que, após corrigir a lesão, imobilizava a parte afetada, usando talas e almofadas (BARRETO; PIMENTA, 2013, p. 86). Para redução em fratura de membro inferior, o doente deveria se deitar de costas e ser puxado pelo pé e, ao mesmo tempo, ser segurado, por outra pessoa, por debaixo dos braços e ser tracionado simultaneamente, e o cirurgião faria a estabilização da fratura com as mãos, a fim de colocar o osso de volta ao lugar de origem. Feito isso, ministravam-se emplastos preparados com talas, panos e ataduras feitas com olhos-de-ebaúba e aguardente, para a imobilização do membro (FERREIRA, 1735).

As plantas mencionadas tinham objetivo terapêutico e muitas, como a embaúba e a copaíba, são consideradas medicamentos ainda nos dias de hoje. Conforme Houaiss e Villar (2009), a embaúba é “nativa de regiões tropicais das Américas”. Sousa (2000, p. 156) assim descreve a embaúba:

Tem o olho desta árvore grandes virtudes para com ela curarem feridas, o qual, depois de pisado, se põe sobre feridas mortais, e se curam com ele com muita brevidade, sem outros unguentos; e o entrecasco deste olho tem ainda virtude, com o que também se curam feridas de chagas velhas; e tais curas e fazem com o olho desta árvore, e com o óleo de copaíba [...].

Também para a cura de feridas, usava-se no Sertão da Ressaca o barbatimão, que segundo Tanajura (1992) era de grande eficácia para sanar esse mal. Em um Sertão mundializado, os homens que praticavam a arte da cura descobriam, com outros povos, a melhor erva, remédio ou método para se chegar à cura de um enfermo. É importante lembrar que, para recordar de algo, é preciso que tenha sido visto no passado, pois a memória conserva o passado e a usa no presente, como afirma Halbwachs (2003). Assim, essas plantas continuam sendo usadas como remédios, na contemporaneidade, pela população brasileira, inclusive o barbatimão que ainda é aplicado terapeuticamente no cotidiano das pessoas que residem no Sertão da Bahia.

Entre as fraturas, foi encontrado um escravo de 67 anos de idade, portanto, idoso, com a costela fraturada.³³ As costelas podem se quebrar por causa de uma pancada ou uma

³² Arquivo do Fórum João Mangabeira: Caixa Inventário 1850 a 1859 (2): Inventario de Jose Mendes de Sousa (1850).

³³ Os escravos idosos serão analisados no terceiro capítulo.

compressão violenta na região do peito. A pessoa atingida por essa fratura sente muita dor durante a respiração, decorrente do movimento das costelas, especialmente se ocorre tosse ou se faz qualquer esforço físico. Para o tratamento, recomenda-se repouso e imobilização do local por meio de toalhas, como se fosse uma cinta em volta do peito, que devem ser presas por duas tiras como se fosse um suspensório. Depois de um mês, ocorre a consolidação da fratura.

Sobre os membros inferiores, encontrou-se também escravos com feridas³⁴ – em pernas e pés –, relatadas como crônicas ou incuráveis. Entretanto, não é mencionada a causa dessa afecção, uma vez que uma ferida pode ocorrer por diversos motivos e ser de causas internas ou externas. Para as causas externas, o principal fator é a existência de traumas. Quando promovidas por causas internas, os motivos podem ser dermatoses³⁵ ou outros incidentes que desencadeiem o ferimento, como picadas de inseto. Há também relato de escravos doentes em perna ou pé, sem, no entanto, especificar qual moléstia os acometeu.

As feridas grande extensão eram tratadas pelos índios com aplicação de calor úmido ou seco. Para o calor úmido era jogado água fria sobre uma pedra bem quente e o doente era colocado perto para receber o vapor formado. Para o calor seco, o enfermo ficava em uma rede com uma fogueira acesa abaixo dela, o que provocava suores e era aplicado no tratamento de grandes ferimentos, inflamações e úlceras de difícil cicatrização. Outra forma de calor seco era abrir uma cova no chão, colocar brasa dentro, tapar o local, deixando apenas uma pequena abertura central, onde era colocada a parte afetada do corpo do doente (HOLANDA, 1994).

Outro relato encontrado sobre moléstia nos membros inferiores foi o escravo coxo, descrito nos inventários como apenas coxo ou como tendo a perna deslocada. Conforme Moraes e Silva (1789, p. 344), coxo é “que tem a perna encolhida, e tira por ella quando anda”; para Bluteau (1728, p. 598), coxo é o indivíduo “que por ter algum nervo da perna encolhido, não pode assentar o pé livremente”. Para Chernoviz (1890), essa moléstia pode ser chamada também de claudicação ou coxeadura e ocorre por diversos fatores, como alongamento ou encurtamento de uma das pernas por deslocação da coxa, sequelas de fraturas ou deslocações não reduzidas, anquilose³⁶ de uma articulação do membro inferior, fraqueza muscular ou paralisia, ou dor em alguma parte da perna, por qualquer causa. Nessa

³⁴ “lesão produzida na pele ou na mucosa por pancada ou golpe; ferimento” (HOUAISS; VILLAR, 2009).

³⁵ Doença de pele.

³⁶ Ankylose é a “diminuição ou impossibilidade de movimento em uma junta naturalmente mobil” (CHERNOVIZ, 1890, p. 183).

perspectiva, coxo para Bluteau (1728, p. 598), é o indivíduo que tem o nervo da perna encolhido. Já Pinto (1832) define coxo como o indivíduo que tem a perna encolhida ao andar.

É difícil saber que tipo de sequela um acidente poderia deixar em um escravo. Os que trabalhavam como carregadores manifestavam problemas como hérnias ou quebras e mutilações em membros inferiores. “Uma parte do aleijamento devia-se a deficiências nutricionais, como o raquitismo, mas outros escravos ficavam inválidos devido ao trabalho pesado ou perigoso” (KARASCH, 2000, p. 249-250).

Além dos acidentes e excesso de trabalho que ocasionavam lesões, a condição de vida da população escrava se refletia em seus corpos. A alimentação inadequada e insuficiente, que gerava deficiência de vitaminas e sais minerais imprescindíveis para o bom funcionamento do corpo, afetava diretamente a saúde dos escravos: a privação de vitamina C acarretava o escorbuto; a falta de vitamina D, o raquitismo, moléstias que não foram encontradas nos inventários.

Foi encontrado um escravo³⁷ descrito como “muito pequeno em estatura” e, apesar de ser classificado como um escravo “sem moléstia”, acredita-se que o fato de não ter crescido pode ser uma decorrência de alguma deficiência nutricional ou desordem no crescimento. Kiple (1984) relata que os escravos já saíam da África com uma baixa nutricional, por isso muitos deles não atingiam o máximo da sua estatura física em comparação aos nascidos na América. A comparação da dieta dos escravos crioulos – aqueles nascidos na América – com os africanos, não foi gratuita, porque a dieta do escravo continha uma melhor qualidade de proteína do que os negros que viviam na África. A proteína era quase certamente responsável pelo maior peso dos nascidos crioulo, enquanto se vê a falta de proteína dos que são nascidos na África. Infelizmente pode ser verdade que a dieta do século XIX dos escravos da América era superior nutricionalmente a aquela consumida pelos negros do ocidente africano no meio do século XX, demonstrando que a má nutrição na África era o mais importante problema da região em termos de saúde.

Concorda-se com a análise de Santos Filho (1991, p. 202) de que o escorbuto não prevaleceu nos escravos estudados porque “em vilas e fazendas do interior, dada a variedade de alimentos ricos em vitamina C, principalmente laranjas e limões, fáceis de serem obtidos até mesmo pelos negros escravos, a incidência foi praticamente nula”. Não se encontrou o escorbuto nos inventários analisados, o que quer dizer que os escravos residentes na Imperial Vila da Vitória eram bem alimentados, tanto que, em 2.159 escravos, foram localizadas 244

³⁷ Arquivo do Fórum João Mangabeira: Caixa Inventário (1850 a 1859 - 2), Inventário de Jose Mendes de Sousa (1850).

doenças e nenhum escorbuto. Mas a deficiência de vitamina C no africano nem sempre era porque eles não tinham frutas ao seu alcance. Havia uma crença na África, os africanos faziam com que a criança africana fosse desencorajada a comer frutas cítricas por medo que eles lhe causassem vermes. Por isso, havia uma deficiência de vitamina C na população africana apesar de ter tantos tipos de frutas acessíveis a eles (KIPLE, 1984). Entretanto, entende-se que essa questão de não comer frutas tenha sido desmitificada no Sertão da Ressaca, pois o escorbuto não esteve presente nos escravos analisados.

Sobre os alimentos ricos em vitamina C, como a laranja e o limão, Chernoviz (1842, p. 773) descreve a laranjeira como uma “árvore originária da Ásia d’onde passou para a África, Europa e América; é commun no Brasil, e constitui uma das maiores riquezas agrícolas de Portugal” (Figura 5). Segundo Sousa (2000, p. 129), os limões vieram de Portugal para o Brasil. Já no século XIX, Chernoviz (1842, p.177) afirma que é uma fruta comum no Brasil e em Portugal. Tal afirmação de Chernoviz deixa claro que a hibridização de ervas e frutas vinha de um continente para o outro e se adaptava ao clima da nova terra.

Figura 5 – Laranja



Fonte: Chernoviz (1842, p. 773).

O uso da laranja e do limão como plantas medicinais remete a uma memória viva, uma vez que ambas foram usadas no Oitocentos como remédios, principalmente para a cura do escorbuto, e continuam sendo ministradas na atualidade para curar males, como gripes. Conserva-se na memória da população o chá de limão como sendo eficaz para o tratamento de resfriados, e a laranja como uma fruta com grande quantidade de vitaminas, que também auxilia na cura dessas viroses. Essa tradição de usar tais frutas como remédios vem de uma

memória que, conforme Rüsen (2009), conserva as tradições e culturas de um povo. Tais formas de cura ainda são praticadas mesmo nos centros urbanos quando as pessoas optam por um tratamento mais natural, o que comprova que essas receitas ainda sobrevivem na memória da população. Pode-se observar que essas plantas são oriundas de localidades distintas, mas, já no século XIX, elas começaram a circular entre os quatro continentes, conforme analisa Paiva (2006), quando ele diz que sementes, mudas de plantas e ervas medicinais vindas de outros locais se integraram na flora brasileira, também como comprovou o botânico Wied-Neuwied (1989) no qual observou que muitas plantas da Europa e de outros continentes floresciam aqui no Brasil. Com esse intenso trânsito de produtos, houve influência nas formas de tratamentos empregados pelos curadores, que também aprenderam diferentes práticas de cura vindas de todos os locais do mundo.

O escorbuto ou Mal de Luanda é a segunda doença aguda, considerada gravíssima, que acometia os escravos. Mendes (2013, p. 62) acrescenta que a doença é um tipo de hemorragia marcada por episódios de evacuações persistentes e como consequência “[...] o intestino reto se dilata, e o ânus se circula com lábios esponjosos, que nascem no interior da via”. Para Karasch (2000, p. 253), a doença traz manifestações, como “corpo emaciado, pele cinza opaca, cabelo enrolado e expressão de fadiga”.

Salter (1985) caracteriza o escorbuto como uma diminuição da quantidade de osso, acompanhada por hemorragia, causada pela privação da vitamina C no organismo. Os principais sintomas são aumento do volume dos membros, podendo causar uma diminuição do movimento dos membros inferiores, com inchaço, vermelhidão, calor, dor e locais de hemorragias, especialmente nas gengivas. Conforme Chernoviz (1842, p. 1508), o escorbuto é uma “moléstia caracterizada pelo estado de entorpecimento, por manchas lívidas em diferentes partes do corpo; pela vermelhidão, molleza e inchaço das gengivas, que deitam sangue pela menor compressão; mau hálito, disposição às hemorragias e debilidade geral”. Para tratamento, o autor afirma que é necessário “remover as causas”, proporcionando uma boa alimentação ao doente à base de frutas, vegetais, carnes, peixes e caldo de galinha. Tais providências fazem aumentar a ingestão de vitamina C e, conseqüentemente, trazem melhoras ao doente.

Outra moléstia que se manifestava nos cativos, agora por falta de vitamina D e cálcio, era o raquitismo, que gerava deformação nas pernas, as quais ficavam arqueadas, ou, mesmo, aleijava os escravos. Não se pode determinar se esta doença existiu entre os escravos analisados, pois não consta nos relatos a causa do aleijamento. Em adultos, a manifestação era a osteomalácia ou ossos moles, que é o raquitismo do indivíduo adulto (KARASCH, 2000;

SALTER, 1985). A Osteomalácia é uma forma de osteopenia, ou seja, perda de massa óssea mais amena que a osteoporose,³⁸ que acontece por deficiência de cálcio e fósforo no sangue em adultos. Em crianças, essa doença denomina-se raquitismo. No adulto os sintomas são mais brandos, a doença causa fraqueza muscular, dificuldade na marcha, deformidade de ossos, baixa estatura, distúrbios no crescimento, contratura da musculatura, apatia, desatenção, risco de ocorrer fraturas, dor na coluna, entre outras (DRIUSSO, 2005).

Mais uma enfermidade que ocorria por privação do cálcio eram as convulsões em crianças. A falta de vitamina D vem a esclarecer o porquê de tantas mortes em recém-nascidos e em crianças de até seis anos de idade. As crianças com menos de cinco anos de idade eram afetadas pela desnutrição e poderiam sofrer retardamento mental e físico. Na presente análise, registrou-se apenas uma criança falecida com sete meses de vida (KARASCH, 2000, p. 249-250), mas não foi localizada a causa da morte. O falecimento só foi relatado porque ocorreu durante a produção do inventário.

O trabalho careceria ser proporcional à força do escravo, e não se deveria aplicar um peso maior do que ele poderia suportar; se o escravo tivesse entre 10 e 12 anos, o trabalho mais leve era o indicado, e não o trabalho pesado. Entretanto, verificou-se, nos inventários analisados, muitos escravos novos, inclusive adolescentes, já trabalhando na roça. O excesso de peso sobrecarregava o corpo e causava deformidades em articulações, principalmente em escravos abaixo de 21 anos, uma vez que os ossos ainda não estavam totalmente formados. Muitos desses cativos tinham os joelhos virados para dentro, por isso chamados de zambeta. Para Duarte (1849, p. 43), “todo o exercício em excesso dá em resultado a frouxidão e enfraquecimento geral”.

Zambeta, em Pinto (1832, não paginado), era “o que ajunta as pernas no joelho” e, em Moraes e Silva (1789, p. 539), “o que ajunta as pernas nos joelhos, e se lhe vão alargando para os pés”. Nos inventários pesquisados foram vistos apenas dois escravos com tal moléstia; acredita-se que um deles não conseguia andar, pois está descrito também como aleijado.

Foram encontrados cinco escravos descritos como sendo defeituosos, mas sem especificação das deformidades. Segundo Karasch (2000), em virtude da má alimentação, ocorria o defeito, e o escravo era apontado como defeituoso ou como tendo defeitos, que eram deformações no corpo. Entretanto, não se pode concordar com Karasch (2000), pois devido a baixa porcentagem de escravos defeituosos, apenas 2%, não se pode atribuir a alimentação

³⁸ Conforme a Organização Mundial de Saúde, osteoporose é uma “doença esquelética sistêmica caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração microarquitetural do tecido ósseo, com consequente aumento de fragilidade óssea e da suscetibilidade à fratura” (DRIUSSO, 2005, p. 125). É resultado de “[...] uma acentuada diminuição na quantidade total de osso no esqueleto” (SALTER, 1985, p. 148).

como sendo a causa desse problema, uma vez que acredita-se que os escravos da Imperial Vila da Vitória eram bem alimentados, pois não se encontrou doenças decorrentes da baixa ingesta calórica nesses cativos, uma das causas que poderia ter causado os aleijamentos era o fato dos escravos começarem o trabalho pesado quando os ossos ainda estavam em formação.

A escrava Maria Joanna era tida como defeituosa e, por esse motivo, foi “repudiada”³⁹ pelos herdeiros, conforme relata o inventário. Não se pode determinar o motivo do defeito dessa escrava, mas pode-se afirmar que, por ter defeito, nenhum dos herdeiros se interessou em ficar com ela:

Diz Alfredo Xavier Soares que nos bens que lhe foram adjudicados, por morte de sua sogra D. Sophia Pereira de Oliveira, entrou uma escrava de nome Maria Joanna repudiada de todos os herdeiros do casal, por ser geralmente tida e havida por falta de senso commun a qual fora avaliada pela quantia de 500\$000; e como não queira o Supplicante ficar, por forma alguma, com a mesma escrava por ser defeituosa, como acima disse, vem submissa e respeitosamente requerer a V.sa se digne excluí-la, ou antes, mandar excluí-la de seu quinhão, prehenchendo-o com outra pessoa ou com animais.⁴⁰

Para Karasch (2000), escravos aleijados ou deformados mendigavam nas ruas do Rio de Janeiro, mas foi difícil verificar a causa da incapacidade, pelo fato de não constar a causa da morte nos atestados de óbito desses escravos. Da mesma forma, na análise em questão, não se sabe a origem da patologia de cada escravo com defeito, uma vez que os inventários não trazem nenhuma informação adicional.

Moléstias em membros superiores estão em quinto lugar em ordem de acometimento entre os escravos analisados na pesquisa. Foram encontrados 12 escravos, 4,9%, com problemas relacionados a braços, mãos e dedos, que também os incapacitavam, dificultando na execução de diversas atividades. Estes escravos são descritos nos inventários como aleijado do braço ou de uma ou ambas as mãos ou, ainda, dos dedos. Pode-se concluir que diversas eram as doenças que afetavam os membros superiores da população escravizada, como as deslocções, as fraturas e as inflamações.

³⁹ A palavra repudiada está entre aspas porque foi o termo usado pelo escrivão no inventário: Arquivo do Fórum João Mangabeira: Caixa Inventário 1881 a 1882: Inventário D. Sophia Maria de Oliveira (1881).

⁴⁰ Arquivo do Fórum João Mangabeira: Caixa Inventário 1881 a 1882: Inventário D. Sophia Maria de Oliveira (1881).

Deslocações podem ocorrer também nos punhos e dedos e, geralmente, são originadas de pancadas ou contusões⁴¹. Foi encontrada uma deslocação em mão. Conforme Ferreira (1735, p. 447):

Deslocação é aquela que se faz quando algum osso de nosso corpo se decompõe e sai fora do seu lugar, de sorte que priva o movimento daquele membro, causada por alguma caída de alto, força ou pancada, o que se conhece porque não haverá movimento no tal membro e haverá grandes dores na tal junta, com inchação, mais ou menos, conforme o tempo que houver passado e estiver o corpo do tal enfermos, mais bem ou mal acompleteado de humores.

As retrações⁴² da mão, da região palmar e dos dedos também aconteciam especialmente nos escravos que exerciam o ofício de agricultor, além de outras profissões que exigiam sobrecarga de peso ou que exerciam pressões nas palmas das mãos. Tais fatores causavam um enrijecimento da mão e levavam, muitas vezes, a total imobilidade do membro (CHERNOVIZ, 1890).

Localizaram-se, ainda, nos inventários pesquisados, cinco escravos com problemas nas cadeiras – com relatos de calor nas cadeiras, rendido das cadeiras, descadeirado e doente das cadeiras, consequência do ofício que demandava muito peso e posturas erradas. Observou-se que os escravos com tal enfermidade eram maiores de 38 anos, o que comprova que o excesso de trabalho e o peso carregado durante a labuta afetam a coluna e se manifestam depois de certo período de vida.

Conforme Chernoviz (1890, p. 392), cadeiras, cujo nome científico é *lumbago*, é a “parte posterior do corpo desde as ultimas costellas ou cintura até as nadegas”; se sucede de uma dor que aparece de repente ocorrer de um só lado ou em ambos, o doente tem dificuldade de manter a postura por causa das dores. Na atualidade, Kisner e Colby (1987) esclarecem que, se um indivíduo adota maus hábitos posturais prolongados e sobrecargas, ele pode vir a ter lesões irreversíveis e dores contínuas na coluna. Essa dor também pode aparecer por causa de algum trauma, trabalho fatigante, carregamento de peso, levando a sentir, além da dor intensa, fraqueza nas pernas e dificuldade de locomoção.

A grande maioria das doenças relatadas pelos viajantes, na obra de Leite (1996), ocorria em consequência das condições de trabalho. Como exemplo, o autor cita o trabalho na mineração, onde o agravante era a postura adotada quando se está garimpando. Já que a má

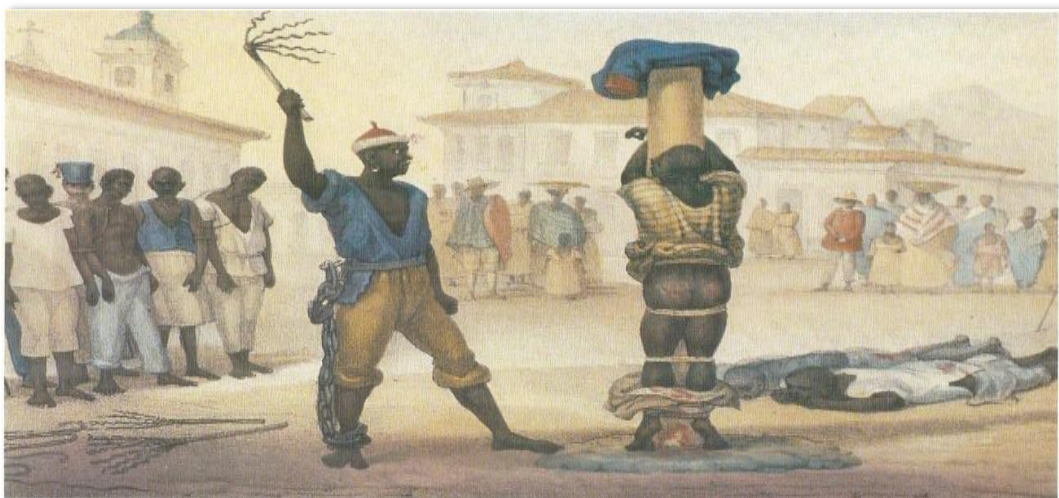
⁴¹ CONTUSÃO, MACHUCADURA, PISADURA. Por estes nomes se designa uma lesão ordinariamente produzida por quedas, pancadas, e outras violências exteriores (CHERNOVIZ, 1890, p. 683).

⁴² “encurtamento patológico de órgão ou tecido” (HOUAISS; VILLAR, 2009).

postura está por trás de muitas condições dolorosas da coluna, ela aparece quando o indivíduo mantém um posicionamento errado por um período prolongado e fora do alinhamento normal. No entanto, na pesquisa em questão, foram verificados apenas três cativos que trabalhavam no garimpo, e sobre eles não foram encontrados relatos de moléstias.⁴³

Problemas em membros inferiores, membros superiores e na coluna, em virtude da sobrecarga de peso e trabalho exaustivo, prejudicavam a saúde dos escravos, além de debilitar e causar dores em seus corpos. Não se pode afirmar que todas as moléstias dos escravos pesquisados foram ocasionadas pelas condições de vida dessa população. No entanto, algumas das doenças verificadas decorreu do trabalho forçado, das privações e da falta de cuidado com o corpo e com a saúde, ou mesmo, pode-se questionar se não eram originadas de maus tratos. É complexo afirmar como os escravos eram tratados, pois eles poderiam estar “entre os dois extremos, de senhores bondosos que tratavam seus escravos tão bem que eles levavam “vidas felizes”, e senhores selvagens que brandiam o chicote”. Também havia uma grande diferença na forma como o senhor agia com os escravos na frente das pessoas e o que acontecia quando não havia ninguém para assistir (KARASCH, 2000, p. 170). “[...] os escravos porém trabalham para com o suor do seu rosto sustentar os mesmos tiranos, que lhes faltam com o sustento, com o vestuário, e que no fim lhes dão por prêmio ainda açoites” (MENDES, 2013, p. 111). Na Imperial Vila da Vitória também não era diferentes, alguns senhores tratavam bem seus escravos, já outros lhe davam castigos e açoites (TANAJURA, 1992). Na ilustração da Figura 6, podem-se ver escravos sendo açoitados.

Figura 6 – Aplicação do castigo do açoite



Fonte: Debret (1993, p. 65).

⁴³ Arquivo do Fórum João Mangabeira: Caixa Inventário (1880 a 1885), Inventário do Capitão Lidório José Vieira (1880).

Barreto e Pimenta (2013) relacionam problemas ocorridos no século XIX, na Bahia, como contusões, fraturas, pancadas, luxações, entre outros, à violência no cativo e aos acidentes por causa do excesso de peso carregado nos ombros ou no braço pelos cativos. Segundo pesquisa feita pelas autoras, as regiões mais acometidas eram os ombros, as mãos, as pernas e queixo. Na nossa análise, verificou-se que prevaleciam os escravos “quebrados da virilha”, a seguir os acometimentos em membros inferiores, depois em membros superiores e, por último, na coluna.

Também foram encontrados mais cinco escravos aleijados; entretanto, como não foi especificado se o problema era em membro inferior ou superior, restou a dúvida quanto à localização da moléstia. Conforme Moraes e Silva (1789, p. 55), aleijado é aquele teve “lesão nos membros, que os faz defeituosos [...]. Defeitos, faltas habituaes”, conceito similar trazido por Pinto (1832, não paginado): “lesão nos membros. Defeito habitual”. Já Bluteau (1728, p. 233) conceitua aleijado como sendo o indivíduo “que não pode usar de hum braço, de huma mão, de huma perna, de hum pé, por ferida, ou doença”. O fato de o escravo ser aleijado impossibilita bastante seu trabalho e as atividades do cotidiano. Quando a lesão era de grande extensão corporal, o cativo era descrito no inventário como sendo um escravo inútil e sem valor algum.

Um indivíduo que foi açoitado e amarrado, como ilustra a Figura 6, tem probabilidade de ter lesões corporais, ficar com defeitos, deformidade, podendo, inclusive, ficar aleijado. Com o passar dos anos os aleijamentos vão aparecendo nos escravos, uma vez que esse mal é decorrente de sobrecarga de trabalho e sequela de castigo. Encontraram-se cinco escravos com esse mal nos inventários, todos com idade superior a 35 anos, o que sugere que, tanto o trabalho, quanto os maus tratos os levaram a essa moléstia. Três deles eram idosos e sequelados.

Quanto à paralisia, foi encontrado um escravo com essa enfermidade, e outro com suspeita de ter tido uma paralisia. Tal mal, que pode afetar os membros inferiores ou superiores, ou metade do corpo, do lado direito ou esquerdo, prejudica diretamente na marcha e na locomoção, podendo levar à total imobilidade dos membros. Paralisia, conforme Moraes e Silva (1789, p. 156), é uma “doença que consiste na privação, ou notável diminuição da sensibilidade, ou movimento voluntário, ou de huma dessas duas coisas”. Para Bluteau (1728, p. 257), a paralisia afeta os nervos e tira vigor natural, causando privação do movimento.

Para Karasch (2000), entre as crianças que eram acometidas pela poliomielite,⁴⁴ as que sobreviviam adquiriam tal enfermidade e a carregavam para a vida adulta. Pode-se citar o escravo Raimundo como sendo, supostamente, um exemplo, de três anos de idade, que era aleijado, tanto dos membros superiores, quanto dos inferiores e rastejava pelo chão. Pires (2003, p. 64) acrescenta que “embora considerando que algumas doenças eram congênicas, é evidente que esse *congénito* também indica as condições de gestação de uma escrava submetida aos duros trabalhos na lavoura e mesmo nas casas dos seus senhores”. Não se podendo determinar a moléstia, levanta-se a hipótese da criança ter tido paralisia cerebral (que causa desordem no movimento), ou mesmo, uma paralisia infantil.

Os cativos trabalhavam muito e quando conseguiam tirar um dia para descansar, eles usavam esse tempo para obter uma renda extra, com o propósito de comprar algo que precisassem ou de guardar o dinheiro para comprar a liberdade. Com isso, acabavam sobrecarregando o corpo e adquirindo enfermidade (KARASCH, 2000).

Refletindo sobre os escravos citados nos inventários, foram abordados os registros a respeito da saúde desses cativos e a condição de trabalho, uma vez que o ofício exercido por eles os debilitava demasiadamente. Levou-se em consideração também que as condições de vida, como moradia, vestuário e alimentação, influenciavam diretamente nas enfermidades adquiridas ou desenvolvidas em seus corpos.

Outro relato é de um escravo com ferida na guella. Para Moraes Silva (1789, p. 675), guella é a mesma coisa que garganta. Segundo Houaiss e Villar (2009), a ferida é uma “lesão aberta com perda de substância; chaga, úlcera, ferimento”. Foi encontrado apenas um escravo com problema na garganta.

As doenças encontradas variavam. Foram localizados nos inventários 14 escravos, com idades entre 12 a 55 anos, com doenças neurológicas, sendo que 11 apresentavam epilepsia, demência e ataques, e três tinham apoplexia. Tais doenças neurológicas acometiam tanto crianças quanto adultos.

Em relação a ataque ou achaque, estas são as percepções: Houaiss e Villar (2009) a entendem como um “mal sem gravidade”; Moraes e Silva (1789, p. 18) define como “doença habitual, vício, defeito moral”; Bluteau (1728, p. 84) a considera como um “mal, que sobrevém depois de uma grave doença, ou que nasce da má indisposição do temperamento e é habitual e quase natural ao corpo humano”; e Pinto (1832, p. 3), como uma “indisposição habitual da saúde”.

⁴⁴ Conhecida como paralisia infantil, é “qualquer inflamação da substância cinza da medula espinhal” (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Outro problema de origem neurológica que se manifestava nos escravos, o “ataque de nervos”, vinha acompanhado de nervoso extremo. Caracteriza-se pela frequência de momentos de irritabilidade, presença de choro, fenômenos convulsivos e espasmos. O tratamento para os ataques consistia em, primeiramente, não contrariar o indivíduo que sofria de tal moléstia; depois, dizer palavras de consolo; e, em seguida, administrar chá de folhas de laranjeiras (CHERNOVIZ, 1842, p. 1390).

Foram localizados escravos que sofriam de epilepsia, também denominada gota coral: “Moléstia nervosa que se manifesta por acessos mais ou menos aproximados de cura duração, caracterizados pela perda súbita dos sentidos, insensibilidade, convulsões, contorção dos lábios e dos olhos, espuma na boca”. Durante o período do ataque epilético, o mais importante é vigiar o doente, não o deixar se “embaraçar” com as roupas, colocar um pano entre os dentes para não ferir a língua, aplicar na testa uma compressa de água com vinagre, dar água de colônia ou vinagre para cheirar e estender os membros do doente (CHERNOVIZ, 1842, p. 1502-03).

Mais uma enfermidade neurológica que se manifestava entre os escravos era a demência que, para Bluteau (1728, p. 54), é sinônimo de loucura e, para Pinto (1832, p. 43), “falta de juízo”. Moraes e Silva (1789, p. 374) concorda com ambos: “loucura, falta de juízo”. Na conceituação de Chernoviz (1842, p. 1370), a demência, também denominada “alienação mental”, se caracteriza por uma “desordem da intelligencia, das sensações, das paixões, sem lesão notável das funcções de nutrição nem de geração”. O escravo que carregava essa moléstia vinha descrito nos inventários como “vazio do juízo” ou com “falta de juízo”. O tratamento consistia em exercícios, trabalhos manuais, banhos e isolamento, caso fosse necessário.

Entre as doenças neurológicas, foram localizados três escravos com apoplexia, os quais são tratados nos inventários como: paralítico de um lado, paralítico de uma banda e doente de estupor. A apoplexia, também denominada como estupor (FALCI, 2004), atualmente é conhecida como acidente vascular cerebral, popularmente chamada de derrame cerebral, que causa hemiplegia. Tal moléstia compromete os movimentos em metade do corpo e pode acometer tanto o lado direito, quanto o esquerdo (SALTER, 1985).

Segundo Moraes e Silva (1789, p. 573) estupor é “falta de sentimento, e de acção em algum membro, ou parte do corpo por doença”. Similarmente Pinto (1832, sem paginação) define estupor como sendo a “falta de sentimento, e acção por doença”. Já Bluteau (1728, p. 351) apresenta a seguinte explicação para estupor: “adormecimento de alguma parte do corpo,

por causa de humor cru & frio; falta do perfeito sentimento, & principio de paralytia”. Em 1890, Chernoviz definiu a doença como:

Apoplexia cerebral, ar, ramo de ar, ou estupor. chama-se geralmente *apoplexia*, e mais particularmente *apoplexia cerebral*, uma congestão de sangue no cérebro, seguida ou não do derramamento d'este liquido na substancia do cérebro, e cujo symptoma principal é a perda súbita, e mais ou menos completa, do sentimento e do movimento. Esta moléstia designa-se também vulgarmente debaixo do nome de *ar*, *ramo de ar*, ou *estupor* (CHERNOVIZ, 1890 p. 199).

Causada por uma lesão no cérebro, pode ser proveniente de um acidente vascular cerebral ou de uma paralisia cerebral. O acidente vascular cerebral (AVC) é resultado de uma lesão celular no cérebro, que causa deficiência motora, levando o paciente a danos neurológicos. Caracteriza-se por uma paralisia ou fraqueza em um lado do corpo, o que resulta na hemiplegia ou hemiparesia neurológica.⁴⁵ Os danos funcionais podem variar: afetam mais uns indivíduos do que outros, ocasionam dificuldade no ato de caminhar, problemas de mobilidade, que interferem na realização das tarefas cotidianas. A paralisia cerebral, que afeta o indivíduo ainda quando criança (antes, durante ou após o nascimento), provoca lesão no cérebro, causando desordem do movimento e da postura, persistindo durante a fase adulta. Pode haver danos mentais associados (BOBATH, 1984; SALTER, 1985; O’SULLIVAN; SCHMITZ, 1993).

A maior incidência da doença entre os escravos ocorria em períodos de maior calor e com o sol mais intenso. Se o derrame fosse severo, o indivíduo ficava com a metade do corpo totalmente paralisada; se fosse um derrame mais leve, a pessoa acometida poderia voltar a caminhar e a utilizar o braço, mas com algumas dificuldades, tanto na marcha quanto no membro superior, apenas do lado afetado. Se fosse ainda mais grave, poderia levar à morte (KARASCH, 2000).

De acordo Chernoviz (1842, p. 1518), os meios curativos para a apoplexia variam conforme a natureza da moléstia: eram ministrados sinapismos – “cataplasma⁴⁶ ou tópico cuja base é formada pela mostarda e que se aplica em certos pontos da pele para produzir uma excitação geral, uma revulsão, abrandamento da cefalalgia,⁴⁷ etc.” (AULETE, 1964, p. 3748) – nas pernas, panos umedecidos em água fria na cabeça, entre outros medicamentos. Esses emplastos podiam ser compostos por medicamentos diversos, como a mostarda, que era uma

⁴⁵ Hemiplegia ou hemiparesia neurológica é a paralisia total ou parcial, respectivamente, de um lado do corpo, que pode ser o lado direito ou esquerdo (O’SULLIVAN; SCHMITZ, 1993).

⁴⁶ Medicamentos feitos com alguma erva para serem aplicados em alguma região externa do corpo.

⁴⁷ Dores de cabeça.

planta cultivada no Brasil e na África. Dessa forma, poderia ser usada tanto pelos habitantes locais quanto ser trazida pelos africanos que chegaram aqui. A mostarda como, também, outras plantas circularam não apenas entre o Brasil e a África, mas alcançaram as quatro partes do mundo, como esclarece Almeida (2010), pois o trânsito de pessoas, de plantas e de curas foi intenso entre os continentes a partir do século XVI.

As doenças reumáticas debilitaram os escravos citados nos inventários. Ao todo foram encontrados 11 escravos com essa enfermidade: quatro deles com algum tipo de reumatismo não especificado, e sete com gota, que é também uma doença reumática. Os reumatismos podem acometer diversas articulações no corpo, causando dor, inchaço, fraqueza da musculatura, limitação do movimento, deformidades e prejudicam nas atividades de vida diária e trabalho (GALLINARO; COSTA; WATANABE, 2005).

As doenças reumáticas, que se evidenciam mais no inverno, em virtude da queda de temperatura e maior ocorrência de chuvas, acometem indivíduos que ficam expostos ao clima frio, ventos e chuvas. Acredita-se que um fator que contribuía para a manifestação de moléstias reumáticas entre os escravos era a umidade das habitações. A doença afetava escravos com idades que variavam de 10 a 50 anos, muitos deles constavam nos inventários como “achacado de dores nas juntas”.

No rol das doenças reumáticas, encontraram-se sete cativos com gota. Atualmente a gota é definida como sendo uma doença inflamatória causada pela deposição de cristais dentro das articulações e fora delas. Persiste com dor nas articulações, inchaço, aumento da temperatura local, pela vermelha e brilhante, associado a febre, mal-estar, calafrios e ao aparecimento de tofos gotosos – massas de cristais com reação inflamatória intensa, podendo aparecer em diversas partes do corpo. A enfermidade, relacionada com o excesso de ácido úrico⁴⁸ no sangue, que acontece devido ao excesso de alguns alimentos, como gorduras, carnes e bebidas alcoólicas, é caracterizada por crises, com intervalos que podem ser mais ou menos longos, sendo que, com o decorrer e repetição das crises, o quadro se agrava (RADL, 2005). A gota foi uma doença muito comum no século XIX, atingiu, sobretudo, o sexo masculino, em indivíduos acima de 40 anos. Entretanto na pesquisa foram encontrados escravos portadores desse mal com idades e sexos variados. Tal fato também pode ser observado por Neves (2012) no Alto Sertão da Bahia do século XIX, o autor afirma que os escravos comiam vísceras ou extremidades, que são cabeça, pés, espinhaço e rabo de animais, sendo que essa ingestão excessiva de proteína animal estimulou a elevação do ácido úrico no

⁴⁸ O ácido úrico está presente no organismo, mas as taxas podem se encontrar elevadas no sangue, causando a gota.

organismo, tendo como consequência escravos com gota. O que evidencia que os escravos do Sertão da Ressaca com gota tiveram acesso a comidas, como carnes e também bebidas alcoólicas, o que estimula o aparecimento da enfermidade. Além disso, os cativos alimentavam-se de leite, farinha de mandioca, milho, abóbora, batata-doce, inhame e aipim, que eram considerados os principais alimentos ingeridos pelos cativos. Como se observa, a gota era uma doença nutricional, não por falta de alimentos, mas sim por excesso de alguns tipos de nutrientes.

Conforme Santos Filho (1991, p. 241), na gota “a dor era atroz e o mal principiava no dedo grande dos pés”. Para Chernoviz, no século XIX:

A gota é uma moléstia constitucional com inflamação específica das articulações, e que aparece por acessos, mais ou menos irregulares. Bem que a gota tenha fixado a atenção dos médicos desde as épocas mais remotas, poucas moléstias ha cuja theoria ficasse mais obscura e cujo tratamento seja mais incerto (CHERNOVIZ, 1890, p. 79).

Ainda para o autor, a gota se caracteriza por uma inflamação específica das articulações, com presença de inchaço, dor, vermelhidão, calor da pele, com episódios de crises mais ou menos regulares. Naquela época ainda não se sabia a causa dessa moléstia. Muitos autores a consideravam como moléstia hereditária. Para o autor, a enfermidade era rara em lugares onde o clima é quente, se manifestava mais no frio e em local úmido e a parte do corpo mais afetado eram os pés. Para o tratamento da gota, a indicação era aplicar “na junta um sinapismo, até o doente sentir bastante ardor. Se muitas juntas estiverem atacadas de gota, ponham sinapismos⁴⁹ sucessivamente em cada uma” (CHERNOVIZ, 1890, p. 83).

O tratamento variava em função dos sintomas do paciente, uma vez que não se sabia a causa da doença. Somente a partir de meados do século XIX é que os tratados de patologia começaram a atribuir o ácido úrico aos sintomas do paciente com gota. Importante ressaltar que a gota foi uma enfermidade muito confundida com a artrite reumática na época (SANTOS FILHO, 1991, p. 241). Barreto e Pimenta fazem referência à forma de tratamento:

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 bal-sâmicos e canforados, os sinapismos; era necessário, também, fazer repouso e alimentar-se bem. Essas duas últimas prescrições estavam ausentes do panorama de cura dos escravos (BARRETO; PIMENTA, 2013, p. 85).

⁴⁹Cataplasma de mostarda, farinha e vinagre.

Justifica-se o uso da linhaça e da cânfora, a primeira por ser uma alta fonte nutricional, e a segunda por ser ministrada para curar dores no corpo e hematomas. Ambas ainda são usadas na atualidade para sanar males, mostrando que o uso terapêutico dessas substâncias se mantém na memória da população. Rüsen (2009) entende a memória como um registro do passado, um acesso à lembrança do que foi aprendido; portanto, sustentam-se alguns princípios e práticas antigas como sendo eficazes na contemporaneidade. Além disso, provam que os medicamentos usados no Oitocentos vieram das quatro partes do mundo, uma vez que a linhaça é nativa da Europa ocidental e das regiões mediterrâneas, e a cânfora originou-se da Ásia. Tal fato demonstra que a circularidade de pessoas, de plantas e de formas de cura gerou um Brasil mundializado, com mistura de vários saberes. Gruzinski (2014) sugere que essas conexões se traduziram pela mistura de práticas, de técnicas, de crenças e de modos de vida. Nessa perspectiva pode-se dizer que o Sertão da Ressaca se tornou um espaço mundializado, uma vez que aqui circularam plantas e ervas oriundas das quatro partes do mundo.

Outras moléstias de grande incidência, mas que não serão discutidas neste tópico são as doenças respiratórias⁵⁰. Também não foram incluídas três enfermidades, opilação, lepra e doença venérea, por já terem sido discutidas no primeiro capítulo.⁵¹

Mais uma moléstia, que está em quarto lugar de incidência entre as que foram encontradas nos inventários, foram as oftalmias, ou seja, enfermidades nos olhos. Foram localizados 17 escravos com problemas nos olhos, o que equivale a 6,9% das enfermidades. Os escravos com esse problema estão descritos como doente dos olhos, curto da vista, cego de um ou ambos os olhos.

Conforme Karasch (2000, p. 228), a oftalmia era uma moléstia contagiosa dos olhos, causava cegueira parcial ou total. Chernoviz (1842, p. 1664) conceitua a oftalmia como “nome genérico para qualquer inflamação parcial ou total do olho ou das diferentes partes que o compõem”. Além das doenças que atingiam os olhos, os acidentes também faziam com que os escravos perdessem a visão, como é o caso de um cativo com um “olho furado” e de um escravo cego apenas de um olho. Pode-se deduzir que ambos tiveram o olho danificado em razão de algum acidente.

Segundo Karash (2000), houve duas epidemias de cegueira notáveis durante o período do tráfico, uma em 1830 e outra em 1846. Observava-se um ponto branco no tecido da córnea do olho, entretanto não se sabia a causa exata dessa moléstia. Poderia ser causada por acidente, glaucoma, seqüela de doenças, como varíola, sarampo, lepra, doença venérea, ou

⁵⁰ Serão discutidas no próximo tópico.

⁵¹ Item 1.3 denominado encontro de enfermidades.

decorrente da deficiência de vitamina A, causadora de problemas na retina, conjuntiva e córnea. Além disso, a cegueira também era causada por vírus, como é o caso do tracoma, que se expandia e contaminavam diversos cativos. Entre as cegueiras de ambos os olhos, foi encontrado apenas um cativo cego, com 70 anos de idade, e como não se sabe com quantos anos a cegueira o afetou, ou mesmo se já nasceu cego, não se pode afirmar a causa da doença.

De acordo com Chernoviz (1842, p. 1771), o tracoma caracteriza-se por “granulações que se desenvolvem na conjuntiva” do olho; a conjuntiva, por sua vez, é a “membrana mucosa que une o globo do olho às pálpebras, revestindo de uma parte a superfície interna das pálpebras, e da outra o globo ocular até a circunferência da córnea transparente, sobre a qual não se estende” (CHERNOVIZ, 1842, p. 1445). Dazzile (1801) traz esclarecimentos sobre a oftalmia venérea, que é causada pela gonorreia:

Quando a gonorrhoea se suprime subitamente, sobrevem algumas vezes aos olhos hum prurito, que bem depressa se muda era dórinflammatoria muito considerável; as pálpebras se engrossaõ, e pôde mesmo acontecer, que ellas sé voltem para fora, entãõ os vasos, espalhados no globo do olho, saõ vermelhos, e muito apparentes; a conjunctiva se torna desigual, excepto na parte da sua uniaõ com a cornea, o que faz parecer esta ultima, como posta em hum fundo: a luz supporta se com trabalho; algumas vezes a dôr se estende até a cabeça, ellahe mesmo lancinante, ordinariamente acompanhada de muita febre (DAZZILE, 1801, p. 148).

Acredita-se que haja dois escravos com oftalmia venérea nos inventários analisados: são crianças, uma de dois e outra de sete anos, ambas doentes da vista. Entretanto é apenas uma hipótese, pois pode ser alguma outra enfermidade na visão, da qual não se sabe a causa.

Para tratamento das oftalmias, conforme Santos Filhos (1991, p. 322), eram usados remédios caseiros e plantas medicinais brasileiras, entre elas o suco de cansaço e o sumo fresco dos brotos de embaúba. Para a cegueira, Ferreira (1735, p. 343) descreve o remédio que curou uma criança de um ano: “no que baste de vinho branco, e do mais singular que houver, cozam raiz de genciana até diminuir a metade; e deste cozimento deitem nos olhos a miúdo, e faz comichão e dor”. A diversidade de ervas usadas, a cansaço,⁵² planta nativa do Brasil, a embaúba, nativa das regiões tropicais das Américas, e a genciana, nativa de regiões temperadas, especialmente da China, mas, também, encontrada em Portugal (HOUAISS; VILLAR, 2009; CHERNOVIZ, 1842), faz perceber que as plantas, oriundas de diferentes localidades, até de outros continentes, vieram para o Brasil em função do trânsito de pessoas. Nessa perspectiva, Almeida (2010) afirma que diversas ervas e plantas vindas de outros

⁵² Ministradas em tumores e inflamações.

continentes se adaptaram no Brasil e se juntaram aos vegetais da flora nativa. Esse movimento ajudou a compor medicamentos com substâncias nativas, misturadas a outras trazidas por diferentes povos. Muitos desses medicamentos compostos por plantas de diversas localidades ainda são usados como forma de tratamento na atualidade, mostrando que as civilizações são construídas por meio das memórias dos grupos sociais, e essas memórias permanecem no tempo, como as da arte de curar.

Analisando mais uma enfermidade encontrada nos inventários, seis escravas aparecem com problemas no útero, descritas como portadoras de “moléstia uterina”, ou “doente do ventre”, ou “doente da madre”. O útero também era chamado “madre”, denominação encontrada em apenas um inventário. Segundo Chernoviz (1890, p. 1161): “**UTERO** ou **Madre**. Assim se chama o órgão que, na mulher e nas fêmeas dos animais vivíparos, é destinado a conter o producto da concepção, durante todo o tempo do seu desenvolvimento”. Provavelmente as escravas analisadas já tinham tido filhos, pois variavam de 26 a 48 anos de idade. Chernoviz (1842) lembra que a doença do útero era mais comum em mulheres que passaram por gravidez, uma vez que tal enfermidade podia causar hemorragias, que ocorriam durante a gravidez ou proveniente de partos. Para as hemorragias no útero, Chernoviz descreve o seguinte tratamento:

A doente deye estar n'um sitio fresco, deitasse horizontalmente em um colchão duro, cobrir-se apenas, e tomar bebidas frias e aciduladas, taes como limonada de limão, de laranja, de vinagre. Si isto não bastar, applicuem-se, pannos molhados em água Ma com vinagre sobre o baixo-ventre e coxas, mergulhem-se as mãos em água quente e dê-se um clyster⁵³ d'agua fria (CHERNOVIZ, 1890, p. 133).

Foram encontrados dois escravos com problemas urinários: um era doente da urina – não se sabe dizer qual moléstia urinária carregava em seu corpo –, e o outro sofria de retenção urinária. De acordo Chernoviz (1842, p. 1734), a retenção urinária, também denominada ischuria – “acumulação de urina na bexiga” –, precisava, para ser tratada, primeiramente, pesquisar a causa, uma vez que poderia ser proveniente de outras doenças, como inflamação da bexiga, estreitamento ou oclusão do canal da uretra, febres altas, inflamações do cérebro ou da medula espinhal. Sempre que ocorria a retenção urinária, a primeira providência a ser tomada era o esvaziamento da bexiga, por meio de sonda, depois eram ministrados os medicamentos necessários. Também havia a indicação de banhos mornos. Para Dazzile, a

⁵³“Medicamento de ação secante empregados em ferimentos que apresentavam hemorragia” (HOUAISS; VILLAR, 2009).

dificuldade de urinar também poderia ser consequência de pedra na bexiga ou obstruções na uretra em decorrência da gonorreia:

Depois da supressão do corrimento da gonorrhoea, e principalmente quando a inflamação se tem estendido até á glândula próstata, experimentão-se algumas vezes dificuldades invencíveis de urinar. Os esforços, que se fazem para evacuar a bexiga, dão lugar a extra vasos, que formão depósitos, e fistulas nas partes vizinhas; a febre lenta pôde sobrevir, consumir pouco a pouco o enfermo, e conduzido á sepultura (DAZZILE, 1801, p. 135).

Não é possível afirmar se os escravos analisados tinham uma doença urinária em decorrência de um mal venéreo. Esses cativos estão descritos nos inventários como doentes da urina. De qualquer forma, fica a dúvida quanto ao desencadeamento da enfermidade.

Foram localizados quatro escravos com calor e inflamação no fígado. De acordo com Chernoviz (1842, p. 1539), o fígado é um órgão que está sujeito a diversas moléstias,⁵⁴ como a hepatite, que é a inflamação do órgão. Tal enfermidade evolui com dor na região do fígado e aumento do volume do órgão, além de febre, vômito, coloração amarelada da pele e emagrecimento progressivo. Chernoviz discorre sobre os sintomas:

A moléstia principia por calefrios seguidos de calor nas entranhas; logo manifesta-se uma dôr do lado direito do ventre n'um dos pontos da região do figado; ás vezes esta dôr propaga-se até ao hombro direito; freqüentemente a parte direita e superior do ventre fica um pouco inchada, e não é possível ao doente deitar-se d'este lado. A dôr torna-se mais sensível quando se apalpa o figado. Com esta dôr, o único symptoma quando a moléstia é leve, apparece, quando a inflamação é intensa, freqüência do pulso, um calor secco da pelle, em alguns casos ictericia, lingua branca, sede, fastio, amargor da bocca, náuseas, vomites, prisão do ventre, e ourinas poucas, muito amarellas e carregadas. Emfim, na inflamação do figado mais intensa manifesta-se, além dos symptomas indicados, oppressão na respiração, dôr agudíssima do lado direito do ventre e do peito: sobrem ás vezes soluços e tosse secca; as ancias são extremas, declara-se o delirio, o rosto oferece um aspecto livido, a sede é inextinguivel, a lingua fica secca e rachada, o pulso torna-se mui fraco e mui freqüente, sobrem finalmente os symptomas que acompanham terminação funesta da maior parte das inflammações agudas (CHERNOVIZ, 1890, p. 1172).

Segundo Chernoviz (1890), tratava-se com aplicação de sanguessuga – de 10 a 15 bichas no lugar doloroso – e uso de cataplasma⁵⁵ de linhaça, além do uso de purgantes,

⁵⁴ Para saber mais a respeito das moléstias que acometem o fígado, consultar Chernoviz (1842, p. 1549-40).

⁵⁵ Conforme Chernoviz (1890, p. 500) “as cataplasmas são medicamentos destinados para uso externo, e feitos com farinha de linhaça, fecula, miolo de pão, pós de folhas das plantas, tudo reduzido, por meio de agua ou de algum outro liquido, á consistência de papas espessas. Os effeitos das cataplasmas dependem das propriedades das substancias que entram na sua composição; as que são hoje mais ordinariamente empregadas distinguem-se

cozimentos e ingestão de sucos, como limonada, laranjada, bebidas com xaropes de vinagres ou de tamarindo, entre outros medicamentos. Também era importante manter uma dieta à base de caldo de galinha. A Figura 7 ilustra uma aplicação de sanguessuga.

Figura 7 – Aplicação de sanguessuga



Fonte: Edward George Warris Hulton.⁵⁶

Serão feitos esclarecimentos sobre alguns dos ingredientes usados nas terapias citadas com uso de algumas ilustrações: bicha ou sanguessuga (Figura 7) é um tipo de verme que habita a água doce e é utilizado para sugar o sangue do indivíduo doente a fim de curar moléstias. Cada bicha suga em torno de 15 gramas de sangue. A linhaça é a semente de linho, planta nativa da Europa ocidental e das regiões mediterrâneas (Figura 8), cultivada em torno de oito mil anos. No século XIX, já era plantada em Portugal, na Madeira, na África portuguesa e no Brasil.

em emollientes, resolventes e narcóticas ou calmantes”. Para Moraes e Silva (1789, p.245), cataplasma é um “emplasto, que se applica ao corpo, talvez para unir os beijos das feridas”. Segundo Bluteau (1728), cataplasma é um medicamento composto de ervas, raízes e flores, usadas em alguma parte do corpo para diminuir as dores do enfermo. Conceito semelhante trazido por Pinto (1832) que afirma que cataplasma é um medicamento usado na área externa do corpo. Chernoviz (1842) afirma que os cataplasmas de linhaça são usados para quase todos os tipos de inflamação.

⁵⁶ BBC BRASIL. **Hermafroditas, 32 cérebros e 18 testículos:** as sanguessugas e sua utilização pela medicina. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/geral-37084888>>. Acesso em: 20 out. 2016.

Figura 8 – Linho

Fonte: Chernoviz (1842, p. 779).

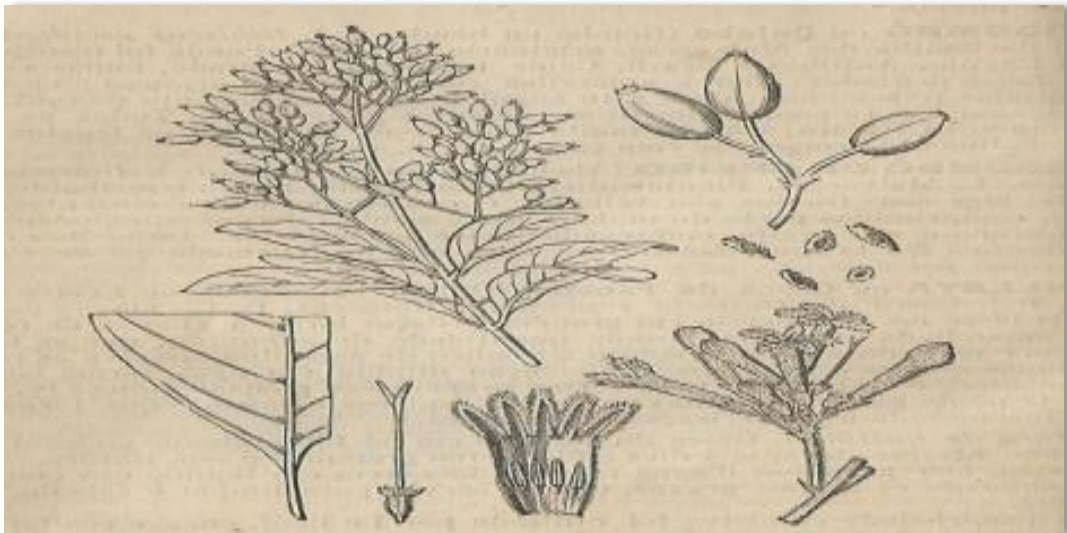
O vinagre, também chamado de ácido acético, é um condimento líquido fabricado por meio da fermentação do ácido, contido, por exemplo, na madeira, em algumas frutas ou no vinho (CHERNOVIZ, 1842; HOUAISS; VILLAR, 2009). A tamareira (Figura 9) é uma “grande árvore das Índias, naturalizada no Brasil e na África portuguesa”, cujo fruto, o tamarindo, é usado para moléstias febris, além de ser laxante (CHERNOVIZ, 1842, p. 1041). Os viajantes naturalistas Spix e Martius (1981), encontraram no Rio de Janeiro no oitocentos, outras plantas originadas das Índias, além da tamareira, que eram cultivadas no Brasil, como a noz moscada, o cravo, a pimenteira e a caramboleira.

Figura 9 – Tamareira

Fonte: Chernoviz (1842, p. 1041).

Outro órgão, o baço, também estava sujeito à inflamação. Apenas um escravo, com apenas 19 anos de idade, acometido por tal moléstia, foi localizado nos inventários. A principal característica, no adoecimento, é o aumento de volume, que se manifestava em consequência de doenças, como febres, sarampo e escarlatina. O aumento do baço pode ocorrer também por influência de outros miasmas⁵⁷, mesmo sem febres. Quando isso ocorria, para tratamento recorria-se a duchas⁵⁸ sobre o hipocôndrio esquerdo⁵⁹. Conforme Chernoviz (1890), o baço volta ao tamanho normal quando a enfermidade é curada. O remédio usado era o sulfato de quinina⁶⁰. Um exemplo é a quina calisaya (Figura 10), que habita a Bolívia e o Peru.

Figura 10 – Quina calysaia



Fonte: Chernoviz (1842, p. 946).

As quininas ou quinas são:

cascas de muitas árvores pertencentes ao gênero *cinchona*, da família das Rubiaceas, que habitam nos Andes do Perú, na Bolívia, na Nova Granada e no Brasil, nas elevações de 1.000 a 3.000 metros acima do nível do mar. Há cerca de 40 espécies de quina, que são árvores ou arbustos, de folhas sempre verdes [...] (CHERNOVIZ, 1842, p. 945).

⁵⁷ Miasmas são “emanações que, se bem que inapreciáveis as mais das vezes pelos processos químicos ou físicos, espalham-se no ar, aderem a certos corpos com maior ou menor tenacidade [...]” (CHERNOVIZ, 1842, p. 1641).

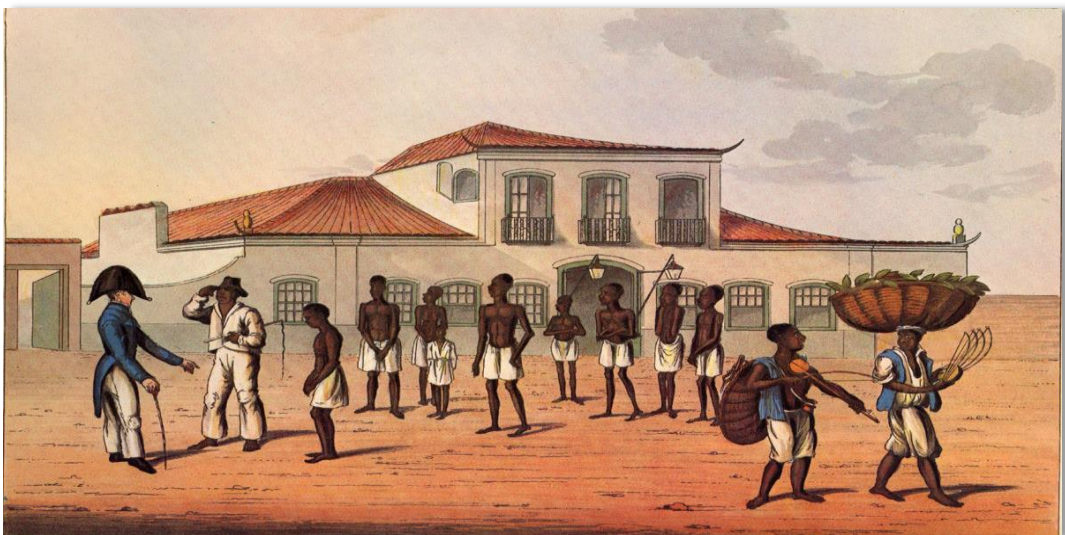
⁵⁸ Diversas moléstias eram tratadas usando a água como recurso terapêutico (CHERNOVIZ, 1842, p. 701).

⁵⁹ Hipocôndrio esquerdo, local onde é localizado o baço (CHERNOVIZ, 1842, p. 1397).

⁶⁰ Sulfato de quinina é um sal resultante da combinação do ácido sulfúrico com a quinina, que é um dos princípios ativos da quina. Tem ação antifebril (CHERNOVIZ, 1842, p. 1026).

Os inventários citam nomes de muitas doenças; no entanto, em alguns manuscritos não se consegue identificar qual doença afligia aquele corpo, como no relato de um escravo doente do nariz e de outro, surdo e mudo. Das 244 moléstias encontradas, entre os escravos estudados 48 deles, 19,6%, estão descritos apenas como doentes, sem nenhuma discriminação da doença. Como no inventário não há identificação do tipo de enfermidade que esses cativos carregavam em seus corpos, restou sem análise a enfermidade de 48 escravos doentes. Conseguiu-se verificar apenas que existia um grande número de jovens acometidos de moléstias, seguidos de crianças e adolescentes. Acima de 40 anos de idade o número de doentes se reduz. Uma possibilidade levantada para essa redução é o aumento da mortalidade acima dessa idade. A Figura 11, com pintura de Henry Chamberlain, retrata escravos doentes.

Figura 11 – Escravos doentes de Henry Chamberlain



Fonte: Enciclopédia Itaú Cultural de Artes Visuais⁶¹

Kodama, Pimenta e Gomes analisam manifestações artísticas de pintores que retratavam o cotidiano dos escravos:

Em conhecida pintura de Henry Chamberlain, *Escravos doentes* (1819-1820), vê-se um grupo de escravos enfileirados diante de um possível comprador ou proprietário no Rio de Janeiro. Imagens de escravos enfermos, vendidos no mercado do Valongo, ou de africanos realizando tratamentos em escravos e libertos nas ruas foram temas também de Debret, Rugendas, Ender e outros viajantes e pintores que produziram gravuras e outras representações iconográficas do Brasil oitocentista (KODAMA; PIMENTA; GOMES, 2012, p. 7).

⁶¹ Disponível em: <<http://enciclopedia.itaucultural.org.br>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

Além dos escravos enfermos, havia aqueles que sofreram acidentes, como é o caso de dois escravos que sofreram queimadura: uma criança de sete anos, que ficou aleijada por causa de acidente com fogo; e um adulto de 35 anos, não se sabe a causa da queimadura.

Chernoviz descreve o tratamento geral para queimadura:

Aplicar sobre a cabeça pannos molhados com água fria, Opio, se houver dôr e espasmo. Tonicos e excitantes, como o vinho ether, chá de hortelã, chá da India bem quente, se houver prostração, se o pulso estiver fraco ou as extremidades frias (CHERNOVIZ, 1842, p. 1718).

Segundo Chernoviz (1842, p. 876), o ópio é o “Sumo gommo-resinoso, concreto, extrahido das cabeças de dormideiras. *Papacersommiferum*. Planta da família das Papaveraceas [...]. Esta planta habita em toda a Europa, é cultivada nos jardins do Brasil, mas até agora não se tem fornecido o ópio, senão no Oriente, onde ele adquire todo o seu desenvolvimento. Conforme Chernoviz (1890, p. 537), “o ópio constitui um dos medicamentos mais preciosos: é o melhor calmante. Em pequena dose acalma as dores e provoca o somno”. O ópio teve uma grande circulação pelos continentes, por ter uma ação medicamentosa de grande importância. Transitou e foi amplamente usado pelos povos das quatro partes do mundo, uma vez que a sua ação analgésica, narcótica e hipnótica faz grande efeito na cura de moléstias (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Estão citados seis escravos que vieram a falecer durante a produção do inventário, mas sem a indicação da causa da morte. Eles estão referidos neste capítulo entre os doentes porque, muito provavelmente, estavam enfermos antes do falecimento, ou sofreram algum trauma repentino que os levou à morte. As únicas informações relevantes sobre eles são a idade: um de 40, outro de 50 anos e uma criança de sete meses de vida; em três deles, foi ocultada a idade; e o preço: cinco deles custavam muito caro. Já os outros, possivelmente por se encontrarem doentes havia uma desvalorização no valor da avaliação. Entretanto, o preço de um deles, por ser muito alto, chamou atenção, isso quer dizer que esse era um escravo forte e apto para qualquer trabalho e que durante a partilha dos bens do inventário, ele veio a falecer.

A Figura 12 ilustra o funeral de um negro na Bahia.

Figura 12 – Enterrement d'un nègre à Bahia



Fonte: Rugendas (1998, pl. 20).

As formas de cura, os procedimentos e os remédios utilizados para recuperação do corpo doente, advindos das quatro partes do mundo, formam um diversificado arsenal terapêutico produzido na época da colonização e que, até hoje, está vivo, o que mostra que ainda há uma memória viva de tais práticas de cura. O trânsito de pessoas, de doenças, de plantas e de técnicas de curas sugere que o Serão da Ressaca era um ambiente mundializado, um encontro de vários saberes, uma mistura cultural de diversos povos e que foi conectado por indivíduos em movimento.

3.2 RESPIRAR É VIVER: MAL E CURA

O foco deste ítem é a abordagem dos males respiratórios⁶² que acometeram os escravos, na Imperial Vila da Vitória, no século XIX. Do universo abordado, encontraram-se 2.159 escravos nos inventários analisados, dentro desse total, foram localizadas 244 doenças. Nesse universo, foram identificados 26 escravos com doenças respiratórias, o que corresponde um percentual de 10,6%, conforme ilustra a Tabela 4.

⁶² Todas as doenças relatadas neste tópico foram obrigatoriamente pesquisadas e definidas nos dicionários Moraes Silva (1789), Bluteau (1728), Chernoviz (1890) e Pinto (1832).

Tabela 4 – Escravos acometidos por doenças respiratórias

Tipo de doença	Quantidade	%
Escravos com doenças respiratórias	26	10,6
Doente do peito	8	3,2
Doente do estalecido	5	2,1
Doente do ar	3	1,2
Asma	2	0,8
Dores nos peitos	2	0,8
Doente da puxeira	1	0,4
Aberto, quebrado o rendido dos peitos	5	2,1
Escravos encontrados	244	100%

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Nos inventários analisados, acha-se citado apenas o nome da enfermidade ou alguma manifestação que o doente apresenta, sem qualquer informação adicional a respeito dos sinais e sintomas.⁶³ A fim de se entender o processo de adoecimento dos escravos, apresentam-se, a seguir, o conceito das doenças, os sinais, os sintomas e indícios inerentes a cada patologia. Para tanto, serão utilizadas literaturas que versam sobre males respiratórios numa perspectiva atual e de séculos anteriores. Além disso, será feita, uma correlação entre as enfermidades, as condições de vida e o trabalho exercido pelos escravos, observando os fatores que eram determinantes ou agravantes para o surgimento de doenças. Propõe-se, ainda, abordar a circularidade das doenças respiratórias na América portuguesa.

Com a finalidade de questionar o número de adoecimentos da escravatura, faz-se necessário entender as misturas das enfermidades no contexto da expansão ibérica, compreendendo que tais males são resultado da mundialização que teve início em 1500. Para Santos Filho (1966, p. 43), “o povoamento e a colonização aumentaram a patologia brasileira, igualando-a à das restantes regiões do globo”.

Com a expansão ibérica, no século XVI, ocorreu o processo de mundialização na América, impulsionado pela vinda dos europeus e dos africanos ao Novo Mundo, isto é, foram abertas as portas para a chegada de outros povos. Este processo conectou sociedades, grupos humanos de diferentes localidades, compartilhando culturas e proporcionando a mistura de povos:

À custa de explorações, de descobertas e de conquistas, os impérios espanhol e português, precipitaram-se ao longo de todo o século XVI, em uma mobilização militar, religiosa e econômica sem precedente [...]. Centenas de milhares de homens e mulheres deslocaram-se, vivendo a emigração ou sofrendo o tráfico negreiro, e com eles acionou-se um movimento incontrolável de objetos, de crenças e de ideias (GRUZINSKI, 2014, p. 52).

⁶³ *Sintomas* são as queixas do paciente a respeito da doença; e *sinais* são as alterações percebidas por quem está examinando.

Nesse sentido, a colonização foi a vilã causadora das enfermidades que se sucederam no Brasil:⁶⁴ tantos os africanos, quanto os europeus trouxeram enfermidades, que se misturaram com as que existiam aqui e continuaram a se alastrar com o contato e mistura de povos (FREITAS, 1935). “É importante ressaltar que, durante o período colonial, tentou-se imputar ao escravo o papel de disseminador de endemias. Mas é verdadeiro que o colonizador branco, antes mesmo dos africanos, já tenha acrescido ao nosso meio gravíssimas doenças [...]” (MIRANDA, 2004, p. 353). A imputação da culpa ao negro decorria de uma forma de discriminação ao negro, pois tudo de ruim que acontecia era atribuído aos descendentes africanos, inclusive o alastramento de doenças. Os negros eram “considerados descendentes de Cã, o filho amaldiçoado de Noé, os africanos teriam sido queimados pelo lugar ‘aberto ao sol’ e, portanto, negros” (IVO, 2012, p. 263).

Nos registros estudados, em relação à idade dos cativos acometidos por males respiratórios, havia uma variação entre 12 e 106 anos; em um dos documentos, a idade foi omitida. Existiam apenas duas crianças, uma de seis e outra de oito anos, e ambas eram tidas como doentes do ar. Quanto ao sexo, seis eram mulheres, e 20 eram homens. Entre os do sexo masculino, um era idoso, com 106 anos de idade. Acredita-se que os escravos de sexo masculino adoeciam com maior frequência por ficarem mais expostos às mudanças climáticas, por exercerem atividades ao ar livre, na roça. Esse idoso, de 106 anos, chamou a atenção durante a pesquisa, pois que, mesmo doente, ainda trabalhava no serviço da roça. Entre as doenças respiratórias, foram encontrados diversos relatos para tais enfermidades com diferentes denominações: aberto dos peitos, quebrado dos peitos, rendido dos peitos, doente do ar, sofre de dor nos peitos e doente do estalecido.

A doença respiratória com maior incidência encontrada nos documentos analisados foi a tuberculose, conhecida como [...] “‘tizica’ (tísica), ‘tizica pulmonar’, ‘moléstia do peito’, ‘tizica escrofulosa’, ‘tizica mesentérica’, ‘tizica abdominal’, ‘phthisicalaryngeana’ e ‘ética’” (KARASCH, 2000, p. 210), também chamada doença do peito (FERREIRA, 2005) e, para aquele que adquiria a tuberculose, “doente do peito” (SANTOS FILHO, 1966, p. 54). De acordo com a Sociedade Brasileira de Infectologia⁶⁵, tuberculose é o nome científico da patologia, e doença do peito é o nome popular.

A expansão ibérica e a circulação de pessoas entre os continentes proporcionaram a transmissão de doenças, entre elas a tuberculose, que se alastrou em virtude da mundialização

⁶⁴ O bócio, as parasitoses e as disenterias são originados no Brasil (FREITAS, 1935), conforme foi abordado no primeiro capítulo.

⁶⁵ TUBERCULOSE. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/>>. Acesso em: 2 jan. 2017.

seiscentista e do comportamento migratório dos indivíduos. As doenças também circulavam, elas iam e vinham de um continente a outro, se alojavam e, muitas vezes, matavam milhares de pessoas.

Nesse contexto, tem-se a tuberculose, que, segundo Santos Filho (1966), era uma doença inexistente antes da colonização, mas foi transmitida pelos europeus aos negros e índios. Conforme Kiple (1984), os negros caribenhos se mostravam suscetíveis às doenças pulmonares, como a tuberculose, por essa ser uma doença de origem europeia. Foram encontrados mais registros históricos de tuberculose em Portugal do que na África, uma vez que é mais fácil de localizar registros em populações que tiveram experiência com a doença do que em países que não a conheciam, já que o contato dos africanos com a tuberculose era relativamente recente. Apesar destas informações serem muito mais ligadas ao Caribe do que a América do Sul, parece que a tuberculose teve um percurso similar nos negros do Brasil.

A tuberculose no século XIX atingiu um grande número de negros caribenhos e continuava crescendo. Com certeza a nutrição pobre era um fator para adquirir a tuberculose, já a dieta com alto teor de proteína era capaz de prevenir a doença. Os africanos consumiam pouca proteína, uma vez que a cultura também tinha um papel importante, que levavam os africanos a não consumir a proteína completa. Por exemplo, no norte da África, o gado podia ser criado, mas mesmo assim a carne não era amplamente consumida, porque o gado, o rebanho, era considerado um sinal de riqueza e não era visto como alimento. Em outros lugares da África o consumo de carne era visto como uma extravagância e um desperdício. Outro exemplo de baixa ingestão de proteína era o pequeno consumo de frango, pois era considerado um desperdício comer um frango que colocava ovos, mas também era desperdício consumir ovos, pois eles se tornam outros frangos, dado que para essa população era mais próspero ter muitos frangos do que consumi-los. Além disso, havia tabus contra o consumo de ovos por causa da convicção de eles causavam esterilidade nas mulheres. Como consequência muitos africanos do ocidente não tomaram vantagem em relação a essas fontes de proteínas que estavam tão disponíveis para eles (KIPLE, 1984). Entretanto, acredita-se que essa baixa ingestão proteica não ocorreu nos escravos do Sertão da Ressaca, uma vez que os escravos se alimentavam de proteína animal, tinham abundância de raízes para comer, além de um maior consumo de fontes de vitaminas por meio da ingestão de frutas.

Contudo, a tuberculose se alastrou no Novo Mundo, independente da “qualidade” ou “condição” do indivíduo, por ser uma enfermidade de fácil contágio – basta inalar gotículas contendo a bactéria, que pode se originar de uma tosse, espirro ou fala de uma pessoa contaminada. É transmitida por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, que

foi descrita em 1882 por Robert Koch, mas cuja cura foi descoberta apenas no século XX (KRITSKI, 2001).

Na pesquisa, foram localizados oito tuberculosos, seis deles descritos como “doente dos peitos”, um “tuberculosa adiantada” e outro “doente dos peitos e descadeirado” (Quadro 2).

Quadro 2 – Escravos tuberculosos

NOME	IDADE	OCUPAÇÃO	DISCRIMINAÇÃO DA DOENÇA
Manoel	20	Aprendiz de carpina	“Doente dos peitos”
Jose	30	Serviço da roça	“Doente dos peitos”
Agostinho	35	_____	Tuberculose adiantada
Jozé	40	_____	“Doente dos peitos” e descadeirado
Antonio	41	_____	“Doente dos peitos”
Victorino	45	_____	“Doente dos peitos”
Jose	50	_____	“Doente dos peitos”
Felipe	Não declarada	Serviço da roça	“Doente dos peitos”

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Ressalta-se no Quadro 2 a ocupação dos escravos, que deixava seus corpos ainda mais expostos às intempéries, o que muito provavelmente levava ao agravamento da enfermidade. Em cinco casos, na relação dos escravos não consta o ofício desempenhado por eles, provavelmente porque executavam vários tipos de serviços, tanto o doméstico, quanto o da roça, ou porque não estivessem trabalhando por causa da doença.

Na elaboração dos quadros desta tese, tomou-se a decisão de nomear os escravos, por considerar que o trabalho analisa seres humanos, e não números. Os cativos são tratados pelos nomes próprios, pois são memórias de um povo que foi escravizado e que está registrado nos inventários, fonte utilizada para a pesquisa. Le Goff (2003) afirma que os documentos são usados para construir a história e avocar a memória, portanto estão sendo usados para desenvolver uma parte da história dos cativos da Imperial Vila da Vitória. Além de estar discorrendo sobre trajetórias de doenças, tenta-se trazer para o presente migalhas, fagulhas das memórias dessas pessoas que foram escravizadas.

A tuberculose, conhecida como “tísica”, também doença infectocontagiosa, de fácil contágio e de origem europeia, matou muitas pessoas e se alastrou como uma verdadeira epidemia no Brasil. É uma enfermidade que prevaleceu em grande número nos inventários analisados. Estar presente no Sertão da Ressaca significa que este foi um ambiente mundializado e que recebeu agentes oriundos dos outros continentes.

Para Karasch (2000, p. 10), a tuberculose era a principal moléstia, a que mais se manifestava e a que mais matava escravos no Rio de Janeiro no século XIX. Da mesma

forma, a doença se manifestou com grande intensidade na cidade de Salvador na Bahia, na primeira metade do século XIX, conforme Barreto e Pimenta:

A tísica ou tuberculose pulmonar atingia, sobretudo, os soteropolitanos e crescera 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 (BARRETO; PIMENTA, 2013, p. 83).

No século XIX, Chernoviz, (1842) definiu tuberculose como uma doença que diminui gradativamente as forças do enfermo, junto com o emagrecimento progressivo, ocasionado pela presença de tubérculos nos pulmões. Ocorrem tosses com secreção – escarros –, acompanhadas de tosse seca, que pode durar muito tempo, até anos. Posteriormente aparecem febres, dores nos peitos, suores intensos e, por último, tosse com expectoração e presença de sangue:

TISICA ou **Phthisica**. A moléstia de que nos vamos occupar é designada frequentemente pelo nome de *moléstia do peito*, e esta denominação é devida talvez a essa supremacia da faculdade de destruir que a distingue, e que faz esquecer perante ella as outras affecções menos perigosas do peito. A tísica consiste no desenvolvimento de tubérculos nos pulmões [...]. Entre as causas da tísica, deve-se pôr em primeira linha o frio humido, que actua de uma maneira lenta e contínua. A influencia d'esta causa é demonstrada por provas incontestáveis: assim, nos climas mui calidos os exemplos da tísica são mais raros do que nas regiões frias: ha também menos tísicos nas altas montanhas, onde o ar é secco, do que nos vâlle em que é humido. A má alimentação, insufficiente, a reunião de grande numero de individuos n'um pequeno espaço, a respiração do ar impuro, a privação dos raios solares, a falta de exercício, as paixões tristes, os excessos de todo o gênero, são outras tantas causas que, actuando sobre um individuo *predisposto* á tísica, a produzem infalivelmente (CHERNOVIZ, 1890, p. 1092).

Existiam alguns conceitos sobre a tuberculose antes do Oitocentos: “doença causada de chaga no bofe”⁶⁶ (MORAES SILVA, 1789, p. 461), caracterizada por tosses intensas, acompanhadas de sangue. Tal enfermidade “toma-se geralmente por qualquer atenuação, e emaciação do corpo, mas particularmente por aquella consumpção, que procede de chagas no bofe” (BLUTEAU, 1728, p. 177).

Na atualidade, Kritski (2001) conceitua tuberculose como sendo uma doença infectocontagiosa;⁶⁷ um mal cujo risco de transmissão é grande, principalmente se o doente

⁶⁶ Segundo Chernoviz (1890), bofe e pulmão são o mesmo órgão.

⁶⁷ Doenças infectocontagiosas são doenças transmissíveis por contato com indivíduos infectados, são causadas por um agente biológico como vírus, bactérias ou parasitas.

fica em contato com outros indivíduos em ambientes com pouca ventilação. Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia (não paginado), a tuberculose é uma doença grave, transmitida pelo ar e pode acometer todos os órgãos do corpo, principalmente os pulmões.⁶⁸ Essa informação explica por que o ambiente onde eram alojados os escravos propiciava a proliferação da tísica, já que consistiam em aposentos pequenos, facilitadores do contágio, levando-se em conta que a transmissão ocorria por meio de secreções de pessoas contaminadas, como tosses e espirros. Conforme Slenes (1999), as senzalas eram como galpões, divididos em cubículos ou cabanas individuais. Havia, inclusive, senzalas desprovidas de janelas, de modo que, com a falta de ventilação, a tuberculose era transmitida com maior facilidade, pois que todos os escravos respiravam no mesmo ambiente, facilitando a disseminação da doença. Paty do Alferes (1878) sugeria que os escravos deveriam ser mantidos em local sem umidade para manutenção da saúde e do bem-estar. Entretanto, alguns agricultores mantinham os cativos em habitações úmidas e pouco arejadas, o que favorecia o aparecimento de moléstias. Conforme Miranda, (2004), nos tempos do Brasil colônia, a tuberculose era uma enfermidade que afetava bastante a população escrava.

Transportada através de secreções respiratórias e expelida pelos espirros, pela fala ou por qualquer outro esforço respiratório, a tuberculose, rapidamente, propagou-se pelas senzalas e pelos alojamentos escuros e úmidos dos sobrados urbanos. Conhecida na época como “sangue pela boca”, “chagas dos bofes” ou “tísica”, a tuberculose apresentava sintomas variados e provocava nos cativos: astenia, febre, perda de peso, suores noturnos, tosse, expectoração, rouquidão, dores torácicas e, por fim, a morte (MIRANDA, 2004, p. 360).

Outro mal em destaque nos inventários foi a asma: três cativos apresentavam essa enfermidade, sendo que, em um dos documentos, o escravo enfermo é descrito como doente da puxeira, que podia ser asma ou bronquite (NASCIMENTO, 2003; COSTA NETO; PACHECO, 2005); os outros dois são caracterizados como doentes de asma. É importante salientar o levantamento de mais três escravos “doentes do ar”, mas não é possível afirmar que eles sofriam de asma ou bronquite, pois não se encontrou esse termo na bibliografia consultada. Infere-se que ser “doente do ar” é estar acometido por alguma patologia que afeta o sistema respiratório, não se sabendo, ao certo, a especificidade desse mal. Entretanto, há uma grande possibilidade de “doente do ar” ser asma ou bronquite, pois foram encontradas

⁶⁸ No século XIX, já se sabia da existência de outros tipos de tuberculose, embora a pulmonar fosse a mais comum. “Um número menor de casos compreendia os nodos linfáticos no pescoço (‘tizicaescrofulosa’ ou ‘scrofula’) ou estômago e intestinos (‘tizica mesentérica’)” (KARASCH, 2000, p. 210).

duas crianças com esse mal, de 6 de 8 anos, pois são doenças muito comum em crianças, mas que, também, afeta adultos e idosos (Quadro 3).

Quadro 3 – Escravos com asma, puxeira e doença do ar

NOME	IDADE	OCUPAÇÃO	DISCRIMINAÇÃO DA DOENÇA
Geronima	6 anos	—	Doente do ar
Braz	53 anos	Serviço de carpina	Doente do ar
Joaquim	8 anos	—	Doente do ar
Calista	40 anos	—	Doente da puxeira
Venancia	24 anos	—	Sofre de asma
Clementina	22 anos	—	Doente de asthma

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Chernoviz conceitua a asma como:

ASTHMA. Molestia nervosa, caracterizada por acessos de dyspnea, que se reproduzem em épocas irregulares, frequentes vezes mui afastadas, e no intervalo dos quaes os individuos gozam de saude perfeita. Os acessos duram desde alguns minutos até muitas horas (CHERNOVIZ, 1842, p. 1389).

No que concerne à bronquite, Chernoviz (1842, p. 1410) a conceitua como “bronchite ou Catharro pulmonar. Inflamação da membrana que forra as vias aereas (bronchios)”, que pode desencadear febre; tosse frequente com expectoração, pele seca ou suor intenso. Conforme Miranda (2004), o corpo, quando fica exposto às variações de temperatura, como chuva, frio, poeira e, também, a trabalhos fatigantes, fica suscetível a adquirir males respiratórios, como gripes, bronquites e pneumonias.

Na literatura contemporânea, a asma é definida como uma inflamação das vias aéreas, caracterizada pelo estreitamento dos brônquios, o que faz gerar dificuldade do fluxo respiratório. Já a bronquite é a inflamação dos brônquios. Ambas as patologias apresentam sintomas semelhantes, manifestam-se com episódios de falta de ar, cansaço, chiado no peito, associados à tosse seca ou produtiva persistente (SILVA, 2001; RUFINO, 2001). Alguns fatores coadjuvantes que potencializam os sintomas dessas duas enfermidades são infecções respiratórias virais, baixo peso ao nascer – o que justifica a presença de duas crianças entre os asmáticos –, condições alimentares precárias e parasitoses. Com tais agravantes, o indivíduo continua apresentando a doença na idade adulta e se agrava com o avançar da idade e na velhice.

Além dessas informações, entre os 26 escravos acometidos com doenças respiratórias, foram localizados na documentação cinco escravos relatados como doente do estalecido

(Quadro 4). Tal moléstia é relacionada por Aulete (1964, p. 1590) a “asmático; doente do peito”, ou seja, não se pode determinar qual das duas moléstias ele carrega no corpo, se asma ou tuberculose.

Quadro 4 – Escravos doentes do estalecido

NOME	IDADE	OCUPAÇÃO	DISCRIMINAÇÃO DA DOENÇA
Andre	36 anos	—	Doente do estalecido
Antonio	106 anos	Serviço da roça	Doente do estalecido
francisca	12 anos	—	Doente do estalecido
Domingas	30 anos	—	Doente do estalecido
João	25 anos	—	Doente do estalecido

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

O fato de não saber se o doente do estalecido portava asma ou tuberculose dificultou bastante a análise, pois a asma é uma doença que se desenvolve normalmente na infância e é mantida na idade adulta, principalmente se as condições de alimentação, moradia e vestimenta não forem satisfatórias. Já a tuberculose é uma doença adquirida por contato com outras pessoas, é proveniente do trânsito de enfermidades e se espalhou com facilidade entre os povos. Observa-se, no quadro, que os cativos têm idades variadas, jovens, adultos e idosos, e que o comprometimento respiratório existe. Mas como nos inventários não se descrevem detalhes sobre a doença, não se pode afirmar ao certo se é asma ou tuberculose. Observa-se também que apenas o ofício de um deles é mencionado, não se sabe se é porque os outros exerciam diversos trabalhos ou se é porque já não estavam na labuta por debilidade causada pela enfermidade.

Foram encontrados cinco cativos com problemas respiratórios, dos quais não se sabe ao certo a definição da patologia. Eles vêm descritos como aberto dos peitos, quebrado dos peitos, rendido dos peitos ou atacado dos peitos como se visualiza no Quadro 5. Tais enfermidades são caracterizadas por debilitarem demasiadamente o doente, todas vêm acompanhadas de febre, tosse, catarro, dores no peito e falta de ar.

Quadro 5 – Outras doenças respiratórias nos escravos

NOME	IDADE	OCUPAÇÃO	DISCRIMINAÇÃO DA DOENÇA
Vicente	50 anos	Serviço da roça	Quebrado dos peitos
Timoteo	48 anos	Vaqueiro	Rendido dos peitos e das cadeiras
Fancisco	48 anos	—	Atacado dos peitos e sem uma perna
Manoel	38 anos	Serviço da roça	Aberto dos peitos
Severino	35 anos	Oficial de carpina	Aberto dos peitos e atacado das juntas

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

É notório que a maioria dos cativos exercia atividades na roça, o que deixava seus corpos expostos às mudanças climáticas, além do cansaço físico. Com tais agravantes, os escravos ficavam mais suscetíveis a adquirir males respiratórios. Não tem como afirmar de forma categórica qual doença respiratória eles tinham, se adoeciam devido às condições de vida ou por contágio com enfermidades oriundas de outros continentes que chegaram na Imperial Vila da Vitória pelo trânsito de pessoas e, conseqüentemente, de enfermidades.

Há dois cativos descritos nos inventários que sentem dores no peito (Quadro 6), mas não se sabe que patologia carregam em seu corpo, pois dor no peito existe em várias doenças respiratórias, como bronquite, pleurite, pneumonia, tuberculose ou pleurodinia, de acordo com Chernoviz (1842).

Quadro 6 – Escravos com dores no peito

NOME	IDADE	OCUPAÇÃO	DISCRIMINAÇÃO DA DOENÇA
Grigorio	38 anos	_____	Dor nos peitos e calores de cadeiras
Jorge	30 anos	_____	Padece de dores no peito periódicas

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

O ambiente de trabalho dos cativos – no caso da Imperial Vila da Vitória, o local da labuta se concentrava nas fazendas de agricultura e pecuária – era o mesmo em que se alimentavam e descansavam. Na grande maioria das vezes, ficavam expostos ao frio e à chuva, o que facilitava o aparecimento de diversas enfermidades, como pleurites e pneumonias.

No século XIX, chamava-se pleurite a “inflamação da pleura, membrana que reveste os pulmões” (CHERNOVIZ, 1842, p. 1708), e pneumonia a “inflamação do tecido pulmonar” (CHERNOVIZ, 1842, p. 1711). Os sintomas da pleurite são dor de um dos lados do tórax, dificuldade em respirar, tosse (com pouca secreção ou seca) e febre, podendo ocorrer derramamento de líquido na cavidade pleural, enquanto na pneumonia, ocorrem calafrios, febres, delírios, dor no peito, respiração acelerada, tosse com secreção e diminuição das forças do corpo (CHERNOVIZ, 1842).

Atualmente, entende-se pleurite como a inflamação da pleura, que vem acompanhada de dor intensa no tórax e pode ser seguida de derrame pleural.⁶⁹ Sabe-se que, se vier seguida de derrame pleural, a pleurite pode ser consequência de problemas como infecção, neoplasia ou tromboembolismo pulmonar (NEVES; SILVA JUNIOR; CHIBANTE, 2001, p. 185). No

⁶⁹ “Síndrome clínica que pode acompanhar diversas doenças, quer primárias da pleura, quer secundárias a lesões do parênquima pulmonar ou a enfermidades sistêmicas” (NEVES; SILVA JUNIOR; CHIBANTE, 2001, p. 185). Ela é conhecida como água no pulmão, é o nome dado ao acúmulo de líquido na pleura.

que diz respeito à pneumonia, hoje em dia se sabe que os agentes responsáveis pela contaminação são as bactérias, os vírus ou os fungos (CARDOSO, 2001). Outra doença, a pleurodinia, que vinha acompanhada de algias, era caracterizada como “dôr rheumatica dos músculos das paredes thoracicas” (CHERNOVIZ, 1842, p. 1710). Atualmente entende-se que tal doença é uma infecção por vírus, sendo caracterizada por crises de dor torácica lancinante.

Em se tratando de doenças respiratórias, algumas delas, como asma, bronquites são não transmissíveis, mas outras, como pneumonias e tuberculoses, ou, mesmo, gripes, são transmissíveis. As transmissíveis encontraram, com a expansão ibérica, uma forma de migrarem de um continente para o outro, se alastrando de uma pessoa para a outra. As condições de vida e higiene no Oitocentos facilitaram tal contágio, e a falta de remédios específicos para a cura proporcionou a proliferação da enfermidade na América portuguesa. Já para as doenças do trato respiratório não transmissíveis, como asma e bronquite, havia uma piora do quadro se ficassem expostos às intempéries do tempo e se não se alimentassem bem, uma vez que a debilidade do corpo favorecia o aparecimento de males, além de facilitarem o contágio de vírus e bactérias.

Para Barreto e Pimenta (2013), as doenças do sistema respiratório – especialmente as bronquites e pneumonias, à exceção da tuberculose –, estão em sexto lugar na Bahia no século XIX, como as que mais afetavam e matavam a população escrava:

Muitas doenças do sistema respiratório, como asma, bronquite, pneumonia e pulmonite, figuravam no rol das doenças longitudinais (endêmicas e crônicas) e, por vezes, ganhavam a forma epidêmica, como a epidemia de catarro brônquico, em 1842, e da coqueluche, em 1844 (BARRETO; PIMENTA, 2013, p. 86 e 87).

Conforme as autoras, nos períodos que compreenderam os anos de 1830 a 1845 a Bahia viveu uma grande crise econômica, provocando aumento do preço e escassez de alimento, de modo que a nutrição dos escravos se tornava ainda pior. Crescia, então, a incidência de doenças motivadas pela falta de comida, associada às condições precárias de vida e à desgastante jornada de trabalho. Essa realidade podia ser confirmada em outras localidades, como Salvador e Vassouras, conforme Falci (2004) demonstra no estudo comparando a saúde e morte de mulheres escravas no século XIX no Brasil. Não se sabe até que ponto esse episódio pode ter refletido na saúde dos escravos da Imperial Vila da Vitória. No trabalho na roça, os escravos ficavam expostos ao sol e à chuva e, com o corpo debilitado, se encontravam mais vulneráveis a adquirir males respiratórios.

As diversas doenças respiratórias localizadas nos escravos da Imperial Vila da Vitória eram em razão de fatores, como susceptibilidade à doença e falta de resistência, decorrentes do trabalho pesado e poucas vestimentas, o que proporcionava vulnerabilidade e adoecimento. Conforme Neves (2012), no Sertão da Bahia do século XIX, os escravos usavam apenas calças e ficavam com o tórax descoberto. Tanajura (1992) afirma que a característica do clima era o frio com garoas e fortes ventos. Esses fatores propiciavam um maior acometimento de moléstias respiratórias. A questão do frio, não foi uma questão observada apenas nos escravos do Sertão da Ressaca, ela foi descrita por Kiple (1984) como fator de predisposição de adoecimentos de negros caribenhos, o autor relata que os negros eram frequentemente afetados pelo frio e sofriam com isso muito mais que os brancos. Outro fator era o contágio de enfermidades trazidas por outras pessoas que circularam no Sertão da Ressaca. Indivíduos que vieram de outros continentes chegaram aqui e, com o contato com as pessoas locais, houve o contágio de enfermidades e a circulação de males, alastrando doenças por toda a localidade.

Segundo Ferreira (1735), os mineiros, em razão da permanência na água por grandes períodos – alguns deles em locais subterrâneos –, adquirem males respiratórios com frequência. Para Leite (1996), a grande maioria das doenças relatadas em seu livro está relacionada ao trabalho do escravo na mineração. Para Furtado (2002), além do longo tempo dentro das águas dos rios para a atividade da mineração, outros fatores, como mudanças no clima, má alimentação e moradia precária, favoreciam o aparecimento de doenças respiratórias, uma vez que o trabalho insalubre pode adoecer um indivíduo ou agravar uma doença pré-existente. Na documentação analisada, foram encontrados três escravos que exerciam o ofício de mineração, todos descritos como aptos para o trabalho, sem qualquer relato de doenças.⁷⁰ Entretanto, a ocupação de maior destaque na Imperial Vila da Vitória era a agricultura, que se tornou a principal atividade econômica da região. No Oitocentos, a Imperial Vila da Vitória dispunha de uma importante área de lavoura, onde se cultivavam algodão, mandioca, cana-de-açúcar, café e, no caso das grandes fazendas, a pecuária (IVO, 2004, 2012; SOUZA, 1996).

A saúde do cativo se tornava ainda mais frágil quando, além de uma doença respiratória, ele carregava outro mal em seu corpo. Nos documentos analisados, foram encontrados cinco escravos nessas circunstâncias, conforme demonstrado no Quadro 1: Timoteo, que, além de rendido do peito, era rendido das cadeiras; Severino, aberto do peito e atacado das juntas; Grigorio, que sofria de dores no peito e de calores nas cadeiras; Francisco,

⁷⁰ Arquivo do Fórum João Mangabeira: Caixa Inventário (1880 a 1885), Inventário do Capitão Lidório José Vieira (1880).

que era atacado do peito e não tinha uma perna; e Jozé, que era doente do peito e descadeirado. Desse modo, o acúmulo de enfermidades debilitava ainda mais o estado de saúde dos escravos (FERREIRA, 1735; CARDOSO, 2001).

Diversas doenças respiratórias estiveram presentes na vida dos escravos, por isso, é relevante fazer um levantamento de que maneira essas enfermidades se manifestavam e como eram tratadas, para, a seguir, fazer uma abordagem sobre o tratamento receitado pelos curadores no Oitocentos. A doença eram percebida na época como uma disfunção nos humores e o tratamento dependia dos sintomas das enfermidades, os medicamentos para a cura de diferentes doenças respiratórias se assemelhavam. Para estudo do tratamento, foram utilizadas bibliografias que versam sobre os procedimentos utilizados para a cura do doente no Oitocentos.

Iniciando com uma exemplificação, em Ferreira (1735), pôde-se encontrar o relato de um escravo doente, que apresentava febre, dores no peito e tosse com escarros de sangue. O tratamento teve como base a purga – resina de batata de três quartos de peso e lambedor de aguardente – remédio feito no fogo com aguardente do reino e açúcar, a ser ingerido pelo doente de três a quatro vezes ao dia, para expectoração de catarros. Essa prescrição, somada aos bons tratos, fez com que o cativo se recuperasse. Desta forma, inquirindo sobre os remédios usados para fazer lambedores e a origem de cada um deles, verificou-se, em Houaiss e Villar (2009), que a batata é nativa da Bolívia e Peru, mas é cultivada mundialmente. Já a aguardente, feita de cana-de-açúcar, é uma planta nativa da Ásia e muito cultivada no Brasil; fornece o açúcar muito usado para adoçar os medicamentos. Sousa (2000) afirma que a cana veio da Espanha para o Brasil e se adaptou extremamente bem ao clima do Novo Mundo.

Cada produto utilizado para compor os medicamentos usados para sanar um mal respiratório originou-se de um local diferente. As plantas entraram e saíram do Brasil, o que demonstra que não houve somente circulação de doenças, mas, também, de técnicas de curas, trazendo e levando conhecimentos, ervas, plantas de um continente para outro, num encontro substancial entre os povos das quatro partes do mundo. Concorda-se com Paiva (2006, p. 1) quando afirma que pessoas de diferentes continentes “mediaram culturas por meio do tráfico da natureza e do maravilhoso, assim como, em alguns casos, ajudaram a montar verdadeiros laboratórios de adequação e de ajuste biológico e cultural”.

Sobre as resinas, Chernoviz (1890, p. 963-964) as define como “produtos vegetaes que manam naturalmente, ou por incisões feitas nas cascas ou nos fructos de muitos vegetaes [...]. Em geral as resinas são estimulantes, algumas são purgativas outras causticas”. O lambedor é um “Medicamento liquido composto da infusão de alguma planta misturada com um xarope.

Dá-se também o nome de lambedor a um simples xarope, uma emulsão, um loock, ou a qualquer outra poção doce” (CHERNOVIZ, 1890, p. 273).

Dá-se o nome de *expectorantes* a certos medicamentos estimulantes que exercem acção especial sobre a membrana mucosa do aparelho pulmonar, e favorecem a expulsão das matérias contidas nos canaes bronchicos. São os seguintes: polygala amarga, inula campana, poaya em pequena dose, scilla, hysopo, hera terrestre, violas, balsamo de Tolu, balsamo peruviano, terebinthina, alcatrão, kermes mineral, tartaro emético (CHERNOVIZ, 1890, p. 1079).

Quando o doente apresenta sintomas evidentes de males respiratórios, com fortes tosses, catarros, febre, prostração e dores nos peitos, a indicação de Ferreira (1735) é o uso de expectorantes de lambedores e tudo mais que possa ajudar o peitoral a lançar fora a secreção através de escarros. O lambedor de aguardente do reino é considerado por ele o mais eficiente, pois sua composição auxilia na expectoração, o que reduz as dores nos peitos. As emulsões – cozimentos feitos de chicória ou almeirão, adoçadas ou não com açúcar – também eram de grande valia nesses casos, quando havia febre ardente, acompanhada ou não de tosse, ou quando não havia febre, mas a tosse estava presente. Para a emulsão, a chicória (Figura 13), também denominada almeirão, é uma planta originada de Portugal e foi cultivada e muito usada no Brasil como planta medicinal.

Figura 13 – Chicória



Fonte: Chernoviz (1842, p. 478).

São demonstrações de que os saberes das quatro partes do mundo se encontraram para curar doenças no Novo Mundo. Almeida (2010, p. 107) afirma que “[...] o trânsito da natureza

efetivou-se entre os mundos dados a conhecer pelas empreitadas dos viajantes europeus e de tantos que aqui vieram ter. *Naturalia e mirabilia* cruzam os oceanos e se instalam em outras terras”.

Os males que acometem os pulmões e afetam a respiração deveriam ser tratados com remédios quentes e expectorantes. Para as doenças respiratórias acompanhadas de tosses, dores no peito e muita secreção eram ministrados remédios que ajudassem o doente na expectoração, uma vez que a melhora é mais rápida e eficiente com a diminuição do catarro. Ferreira (1735) apresenta diversas receitas de remédios para esses males, cujas propostas visam a acabar com os humores dos enfermos, de modo a eliminar as secreções espessas e aliviar os sintomas. Os remédios ministrados aos enfermos para a cura de doenças respiratórias eram misturas de ervas e de plantas vindas das quatro partes do mundo. Ratificase a teoria de que a mundialização iniciada no século XVI proporcionou um verdadeiro trânsito⁷¹ das diversas artes da cura, uma vez que o encontro entre os povos permitiu a circularidade de pessoas, de culturas e de diferentes práticas de cura.

Deve-se ter especial atenção quando um homem sente dores no peito, já que este é o lugar onde residem órgãos importantes, como o coração e o bofe.⁷² Neste caso, o doente necessita de atendimento urgente, pois sua vida corre perigo. O autor argumenta que se há “[...] falta na respiração, me parecia estarem os humores embebidos nos brônquios do bofe”, quer dizer, o peito está cheio de catarro (FERREIRA, 1735, p. 275).

Um dos agravantes das doenças respiratórias é a pontada pleurítica, que vem acompanhada de dor no peito e sintomas, como boca amarga, falta de apetite, estômago duro, ânsia e vômitos. Segundo o autor, “costumam, pela maior parte, as pontadas pleuríticas degenerarem em catarrões” (FERREIRA, 1735, p. 257), por isso a necessidade de medicamentos para a expectoração, pois, eliminada a secreção, os demais sintomas, como febre, falta de ar, dor no peito e prostração irão melhorar.

Conforme Figueiredo (2008), no Oitocentos, a grande maioria dos estudiosos da medicina defendia a sangria como tratamento de escolha para as patologias, pois se acreditava que esse procedimento restaurava o equilíbrio do corpo. Ferreira (1735) era contrário a essa prática, argumentando que tal método – quando usado sem ressalvas – enfraquecia o enfermo e podia levá-lo à morte. Embora usasse a técnica da sangria, ele propunha que o tratamento fosse utilizado com muita moderação e cautela, observando a real necessidade, a depender da

⁷¹ Percebe-se uma perspectiva de trânsitos ao ler autores como Gruzinski (2014), Thornton (2004), Paiva (2006, 2012) e Almeida (2010).

⁷² Segundo Chernoviz (1890), bofe e pulmão são o mesmo órgão.

doença, e a duração, pois esse processo não poderia se estender por muitos dias. Para Chernoviz (1890, p. 944), as sangrias eram empregadas especialmente quando havia moléstias inflamatórias acompanhadas de febre, mas “um esfriamento geral, desmaio, ou fraqueza considerável, impedem commummente a sangrina”.

Os remédios eram elaborados de acordo com a moléstia. Para a tuberculose, eram ministrados lambedores feitos com mel, poejo, agrião, raiz de capim santo e alho, que poderiam ser consumidos após 24 horas de sua feitura, três vezes ao dia, até a ausência dos sintomas. Também eram usados remédios caseiros – ervas e plantas medicinais – indicados por curandeiros, a quem, muitas vezes, os enfermos recorriam (SANTOS, 2013). Entretanto, tais cuidados de nada adiantavam e os curadores ficavam impotentes perante a tuberculose, que matou muitas pessoas – tanto das classes abastadas quanto da escravatura –, já que era uma doença, que, além de muito comum, acometia demasiadamente a população do Brasil no século XIX e se alastrou como uma epidemia. “Em muitos casos, as famílias aceitavam a moléstia como uma manifestação da vontade divina, admitindo o infortúnio com passividade e resignação” (MIRANDA, 2004, p. 361).

O Sertão da Ressaca também tinha seus curandeiros, que eram africanos ou indígenas, e eram personagens próprios de um espaço mundializado,⁷³ com trocas culturais, com circulação de doenças e trânsitos da arte de curar. Os medicamentos usados no Oitocentos feitos com mel, poejo, agrião, raiz de capim santo e alho, que eram utilizados na reabilitação do enfermo, ainda são usados nesse Sertão adentro, mostrando que a arte de curar é uma memória viva, uma vez que ainda é praticada no Brasil e, portanto, vive na memória da população. Conforme afirma Halbwachs (2003), se a memória for sustentada por um grupo vivo, ela permanece. Mesmo nos grandes centros urbanos, alguns remédios naturais, como a folha de sene, ainda são usados para expectoração de secreções. Tais plantas não são receitadas por médicos, mas são repassadas de pessoas para pessoas como uma forma de tratamento que os povos antigos usavam e que vigoram até hoje, provando que essa memória da prática de curar ainda está viva. Importante ressaltar que a folha de sene é um arbusto originado do Egito, Arábia e Síria, pela mundialização e pelo trânsito de pessoas, veio para o Brasil e compôs o arsenal terapêutico utilizado até os dias atuais.

Quanto ao agrião, existem três tipos: o agrião da Índia, que cresce na Índia e na América Meridional; o agrião ordinário, muito comum na Europa, também cultivado no Brasil (Figura 14); e o agrião do Pará, originado e cultivado na França (Figura 15). O poejo

⁷³ Ivo (2012) demonstrou um Sertão mundializado ao analisar o trânsito de comerciante em Minas e Bahia no século XVIII.

habita tanto no Brasil quanto em Portugal, mas é originado de Portugal. O capim santo ou capim cheiroso é uma erva nativa do Brasil, e o alho veio da Ásia Central (CHERNOVIZ, 1842; HOUAISS; VILLAR, 2009; SOUSA, 2000). Esses ingredientes usados para fazer medicamentos e originados de locais diferentes vieram para o Brasil, junto com diferentes técnicas de curas trazidas por pessoas oriundas de outras partes do mundo. Tais receitas foram aprendidas porque houve um processo de mundialização iniciado no século XVI. O mundo passou por trocas de culturas, de receitas e de ervas que viajaram por todo o mundo e constituíram um arsenal terapêutico usado por todos os continentes. Ratifica-se, assim, a argumentação de Paiva (2012) de que circularam gente, conhecimentos técnicos, objetos, fauna e flora em dimensões inéditas, o que possibilitou uma mistura de coisas e de conhecimentos na América portuguesa.

Figura 14 – Agrião ordinário



Fonte: Chernoviz (1842, p. 253).

Figura 15 – Agrião do Pará



Fonte: Chernoviz (1842, p. 254).

Acerca da origem dessas ervas e plantas, sabe-se que nem todas eram oriundas do Brasil; a atividade navegadora é que possibilitou a migração da flora de outras partes do mundo para o Brasil e o mesmo aconteceu do Brasil para outros países. Nesse sentido, Almeida esclarece que:

Disseminam-se frutas que alimentam e que curam, ervas alimentícias e de curar, drogas que alteram os sentidos. A natureza paradisíaca, embora já alterada, é apropriada e corre pelo mundo, recebendo novos nomes, mesclando-se, conservando ou ampliando seu uso (ALMEIDA, 2010, p. 107).

O trânsito de pessoas que levavam plantas, ervas e práticas de curas aconteceu por todos os continentes, fazendo com que, tanto as pessoas, quanto as plantas e o conhecimento para a cura, circulassem pelos quatro continentes, indo e vindo, ocasionando uma verdadeira mescla de ingredientes e de saberes.

Voltando à cura da tísica, para Chernoviz (1842), a primeira providência para o tratamento do tuberculoso é colocar o indivíduo enfermo em melhores condições climáticas e habitacionais, de preferência no campo, em local amplo, com uma boa quantidade e variedade de comidas. Depois dessa instrução é que é receitada uma diversidade de xaropes e emulsões para auxiliar na recuperação do paciente.

Em relação às puxeiras – que podiam ser asma ou bronquites –, Ferreira (1735, p. 369) expõe receitas de alguns remédios, cujo principal objetivo é a expectoração. Entre elas cita: “em uma tigela de caldo-de-galinha se deite espírito de tabaco de três até doze pingas, se tome em jejum e de tarde [...]”. Discorre também sobre a asma seca – sem catarros, mas com grande falta de ar –, para cujo tratamento o enfermo deveria colocar os pés em água quente. Uma droga muito usada no Sertão da Ressaca para enfermidades respiratórias, especialmente asma e bronquites, era uma leguminosa denominada mulungu, que segundo Tanajura (1992), era eficaz para a cura dessa moléstia.

Para o tratamento da asma, no século XIX, Chernoviz (1842, p. 1389) indica aplicar sinapismos⁷⁴ nas pernas e oferecer, ao doente, água fria com vinagre ou com cinco gotas de láudano de Sydenham⁷⁵. Essas e outras indicações variam de paciente para paciente, pois o que faz efeito em um pode não fazer em outro. É importante também deixar o doente sentado e tirar as roupas que possam constranger o peito; o ambiente de repouso precisa estar higienizado, bem arejado e com as janelas abertas. Entre os intervalos das crises, deve-se evitar andar contra o vento, correntes de ar e mudanças bruscas de temperaturas.

Chernoviz (1842) descreve alguns tratamentos em comum, conforme o estágio das asma e bronquites, empregados no século XIX, a exemplo de bebidas emolientes, como infusão de flores de malvas e xaropes expectorantes. Para a pneumonia, em especial, administravam-se, também, pílulas expectorantes, elixir, vomitório de tártaro emético⁷⁶ – para pneumonias crônicas – e sangrias, sendo que esta última não deveria ser ministrada em idosos e crianças. Já nos casos de pleurites, deviam-se aplicar ventosas no lugar da dor e injeções com base de morfina para diminuição da dor, também utilizar diuréticos, purgantes⁷⁷ e, caso necessário, quando houver derramamento de líquido (derrame pleural), realizar punção⁷⁸ para sua retirada.

⁷⁴ Cataplasma de mostarda, farinha e vinagre.

⁷⁵ Fórmula feita à base de ópio que tem efeito sedativo.

⁷⁶ Vomitivo feito com sal branco, para provocar o vômito.

⁷⁷ Laxante.

⁷⁸ Introdução de um instrumento em um tecido vivo, a fim de retirar líquido ou pus.

Conforme Ferreira, para doenças como pneumonias e pleurites, o tratamento para ambas se dá do mesmo modo, uma vez que elas se manifestam da mesma forma:

[...] pois ambas estas doenças se formam no peito em ambas impedem a respiração, ambas têm quase os mesmos sinais, ambas grande perigo, suposto a peripneumonia o tem maior, por se formar no bofe e o pleuris na cavidade do peito e sua membranas, e ambas estas doenças se curam quase do mesmo modo, e, como fica dito, sendo originadas das mesmas causas (FERREIRA, 1735, p. 279).

Como essas doenças em geral se manifestavam graças à exposição ao clima frio, à umidade e à friagem, os remédios deveriam ser quentes, se o indivíduo ficava exposto ao frio, o remédio ministrado deveria ser quente, poderia ser alimentos ou chás quentes ou banhos aquecidos (RODRIGUES, 2011). Os remédios ministrados eram a aguardente do reino, a água do chá e a água da raiz da capeba, planta nativa do Brasil. Segundo Sousa (2000, p. 161), “essa erva é de natureza frigidíssima, com cujas folhas passadas pelo ar do fogo se desafoga toda a chaga e inchação que está esquentada, pondo-lhe estas folhas em cima”. Pode-se visualizar a erva observando a Figura 16.

Figura 16 – Capeba



Fonte: Kury (2012, p. 122).

As doenças respiratórias não acometem apenas negros e descendentes, mas, também, brancos expostos às mesmas condições: andar descalços, com poucas vestimentas, molhados e suados. Como exemplo disso, Dias (2002) cita o caso de um homem branco que, ao ter contato com o frio intenso, estando com o corpo molhado de suor, adquiriu um mal

respiratório que quase lhe tirou a vida. Em casos como esse, a intervenção feita é a mesma para qualquer indivíduo: recomenda-se aplicar compressas em peitoral, ingerir expectorantes e colocar para fora toda a secreção.

Com essa exposição acerca do tratamento de doenças respiratórias no Oitocentos, pôde-se compreender como esses males eram tratados e de que forma os sintomas eram amenizados. Os procedimentos e remédios utilizados na busca da cura, embora limitados, eram os mecanismos que os curadores julgavam mais eficazes, a fim de diminuir os sintomas das enfermidades que afetavam os pulmões. Eram usados conhecimentos das quatro partes do mundo para tentar reestabelecer o enfermo. O trânsito de pessoas entre os continentes permitia que novos conhecimentos chegassem e novas ervas fossem ministradas para a cura do doente. Assim, afirma-se que a Imperial Vila da Vitória foi um espaço mundializado, com homens de diversas localidades que espalhavam diferentes práticas de cura.

4 DA ARTE DE CURAR E DE ENVELHECER

4.1 DAS ARTES DA CURA

Com o propósito de estabelecer um exercício de análise conectiva entre saúde e doença e ajudar nas situações em que o corpo se encontrava enfermo, fazia-se necessária a presença de homens praticantes da arte de curar. E, a fim de analisar a arte da cura no Oitocentos, é necessário entender que, para se restabelecer a saúde de um corpo doente, toda técnica era bem-vinda, pois o importante era conseguir restaurar a saúde dos enfermos e aliviar a dor. Os homens que exerciam a arte da cura buscavam restabelecer o equilíbrio do corpo enfermo, utilizando procedimentos que variavam conforme o estado de saúde do doente, o desenvolvimento da enfermidade e a ação do remédio ministrado.

No Oitocentos, raramente os enfermos eram tratados por médicos diplomados, de modo que quem exercia esse papel eram homens sem formação acadêmica (FERREIRA, 2003; RODRIGUES, 2010). A grande maioria da população daquela época enfrentava as doenças sem nenhum acompanhamento médico, recorria a curandeiros, parteiras, dentistas, benzedeiras, barbeiros, cirurgiões, boticários ou algum homem que pudesse exercer a arte de curar.

O curandeiro era o homem que procurava tratar e curar doenças com práticas de feitiçaria e beberagens – preparação caseira, supostamente medicinal. A prática de cura também estava associada a crenças religiosas, fazia parte de um universo mágico da cura e considerava a influência de maus-olhados como a causa de todos os acontecimentos ruins, especialmente as enfermidades (MIRANDA, 2004; HOUAISS; VILLAR, 2009). Na atualidade, a prática do curandeirismo ainda existe, é uma memória que vive em alguns lugares do Brasil. Portanto, é uma prática do passado ainda usada no Brasil contemporâneo. Essa memória é sustentada por um grupo vivo, conforme afirma Halbwachs (2003), porque essas lembranças são conservadas no tempo, se mantendo atuais.

Os curandeiros foram muito procurados por todo o século XIX, “havia maior disposição para procurar o curandeiro do que o médico” (FIGUEIREDO, 2008, p. 134), uma vez que a crença nesses homens permaneceu, mesmo com o avanço da medicina. “No seio da população inculta, carente da assistência médica e farmacêutica, vicejaram o curandeirismo e o charlatanismo, através de curiosos, curadores, rezadores e raizeiros” (HOLANDA, 1967, p. 483). O curandeirismo era praticado e muito requisitado no Oitocentos no Sertão da Ressaca como prática de cura. Os curandeiros eram mais procurados do que os próprios médicos no

Brasil, não somente pela carência de médicos ou cirurgiões, mas por serem considerados mais eficientes na perspectiva da população da época:

Ora, se os médicos eram deliberadamente preteridos pelos chamados curandeiros e charlatães, por mais reduzida que fosse sua quantidade, isso não significa a existência de uma lacuna preenchida por aqueles que, distantes de uma formação acadêmica, se entregavam ao exercício da arte de curar junto às camadas populares. Não é a ausência de médicos que explica a ampla aceitação dos curandeiros, mas antes a concepção de que a origem das doenças tinha uma natureza sobre-humana sobre a qual essas pessoas possuíam a faculdade de intervir (SOARES, 2001, p. 421).

Kiple (1984), que estudou os negros caribenhos, relata que os escravos que viviam no Caribe confiavam mais nos curadores negros do que nos médicos brancos. O autor afirma que os negros tinham todas as razões para isso devido ao baixo nível da medicina executada pelos brancos naquela localidade. Em suas cirurgias os médicos brancos também não eram bem sucedidos, em doenças como boubas e lepra, exceto a recomendar quarentena. Havia entretanto um fator positivo nos médicos brancos, que era a respeito da melhora da dieta ingerida pelos negros. Infelizmente tal recomendação de dieta, usualmente era ignorada pelos donos de escravos até o momento em que aparecesse uma epidemia, aí sim os proprietários melhoravam a dieta dos escravos, durante a duração da epidemia.

Entre os índios, o homem responsável pela cura chamava-se pajé, uma mistura de sacerdote, feiticeiro e curador. Segundo Holanda (1967, p. 146), o pajé “apalpava, cheirava e defumava o enfermo. Sugava ferimentos, sangrava, amputava e prescrevia o medicamento, ou *puçanga*⁷⁹, por via oral ou local”. Andrade afirma que:

A medicina que os portugueses viriam encontrar entre os índios do Brasil era, precisamente, a mágica. Culminava a noção do sobrenatural como agente de enfermidades; e o pajé, na sua dupla função de mago e curandeiro, tinha o seu lugar dominante no seio das nossas comunidades primitivas. Sua influência era decisiva e o significado do seu sacerdócio era igual ao de quantos imperavam nos sistemas primários de vida dos povos. Na história universal dos cultos, o arauto da divindade era o mesmo da cura (ANDRADE, 1956, p. 48).

Os pajés eram considerados, ao mesmo tempo médico e sacerdote, conheciam muitas ervas eficazes para cura de males, eles forneciam medicamentos que, às vezes eram preparados com fórmulas mágicas – atribuídas por meio de bruxarias, contato com demônios

⁷⁹ “Remédio caseiro, mezinha [...]. Beberagem; Feitiço; Remédio preparado pelos pajés” (AULETE, 1964, p. 3317).

e superstições. O pajé também era uma espécie de conselheiro, mas somente respondia as perguntas após consultar o demônio, em noites de tempestade. Os índios faziam uso de colares de dentes caninos, de onças, de macacos, de raízes, frutas, conchas e pedras a fim de se protegerem de ataques de animais ferozes e de doenças (SPIX; MARTIUS, 1981).

Essa prática de cura executada pelo pajé passou a ser usada em doenças de brancos, pretos, de homens de diferentes “qualidades” e “condições”, fato que só foi possível por causa do processo de mundialização iniciado no século XVI, que, além disso, possibilitou o encontro de curandeiros vindos de outros continentes. Assim, o conhecimento dos homens que habitavam o Brasil antes da colonização se mesclou com o conhecimento dos indivíduos que chegaram das quatro partes do mundo. Houve uma mistura de saberes, trânsito de práticas de curas, e o Sertão se inseriu totalmente nessa nova realidade, com novos agentes, novos conhecimentos e novos métodos referentes ao cuidado com o corpo, os homens que vieram para o Sertão da Bahia, aprenderam por meio do contato com a cultura indígena, diversas práticas, inclusive a da cura. Sobre essa questão, Thornton (2004) afirma que o movimento e a mistura possibilitaram um universo plural com inúmeras contribuições em diferentes áreas, ajudando a formar uma nova cultura no Novo Mundo.

Quanto às parteiras, segundo Figueiredo (2008), elas eram muito requisitadas e, em geral, conduziam os partos das mulheres, que, naquela época, não expunham o corpo para um homem, nem mesmo durante o processo de parição. No Oitocentos, as parteiras normalmente eram negras e descendentes e faziam os partos das brancas, das negras e das mestiças, as índias eram ótimas parteiras e muitas europeias também exerciam essa atividade. Tal ofício era considerado um trabalho desprestigiado socialmente, não existiam cursos de qualificação para essa atividade, e os conhecimentos eram passados de geração em geração. Atualmente, em alguns locais do país, as parteiras continuam a exercer essa atividade, sendo uma realidade presente no Brasil contemporâneo e uma memória que ainda resiste com o passar dos séculos.

Conforme Kiple (1984), no caribe, quase invariavelmente cada fazenda tinha um ou mais médicos escravos ou mulher médica, assim também como um grupo de parteiras, todas geralmente mais velhas. O escravo ou escrava médica geralmente tratavam feridas menores, febres e junto com as parteiras ajudavam a parir as crianças e também forneciam os cuidados pós-parto para ambas, mãe e criança.

Outra atividade que se mantém, a benzedura, foi muito usada no Sertão da Ressaca e é uma atividade ainda muito presente e difundida no Brasil contemporâneo, principalmente nas cidades interioranas e nas zonas rurais. A técnica de benzer consiste em fazer orações e simpatias para curar doenças ou aflições. Como as benzedoras tinham domínio das

propriedades terapêuticas de muitas plantas, elas também utilizavam algumas ervas e raízes no tratamento do doente. Essa atividade resistiu ao tempo por meio da hereditariedade, isto é, os membros da família repassavam os ensinamentos aos sucessores, ou aos amigos e vizinhos (SOUZA, 2003).

O cenário de enfermidades suscitava tratamento. Conforme Almeida (2010), os doentes⁸⁰ poderiam ser tratados por médicos diplomados – normalmente brancos – ou por homens que exerciam a arte de curar – geralmente negros, crioulos ou pardos. Apesar de a maioria dos curadores ser de cor negra, acredita-se que homens brancos, sem formação acadêmica, também exerciam a arte da cura. Os médicos formados faziam a medicina científica, e os leigos praticavam a arte da cura lançando mão de práticas e costumes tradicionais para tratamento de enfermidades.

A formação⁸¹ do médico e do cirurgião era distinta. O médico era mais prestigiado na sociedade, pois exercia a função de diagnosticar males e prescrever remédios, um trabalho considerado mais intelectual. “A acção do médico consiste, portanto, por um lado, em indicar aos que gozam de saúde o meio de manter esse equilíbrio dos <<humores>> do corpo e, por outro, em tentar restabelecê-lo quando ele desaparece” (MOSSÉ, 1997, p. 45). O cirurgião lidava mais frequentemente com sangue e com feridas purulentas, necessitando de maior aptidão com as mãos.

Os dentistas⁸² cuidavam da dentição, tinham habilidade de extrair e fazer novos dentes para repor os que foram retirados. Contudo, “os barbeiros e os cirurgiões desempenhavam às vezes dos dentistas, extraíndo dentes, tratando as cáries com remédios tópicos, abrindo abscessos” (FIGUEIREDO, 2008, p. 139).

Os barbeiros realizavam sangrias e cuidados com a parte estética, corte de cabelos e barba. A Figura 17 mostra barbeiros ambulantes no exercício do ofício.

⁸⁰ Almeida (2010) não faz distinção em relação à “qualidade” dos pacientes – se o “preto” tratava o “preto” ou se o “branco” se consultava com o “branco”.

⁸¹ A formação dos cirurgiões no Brasil se iniciou em 1808, com escolas médico-cirúrgicas fundadas na Bahia e no Rio de Janeiro. A partir de 1834, tais escolas foram transformadas em faculdades de medicina, havendo uma reformulação do curso. A formação do cirurgião era mais rápida, já a do médico demandava mais estudos. Muitos cirurgiões estudaram e se formaram médicos posteriormente (FIGUEIREDO, 2008).

⁸² A criação do primeiro curso acadêmico para dentista no Brasil foi em 1884 (FIGUEIREDO, 2008, p. 138).

Figura 17 – Barbeiros ambulantes

Fonte: Debret (1993, P. 36).

Os barbeiros também intervinham no corpo doente com úlceras e pústulas, aplicando sanguessugas, a fim de realizar a sangria. Apesar de ser considerado como uma atividade manual – trabalho com a carne e o sangue – e também desprestigiado – por ser exercido por negros e descendentes –, já que se tratava de uma sociedade marcada pela escravidão –, eles atendiam ricos e pobres, brancos, negros e mestiços (HOLANDA, 1967; FIGUEIREDO, 2008).

Figueiredo (2008) afirma que os ofícios de cirurgião e de barbeiro eram exercidos por negros e descendentes, haja vista serem atividades manuais de trato com sangue e com pus, evidenciando que a arte de curar também estava ligada à cor no Oitocentos. A pesquisa verificou que a arte da cura estava relacionada à “qualidade” e à “condição”, ou seja, alguns ofícios eram exercidos por negros e descendentes, os escravos, livres e forros também trabalhavam na arte da cura, já os médicos formados eram predominantemente brancos, mas também podiam ser encontrados homens brancos sem formação acadêmica, que trabalhavam na cura.

Não se consegue delimitar as atividades do cirurgião e do barbeiro por serem elas muito afins – ambos cuidavam do enfermo, atuavam nas fraturas, nas pústulas, nos problemas de pele e aplicavam sanguessugas (FIGUEIREDO, 2008). A tarefa da sangria era “considerada hierarquicamente inferior entre as artes da cura e era exercida predominantemente por negros, crioulos e mestiços, independente de sua ‘condição’” (ALMEIDA, 2014, p. 111). Os cirurgiões e barbeiros podiam ser livres, escravos ou forros. Os que eram escravos davam parte do ganho aos seus senhores; os livres trabalhavam por

conta própria, abrindo lojas e até sendo proprietários de escravos aprendizes. Ao entregar parte do ganho a seus senhores, o escravo ficava com uma parte que ia juntando até conseguir comprar a alforria.⁸³

Sobre a loja de barbeiro, Santos Filho (1966, p. 39) relata que “a ‘loja do barbeiro’ continha em seu interior o seu instrumental e outros pertences, como uma cama onde se deitava o paciente, bancos, armário com remédios e com o vaso vidrado, cheio de água, onde se conservavam as sanguessugas ou ‘bichas’”, que eram vendidas ou alugadas.

Nos séculos XVI e XVII, os primeiros cirurgiões-barbeiros que atuaram no Brasil vieram da Península ibérica, portanto, brancos. Apenas em meados do século XVII os negros e descendentes tomaram posse desse ofício (SANTOS FILHO, 1966). Era, assim, um trabalho de brancos que foi apropriado por negros e descendentes, confirmando o trânsito de culturas, isto é, um povo aprendendo com outro em um espaço que permitiu essa troca de culturas, um local mundializado, onde transitaram pessoas de diferentes origens, levando e trazendo saberes. Essa troca de conhecimentos, de técnicas de curas, com plantas de diferentes localizações, foi tratada por Chernoviz (1842), quando ele estuda as ervas, as plantas e os medicamentos, a origem de cada um deles e conclui que muitas dessas substâncias já poderiam ser encontradas em outros continentes, diferentes do lugar de origem, pois atravessaram o Atlântico e passaram a compor o arsenal terapêutico usado por muitos homens.

Conta-se um caso de um médico – Dr. Carlos Leite, formado e também cirurgião – que operou uma mulher, empregada doméstica, chamada Francelina, que trabalhava na casa da família Rabello, na cidade de Diamantina-MG no século XIX. No procedimento não se relata a “qualidade” dos envolvidos. Foi na casa da família Rabello que toda a atuação médica foi realizada – a primeira consulta, o diagnóstico e a cirurgia. Entretanto, se Francelina não fosse operada na residência da família Rabello e estivesse junto aos seus familiares, provavelmente ela teria sido operada por Manoel Martins, conhecido por Mané Martins. Acredita-se que os pacientes do Dr. Carlos Leite não eram os mesmos de Mané Martins. Outro exemplo, agora de um cirurgião, é o caso de um escravo com a perna quebrada na região da coxa, que já tinha sido imobilizada, mas sem sucesso, de modo que, provavelmente, a perna seria amputada. Entretanto, o cirurgião fez a operação e conseguiu consolidar o osso fraturado (FIGUEIREDO, 2008). Não se pode afirmar se esses homens que exerceram a arte da cura eram brancos, negros ou mestiços, se eram homens livres, escravos ou forros.

⁸³ Questões referentes à alforria serão analisadas no próximo item da tese: Envelhecer no cativeiro.

Entretanto, entende-se que homens de diferentes cores, “qualidades” e “condições” circularam e exerceram seus ofícios, mostrando que o trânsito de saberes foi intenso entre as diferentes “qualidades” e “condições” no Brasil Oitocentista. Dessa forma, concorda-se com Paiva (2012) quando ele diz que existiu uma dinâmica de mestiçagem associada ao mundo do trabalho e que homens de distintas origens circularam, interagiram entre si e trocaram saberes, conhecimentos e técnicas.

Aos boticários ou farmacêuticos⁸⁴ cabia atender às recomendações do médico ou cirurgião, manipulando as substâncias prescritas, a fim de medicar o paciente. Os boticários, entretanto, também prescreviam medicamentos – vendidos nas farmácias⁸⁵ ou nas boticas – de modo que, na grande maioria das vezes, o doente sequer chegava a passar pelo médico. Eles prescreviam o remédio para diversos males: dor de dente, fraturas, dor de cabeça, dor de barriga, tosse, qualquer dor ou mal-estar, exercendo a função de médico. Hoje em dia, muitas pessoas ainda recorrem às farmácias, mesmo antes de ir ao médico, para solicitar medicamento para algum mal. É uma atitude que vem desde os séculos anteriores e permanece, uma memória, que, conforme Halbwachs (2003), ainda vive, uma vez que o autor entende que a memória é uma corrente de pensamento contínuo, que conserva o passado por meio de grupos que a cultivam.

Ressalta-se que as prescrições – realizadas pelo médico ou cirurgião – eram manipuladas pelo boticário individualmente para cada enfermo, conforme a patologia. A dosagem recomendada era crucial na preparação dos medicamentos, pois quantidades inadequadas poderiam resultar em compostos que não fizessem efeito algum ou em misturas que poderiam levar à morte (FIGUEIREDO, 2008; ALMEIDA, 2010). A questão de dosagem individual para cada doença e paciente era um conhecimento detido pelos médicos; já os boticários, quando receitavam, preparavam as medicações solicitadas baseando-se em receitas anteriormente elaboradas para outro paciente.

Conhecedores do intrincado universo curativo, cabia-lhes, à maneira dos médicos diplomados em universidades, diagnosticar enfermidades, optar pelo método curativo, recomendar a forma de aplicação e as dosagens corretas de cada substância, para compor um medicamento. Deviam também conhecer a idade e a constituição física do enfermo, a fim de prescrever-lhe o medicamento na dosagem necessária e adequada, para sanar o mal que ele apresentava, já que doses diferentes serviam para a cura de diferentes enfermidades (ALMEIDA, 2010, p. 61).

⁸⁴ Durante o século XIX, os termos *boticário* e *farmacêutico* eram usados similarmente. Só depois é que houve a diferença entre um e outro, ficando o primeiro como sendo o prático que atuava na farmácia, e o segundo como aquele que teve formação acadêmica (FIGUEIREDO, 2008).

⁸⁵ A Escola de Farmácia de Ouro Preto funciona desde 1839 (FIGUEIREDO, 2008).

Mesmo que cada profissional tivesse seu ofício, um acabava assumindo a função do outro. Conforme Figueiredo (2008, p. 121), “aos médicos caberia medicar, aos cirurgiões intervir no corpo doente e aos boticários manipular os medicamentos. Havia, sem dúvidas, intermediações entre esses profissionais, como, também, troca entre as funções”. Tal fato também pode ser confirmado em Almeida (2010, p. 64):

Os cirurgiões munidos do conhecimento necessário a sua arte, divulgado pelas farmacopeias e tratados, levavam consigo vários medicamentos particulares que dispensavam aos clientes. Não se sabe se eram manipulados por eles ou se sua preparação era feita por um boticário de sua confiança.

Nessa perspectiva, Miranda (2004, p. 275) afirma que “no que se refere à atividade dos boticários, não se restringia ao preparo de medicamentos: além de prescrever, preparar e vender as drogas, esses profissionais realizavam pequenas intervenções cirúrgicas”. No século XIX, as boticas não eram numerosas e, nas cidades onde não havia boticas, os que exerciam o ofício de boticário carregavam a sua “caixa-de-botica”, com a qual forneciam remédios para os enfermos visitados. Nesses lugares, os remédios eram vendidos em lojas de outros ramos do comércio, a exemplo das lojas de ferragens e de instrumentos para lavoura, onde se encontravam também remédios para escravos, já que “[...] os medicamentos mais caros – de procedência estrangeira –, e tidos como os melhores, não eram em absoluto prescritos para os negros escravos e para a faixa pobre da população” (SANTOS FILHO, 1991, p. 364).

Segundo Figueiredo (2006), no período que abrange os séculos XVIII e grande parte do XIX, no que tange ao tratamento medicamentoso, os remédios para a cura eram ministrados conforme os sintomas do paciente em razão da precariedade acerca da definição das doenças. Alguns medicamentos serviam para várias doenças, como é o caso da fórmula “soberana”, inventada por um barbeiro, que curava dores de cabeça, unhas encravadas e espinhas. No final do século XIX, “esse tipo de ação é encontrado em muitos medicamentos divulgados nos jornais mineiros”, ou seja, havia situações em que um medicamento poderia servir para vários tipos de doenças (FIGUEIREDO, 2008, p. 88).

O remédio é uma intervenção externa ao corpo em dois sentidos: na sua origem e na intermediação realizada por quem o prescreveu. É resultado da infusão de ervas, da maceração de folhas e raízes retiradas da natureza, de produtos animais. Pode também ser elaborado a partir de componentes químicos, tanto os retirados da natureza como os já preparados em laboratórios. Por outro lado o remédio é produzido e, em muitos casos, indicado por outra pessoa para aquela que o consome. Sinal de que também pode ser considerado como símbolo da intervenção dos problemas do corpo

do outro que, por sua vez, não foi capaz de se re-equilibrar combatendo a doença sozinho. Nesse sentido o remédio resgata a origem etiológica da palavra cura: “preocupação”, “solicitude”, “interesse por alguém ou por algo” (FIGUEIREDO, 2008, p. 89-90).

De acordo com Figueiredo (2008, p. 90), “a utilização de ervas da flora brasileira como medicamento remonta as influências indígenas, africanas e portuguesas”. O trânsito de pessoas e o cenário de enfermidades levaram à necessidade de tratamento para os males que se sucederam, e diversas formas de cura foram colocadas em prática. Segundo Almeida (2010, p. 77), as ervas para medicamentos eram conduzidas pelas frotas que cruzavam os mares. Como exemplo, a autora cita receitas manipuladas com material originado da Ásia e da América. Esse trânsito da flora, tanto brasileira quanto de outros continentes, foi o que permitiu o trânsito de técnicas de curas pelo mundo, com trocas de culturas, de remédios, de receitas de medicamentos, de plantas e de ervas. Foi a partir da mundialização iniciada no século XVI, gerada pela circularidade de pessoas, que foi possível esse ir e vir, que gerou um Brasil mundializado, com vários saberes a respeito da cura no século XIX. Em análise sobre o trânsito da fauna e da flora na América portuguesa, Paiva (2006, p. 8) argumenta que “tudo isso transitou e recebeu, em cada ambiente cultural e em cada tempo, novos significados e usos”.

Almeida (2010, p. 77) explica que “plantas medicinais de lá e de cá vão aos poucos compondo o receituário brasileiro”. A interação entre os povos, com a descoberta de novos continentes, aproximou as pessoas – que trocaram saberes, culturas, crenças, ideias –, mas também proporcionou uma comunicação de doenças e contágios de novos males. Juntamente com tais enfermidades vieram as formas de cura, oriundas de diferentes povos, que vão desde rezas e superstições⁸⁶, até fórmulas para elaboração de remédios, muitas delas feitas por plantas – advindas de distintas localizações. Assim, “especiarias diversas, utilizadas tanto no preparo de alimentos quanto como medicamento, podiam ser comercializadas e tinham seu uso em regiões muito distantes daquela onde eram originárias” (ALMEIDA, 2010, p. 69). A autora ainda esclarece que:

Novos saberes, costumes e espécies vegetais introduzidos no Brasil pelos conquistadores são acrescidos àqueles vindos com os escravos negros de diversas culturas trazidos da África dende o Quinhentos, e somam-se aos do universo indígena. Assim, frutas e ervas das quatro partes do mundo que encontram solo fértil nas terras brasileiras vão servir de alimento e de

⁸⁶ Souza (2009, p. 230-231) também fala de cura no Brasil Colonial por meio de práticas mágicas e feitiçarias. Tais procedimentos resolviam questões amorosas e ataques, como também podiam provocar malefícios, por meio de feitiços, para alguma pessoa, ou ainda, contrafeitiços, para remover um feitiço lançado.

remédio, alterando os sabores e o arsenal terapêutico de tantos que aqui viviam e dos que chegaram (ALMEIDA, 2010, p. 72).

Os viajantes naturalistas Spix e Martius (1811), passando por São Paulo no século XIX, puderam perceber que os sertanejos dessa localidade tinham um grande conhecimento das plantas medicinais da sua terra e sustentavam fama de serem muito eficientes na prática da medicina, exercendo a função de curandeiros, também tinham destaque nesse ofício as mulheres curandeiras. Os paulistas tiravam as suas conclusões, por analogia em relação ao uso de plantas como remédios:

O seu gênio ativo e curioso, estimulado pela rica natureza, fê-los prosseguir nas descobertas casuais [...]. O espírito humano, neste domínio das pesquisas, serve-se por toda a parte dos indícios da natureza, e, pelos característicos físicos dos objetos, pelo aroma, pela cor, pela semelhança de certas formas com as partes do corpo humano, etc. (SPIX; MARTIUS, 1811, p. 162).

O sertanejo paulistano tinha um notável conhecimento das plantas medicinais da sua região e com isso, eles podiam conseguir um resultado favorável para tratamento de muitas enfermidades, esse tratamento que era utilizado no Brasil poderia ser considerado uma ousadia para os homens estudiosos da medicina que viviam na Europa, uma vez que na Europa os indivíduos eram mais afastados da natureza, devido ao estilo de vida, ao passo que no Brasil, o homem vivia em maior contato com a natureza e usavam, na maioria das vezes, plantas frescas para a composição de remédios caseiros. Importante salientar que os remédios europeus quando chegavam ao Brasil já tinham perdido grande parte do seu poder curativo, como se estivesse perdendo a sua validade, sendo assim, eles eram substituídos pelos produtos nacionais (SPIX; MARTIUS, 1811).

Pôde-se verificar o trânsito de pessoas e de curas também no Sertão da Ressaca, que está inserido nesse contexto mundializado, uma vez que nele circularam indivíduos de diferentes continentes, que trouxeram novos conhecimentos, novos remédios e novas práticas de curas. Todas essas informações foram inseridas no cotidiano das pessoas e proporcionavam uma verdadeira mediação cultural, ajudando a construir saberes para tratar um corpo doente.

Pensando na ligação entre a África e o Brasil, por meio das navegações no Oceano Atlântico, muitas sementes, incluindo mudas de árvores, além de ervas medicinais, entraram e saíram do Brasil ajudando a compor um universo vegetal nos dois continentes. Um fator que contribuiu para esse trânsito ser bem-sucedido foi a semelhança do clima e da vegetação entre o Brasil e a África. “No final, é esse movimento constante de produções, manutenções e

adaptações, tudo, por vezes, ao mesmo tempo, que concorre para a constituição das culturas, bem como do trânsito e das trocas entre elas” (PAIVA, 2006, p. 120). Assim, compreende-se que o trânsito de pessoas na América portuguesa fomentou, além da mistura de cores, a circularidade de enfermidades, a expansão de elementos da fauna e da flora, incluindo culturas sobre as diferentes maneiras de exercer a arte da cura.

Entre os séculos XVI e XVIII a natureza do vasto império português parece ter sido transformada em matéria básica para um grande laboratório de experimentação e para inúmeras experiências de ambientação, que envolveram fauna, flora e, também, gente, como os africanos negros no Brasil. [...]. Inúmeros e verdadeiros mediadores culturais se transformaram em agentes que fomentaram o trânsito daqueles elementos e, evidentemente, de culturas, de práticas, de conhecimentos técnicos, de instrumentos de trabalho, de tratados e de protótipos (PAIVA, 2006, p. 112).

Para sanar os males que se sucederam no Brasil, as plantas medicinais nativas, muito conhecidas pelos indígenas, constituíram um importante arsenal terapêutico. Houve um grande aproveitamento da flora medicinal brasileira, muito rica e variada, cuja grande maioria passou a pertencer à farmácia universal. Entretanto, mais doenças chegaram com o decorrer dos séculos XVI ao XIX – varíola, lepra, sífilis, febre amarela, malária, entre outras. Foi nessa fase que se intensificou o uso de plantas medicinais nativas; diversas delas que eram prescritas nos séculos anteriores foram incorporadas aos medicamentos usados nos quatro continentes (HOLANDA, 1967, 1977). Essa inclusão de plantas brasileiras na farmacopeia mundial só foi possível em virtude da mundialização iniciada no século XVI. Assim, a circulação de pessoas e o trânsito de plantas medicinais fizeram crescer o arsenal terapêutico e ajudaram a criar novas formas de cura que permaneceram nos séculos posteriores. Tal fato indica que a cura que essas substâncias proporcionavam ainda vive na memória da população brasileira, e muitos indivíduos ainda fazem uso dessas substâncias. Concordando com Levi (1988), quando ele diz que a memória não precisa da escrita para se constituir, uma vez que um grupo consegue por meio da oralidade, ensinar o que foi aprendido e repassar conhecimentos.

Os colonos europeus ficaram tão impressionados com as habilidades dos índios sul-americanos na arte da cura e na eficiência dos remédios baseados na botânica da região que queriam copiar e aprender a medicina empregada por eles. Como revela Andrade (1956, p. 49): “[...] procurando não apenas identificar os remédios vegetais de uso dos pajés, mas ainda observar e descrever os seus processos de preparação e aplicação contra determinadas doenças”. Assim, numerosas plantas medicinais nativas do Brasil, usadas pelos pajés para

tratamento de enfermidades, foram incorporadas à prática curadora dos homens oriundos de outras partes do mundo que exerciam a arte da cura. Holanda (1994, p, 78) argumenta que “práticas indígenas, que tinham todos os requisitos para alarmar ou escandalizar europeus, encontraram, por outro lado, acolhida inesperadamente favorável”, como por exemplo, o uso de brasa para curar enfermidades.

Conforme Holanda (1967), alguns medicamentos utilizavam a copaíba, a ipecacuanha, o jaborandi e a quina na sua composição. Para Chernoviz (1842), da copaíba – árvore da América meridional, encontrada em abundância no Brasil – extraía-se um óleo cuja ação se dirigia ao aparelho gênito-urinário, sendo empregado com maior eficácia nas gonorreias. Já a ipecacuanha, como se pode observar na Figura 18, era um pequeno arbusto encontrado nas matas do Brasil – especialmente na Bahia, Pernambuco, Minas Gerais, Mato Grosso, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo –, usada nas bronquites, disenterias, febres e outras doenças, produzindo vômitos, quando ministrada em altas doses, e efeito expectorante, quando empregada em pequenas doses. A ipecacuanha, segundo Torres (1996), uma erva muito usada no Sertão da Ressaca para a cura de males, também empregado para a cura de sífilis. Outra erva muito usada no Sertão estudado, era a Anxota, eficaz para reduzir a febre do enfermo.

Figura 18 – Ipecacuanha



Fonte: Kury (2012, p. 127).

Outro remédio, o jaborandi, visto na Figura 19, que era exportado para estufas na Europa, é um arbusto característico do Brasil, com propriedade sudorífica extraordinária. Um medicamento muito usado para quem tinha problemas de origem respiratória, “nesse meio

tempo sobrem abundante secreção de saliva e excreção bronchica não menos copiosa” (CHERNOVIZ, 1842, p. 755), fazendo com que o doente eliminasse as secreções dos pulmões. No século XIX, homens de outros continentes vieram para o Brasil com o intuito de estudar e exportar plantas da flora tropical, especialmente as plantas medicinais. Como exemplo, o renomado farmacêutico Theodoro Peckolt, que veio para o Brasil estudar a flora local, ele “penetrou em nossas florestas virgens, em procura de novas plantas, enviando para o Museu Nacional e para os Museus alemães espécimes raros e importantes que encontrava nas suas explorações” (SAMPAIO, 1955, p. 206). Foi assim, que ervas usadas no Brasil para sanar males foram exportadas, estudadas e usadas para a cura de enfermidades que assolavam populações que viviam fora do continente americano.

Veem-se, na Figura 20, as quinas, “cascas de muitas árvores pertencentes ao gênero *Cinchona*, da família das Rubiaceas, que habitam os Andes do Perú, na Bolívia, na Nova Granada e no Brazil, nas elevações de 1.000 a 3.000 metros acima do nível do mar”. Existiam cerca de 40 espécies de quina no Brasil muito usadas em febres intermitentes (CHERNOVIZ, 1842, p. 945) ou em doenças cujo sintoma seja a manifestação de febre (HOLANDA, 1967). As quinas foram muito usadas e também exportadas no século XIX como sendo plantas medicinais de grande importância para tratamentos medicinais, como exemplo tem-se a “quina do Rio”, encontrada na região do Rio de Janeiro, era eficaz nas febres (SAMPAIO, 1955, p. 206).

Figura 19 – Jaborandi



Fonte: Kury (2012, p. 122).

Figura 20 – Quina



Fonte: Kury (2012, p. 132).

Conforme estudo de Priore, muitas ervas eram cultivadas nos quintais das casas, uma espécie de farmácia doméstica. A autora elenca e descreve as seguintes plantas:

O alecrim era considerado poderoso contra raios e usado para afastar feitiços. Folhas de figueira tinham que ser respeitadas: não podiam ser queimadas em casa onde tivesse criança em fase de aleitamento. O rosmaninho, o sabugueiro e o alecrim colhidos na manhã de São João

livravam a casa de enfermidades. O chá da arruda colhido em noite de Natal era usado em todas as doenças. Picão e erva-de-santamaria combatiam vermes e parasitas intestinais. A manjerona enxugava corrimentos, a erva-de-urubu afastava cobras e a ipecacuanha incentivou mesmo capítulos em obras europeias: remédio milagroso para tudo! (PRIORE, 2016).

A copaíba e o jaborandi foram muito usados nos Oitocentos como remédios e ainda fazem parte do arsenal terapêutico dos dias atuais, compondo uma memória que se preserva viva. No Sertão da Bahia do século XIX, o óleo de copaíba, empregado para fabricar medicamentos, era conhecido como uma das “drogas do sertão” (PIRES, 2003, p. 40). Ela continua sendo usada e comercializada como sendo uma substância medicinal. O jaborandi é usado como medicamento fitoterápico⁸⁷ e para a fabricação de cosméticos. Tais plantas são nativas do Brasil e, pelo processo de mundialização iniciada no século XVI, circularam pelos continentes e serviram para compor o arsenal terapêutico de outros povos, marcando a mobilidade, o trânsito de plantas e de técnicas de curas decorrentes do encontro entre as quatro partes do mundo. Paiva (2006, p. 12) analisa a adaptação ao clima do Brasil de plantas vindas de outros continentes: “do continente negro veio para o Brasil e aí se adaptou muito bem o quiabo, assim como o inhame, alguns tipos de banana e a pimenta chamada de malagueta”.

Para maior êxito de cura, era necessário também conhecer a rotina das pessoas da comunidade local, pois o modo de vida influenciava no tratamento das enfermidades. Estrangeiros estabelecidos no Brasil puderam ter experiências com outras práticas da medicina existentes no país e, com isso, tiveram a possibilidade de unir os conhecimentos da sua formação oriunda de universidades europeias com as experiências vivenciadas no Brasil do Oitocentos (FURTADO, 2002; RODRIGUES, 2005).

Para quem exercia o ofício da cura, inserir-se na realidade dos indivíduos com culturas diferentes era presenciar práticas curativas de regiões distintas. Tal fato possibilitava que, em participando do cotidiano das pessoas doentes, o curador tivesse acesso à maneira como elas cuidavam dos corpos na enfermidade. Assim, era possível assimilar novos saberes e práticas, além de atualizar a arte da cura por meio da mediação cultural, pois os curadores tinham acesso às residências – casas ou senzalas – para tratamento das doenças. Segundo Almeida (2010, p. 130), os homens “viam, ouviam, recolhiam, se apropriavam e transmitiam informações e conhecimentos próprios de cada uma das culturas aí presentes”. A doença aproximava as culturas, pois, no momento de se tratar, o que menos importava era saber se a

⁸⁷ Feito de plantas medicinais.

cura era originada de uma cultura africana, indígena, europeia, pois as pessoas queriam ser curadas, independente da origem da cura. Assim a arte da cura facilitava o encontro de culturas, levando conhecimentos a outros povos, unindo técnicas de cura díspares.

Os domínios teórico e prático dos curadores foram adquiridos, também, com a leitura de livros e tratados da época. Eles se apropriavam de conhecimentos da literatura que se somavam a sua própria experiência, proporcionando troca de instruções a respeito de métodos usados para o restabelecimento de um doente. Os livros e tratados foram escritos pelos europeus, mas eram lidos por homens de diferentes origens. Por exemplo, os negros e descendentes, ao lerem tais livros, aprendiam com os europeus e mesclavam esses conhecimentos com os que já dominavam, ocasionando uma troca de saberes. O mesmo acontecia com os homens que vieram e presenciaram a arte da cura de negros e índios, aprenderam as práticas de cura com eles e mesclaram com o que já sabiam.

O adoecimento da população no Oitocentos era também por falta de higiene. Conforme Taunay (1839, p. 88), os escravos viviam em um ambiente sujo, com péssimas condições de higiene, onde eram encontrados lamaçais com águas imundas “[...] e donde se exalam miasmas⁸⁸ insuportável ao olfato e péssimos para a saúde: a porquidade natalícia dos pretos explica um costume tão detestável”. Tal afirmação é, no mínimo, preconceituosa, uma vez que o autor era um branco aristocrático de ascendência francesa – apesar de ter nascido no Brasil – e as escravas negras e mestiças amamentavam os filhos dos senhores e faziam comida para os senhores. Essas amas de leite moravam dentro da casa grande e constantemente engravidavam para poderem ter leite e continuar amamentando os filhos das brancas; conforme Freyre (2003, p. 443), “de Portugal transmitiram-se ao Brasil, o costume das mães ricas não amamentarem os filhos, confiando-os ao peito de saloias ou escravas”. Essa realidade não foi diferente no Sertão da Ressaca, comprovando essa assimilação de culturas, que ocorreu por causa do processo de dilatação planetária e do encontro de pessoas de diferentes continentes.

A verdade é que não havia muita noção de higiene na época, de modo que a falta de assepsia agravava a enfermidade e promovia a disseminação dos micro-organismos. A higiene é importante para qualquer homem, independente da “qualidade” ou “condição”, pois um corpo limpo adoece menos. Chernoviz, já no século XIX, assim conceituava higiene:

⁸⁸Emanação a que se atribuía, antes das descobertas da microbiologia, a contaminação das doenças infecciosas e epidêmicas (HOUAISS; VILLAR, 2009).

A hygiene é parte da sciencia medica que ensina a conservar a saude; dá aos doentes e aos homens são os preceitos necessarios para a escolha dos alimentos e bebidas; as regras que se devem seguir no exercicio, banhos, somno, paixões, trabalhos intellectuaes, etc.; ensina a evitar as cousas nocivas e a fazer bom uso das uteis (CHERNOVIZ, 1890, p. 173).

Assim, para manter um corpo saudável, a arte da cura ia além de examinar e prescrever remédios; a orientação a respeito dos cuidados com o corpo e a higiene era de fundamental importância para preservação da saúde. Tais conhecimentos não eram privilégio apenas de quem exercia a arte da cura; indivíduos de distantes localidades e sem acesso a curadores, mas que possuíam um manual de fazendeiro, conseguiam informações sobre os cuidados com o corpo e acabavam exercendo a arte da cura seguindo as recomendações de um desses livros (RODRIGUES, 2010).

Os manuais de fazendeiros foram criados com a finalidade de atender aos senhores de escravos, a fim de cuidar da população cativa, com orientações e cuidados a respeito da saúde. Tais manuais ajudavam no direcionamento para manutenção do plantel de escravos, com orientações a respeito de diversas doenças, tratando especificamente de cada patologia e recomendando um tratamento, que, na grande maioria das vezes, era um recurso higiênico. Além disso, neles constavam a indicação de medicamentos e a prescrição do remédio, com a recomendação da dose e o modo de usar (TAUNAY, 1839; RODRIGUES, 2010). Os donos de escravos podiam contar com o auxílio dos manuais para diagnóstico e tratamento das enfermidades, de modo que “isolados em suas propriedades, os fazendeiros, os senhores-de-engenho, exerceram a medicina com os conhecimentos adquiridos em manuais para uso popular [...]” (HOLANDA, 1967, p. 483-484). Esses guias também eram muito utilizados pelos homens que exerciam o ofício de curar, como cirurgiões, curandeiros e boticários (GUIMARÃES, 2005). Assim, os manuais eram utilizados por homens de distintas “qualidades” e “condições”, tanto os senhores de escravos brancos, que os usavam para cuidar dos escravos, quanto os curadores negros ou mestiços, para aplicar o conhecimento em quem solicitava seus serviços.

No contexto escravista, os manuais de fazendeiros, destinados a atender aqueles que estavam longe dos médicos formados pelas academias, estabeleciam um diálogo entre o saber acadêmico e o público leigo. Fazendeiros, capacitados pelos manuais, tomavam-se curadores, “médicos” daqueles que viviam sob seu governo, escravos, agregados e familiares. Através dos manuais, os proprietários rurais puderam se inteirar de diagnósticos e tratamentos médicos para as principais doenças que acometiam seus escravos e familiares (RODRIGUES, 2010, p. 79).

No manual de Chernoviz (1842), pode-se encontrar uma gama de informações, tanto a respeito da enfermidade, quanto do tratamento. Na análise de Figueiredo (2005, p. 69),

Não há dúvida de que as obras do Dr. Chernoviz eram lidas e utilizadas no dia-a-dia. Pode-se constatar que com interesses, opiniões e objetivos distintos, todos os envolvidos com a arte de curar liam esse gênero de textos. Além dos envolvidos com a arte de curar, há uma apropriação dos textos pelo público a que estas publicações se destinavam: os lares urbanos ou rurais, distantes do acesso aos conhecimentos sistematizados, do saber médico.

Chernoviz (1842) descreve inúmeros remédios, para sanar os males, originados da flora de diversas localidades: ervas medicinais vindas da Europa, como a alcaravia⁸⁹ e a escabiosa⁹⁰; plantas medicinais brasileiras, como o carrapicho⁹¹ e a carnaúba⁹² (Figura 21), além de remédios de origem francesa, como a água oxigenada⁹³. Essas plantas originadas das quatro partes do mundo ainda são usadas como plantas medicinais. Da mesma forma a água oxigenada, que foi e ainda é usada para tratar ferimentos.

Figura 21 – Carnaúba



Fonte: Kury (2012, p. 151).

⁸⁹ Usada nas “flatuosidades e cólicas ventosas” (CHERNOVIZ, 1842, p. 281).

⁹⁰ Ministrada em moléstias cutâneas (CHERNOVIZ, 1842, p. 595).

⁹¹ Indicado para tosses (CHERNOVIZ, 1842, p. 454).

⁹² Usada nas sífilis, erupções e afecções reumáticas (CHERNOVIZ, 1842, p. 451).

⁹³ Com diversas indicações, foi usada para doenças como anemia, diabetes e tuberculose e também nos curativos oriundos de grandes traumatismos e ulcerações (CHERNOVIZ, 1842, p.275-276).

As informações desses manuais se expandiram pelos quatro continentes e levaram as pessoas a aplicar as prescrições como se fossem “médicos”. Elas, entretanto, não seguiam apenas as recomendações descritas nos livros; elas usavam conhecimentos e práticas de curas aprendidas no seu meio cultural e os mesclavam com o que tinham lido nos tratados. Esse processo acarretou uma mistura de saberes, que só foi possível pelo trânsito de pessoas e circulação de conhecimentos que ocorreu por causa da mundialização iniciada no Seiscentos. Essa mediação de saberes fez com que conhecimentos de negros, de índios e de brancos se misturassem para compor o universo da cura.

A circulação que ocorreu na América portuguesa diz respeito tanto ao trânsito de pessoas – ocasionando a proliferação de doenças – quanto ao de cultura, incluindo alguns procedimentos na arte da cura.

Foi por meio dessas trocas e adaptações, que plantas, muitas delas usadas como medicamentos, foram enraizadas no país, havendo ambientação e adaptação em solo brasileiro da fauna e da flora vindas de outros continentes. Não demorou muito para que costumes, procedimentos, uso de ervas e fabricação de medicamentos vindos de outros continentes fossem incorporados à prática do povo brasileiro (PAIVA, 2006).

Portanto, as ervas, as plantas, as práticas de curas que circularam pelo Brasil, no Oitocentos, vieram das quatro partes do mundo e serviram para mostrar a mobilidade dos homens e da flora. O Sertão da Ressaca, também, foi vítima dessa mobilidade, da troca de culturas, de plantas, de ervas, de conhecimentos e de práticas de curas, uma vez que aqui circularam homens de outros países, levaram, trouxeram e mesclaram culturas, saberes e componentes da flora, mundializando o Sertão.

4.2 ENVELHECER NO CATIVEIRO

Este item tem como objetivo apresentar a análise realizada a respeito dos escravos velhos. Embora a pesquisa tenha tido como corpus inventários datados entre 1801 e 1888, foram localizados escravos velhos apenas entre os anos de 1814 e 1885. Entende-se como sendo escravos velhos aqueles com idade igual ou superior a 60 anos e também aqueles considerados nos inventários como sendo velhos, mas sem declaração da idade. Portanto, tais cativos entraram na análise da pesquisa, juntamente com os escravos com idade igual ou superior a 60 anos. Assim, todos foram considerados como escravos velhos.

A escolha da idade de 60 anos como parâmetro para a pesquisa de escravos velhos se deu por causa da Lei nº 3.270 de 28 de setembro de 1885, sancionada no final do século XIX,

denominada Lei do sexagenário. Apesar de tal lei surgir após o período definido para a pesquisa, ela serviu como critério para definição da idade de 60 anos.

A fim de compreender, a Lei n° 3.270 de 28 de setembro de 1885, no Art. 3°, Parágrafo 10, prescreve: “são libertos os escravos de 60 anos de idade, completos antes e depois da data em que entrar em execução esta Lei; ficando, porém, obrigados, a título de indenização pela sua alforria, a prestar serviços a seus ex-senhores pelo espaço de três anos” (MENDONÇA, 2008, p. 346). Logo após, o Parágrafo 13 determina que:

Todos os libertos maiores de 60 anos, preenchido o tempo de serviço de que trata o par, continuarão em companhia de seus ex-senhores, que serão obrigados a alimentá-los, vesti-los, e tratá-los em suas moléstias, usufruindo os serviços compatíveis com as forças deles, salvo se preferirem obter em outra parte os meios de subsistência, e os Juizes de Órfãos os julgarem capazes de o fazer (MENDONÇA, 2008, p. 346).

Importante enfatizar que não há nos documentos analisados menção à Lei do Sexagenário, uma vez que a pesquisa cobriu os anos de 1814 a 1885, anteriormente à promulgação da Lei n° 3.270 de 28 de setembro de 1885.

Foram analisados os escravos velhos encontrados os inventários *post-mortem* na Imperial Vila da Vitória, no século XIX. Foram encontrados 2.159 cativos, dos quais, 124 eram escravos velhos. Esse dado equivale a 5,7% de idosos nos planteis de escravos analisados, sendo que, desse total de idosos, apenas 39 apresentavam moléstias, ou seja, 1,8% de doentes, e, 85 deles, 3,9%, encontravam-se sadios, como demonstra a Tabela 5.

Tabela 5 – Escravos velhos

	Sem identificação da idade, mas considerados velhos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 a 89 anos	Maiores de 90 anos	Total de escravos	%
Número de escravos velhos sem moléstias	8	39	23	8	7	85	3,9
Número de escravos velhos doentes	6	19	11	2	1	39	1,8
Total de escravos velhos	14	58	34	10	8	124	5,7

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Na Tabela 5, os escravos são especificados por idades separadas por faixa etária. Observa-se que os escravos com maior número de doenças estão nas faixas etárias de 60 a 69 e de 70 a 79 anos. Mas, a partir de 80 anos o número de moléstias começa a cair e a

quantidade de escravos também a diminuir. Supõe-se que, com o avançar dos anos, os escravos vão morrendo por causa da velhice e das doenças. Alguns escravos vinham identificados nos inventários como sendo doentes ou muitos doentes, em outros as doenças eram especificadas. Segundo Pires (2003, p. 64):

Inúmeras doenças e deformidades físicas e mentais estavam relacionadas à intensa e degradante condição do trabalho escravo imprimindo em seus corpos a dureza de suas condições de vida. Soma-se isso os castigos aplicados pelos senhores; as penalidades decididas no âmbito da lei, bem como as lesões corporais provenientes das brigas, desavenças e intrigas, sempre presentes no cotidiano desses segmentos e que contribuíram, decisivamente, para traçar este triste quadro.

As doenças⁹⁴ encontradas foram: aleijamento tanto em membro inferior quanto no superior, fratura, quebrado da virilha, cegueira e oftalmia, doença respiratória, doença da urina e do nariz. Não há relato de moléstia para 85 escravos. Entende-se que, por conta da idade avançada, tais escravos não tinham mais a força e vigor da juventude e encontravam-se com a produtividade reduzida.

O que é ser um escravo velho? Não existe um parâmetro de idade para os cativos no século XIX. No entanto Bluteau (1728, p. 387) discorre sobre ser velho e elege a idade de 60 anos como critério: “o que está na idade, que se segue a de varão. Na idade de sessenta annos, o homem é velho [...]”. Moraes Silva (1789, p. 514) define velho como “aquelle cuja idade já declina da varonilidade, ancião”. Para Pinto (1832, p.136), velho é o homem “que vai declinando na idade, ancião”. Os últimos dois autores não fazem referência à idade.

Dos 124 escravos velhos localizados nos inventários, 14 deles não tinham indicação de idade, mas eram descritos como *escravo velho* nos documentos. O Quadro 7 evidencia tais escravos e indica que sete deles, que foram alforriados, três portavam moléstias em seus corpos.

No Quadro 7, apenas para dois escravos, há identificação da ocupação; não há para os demais. Pode ser que não trabalhassem mais, pois a metade sofria de alguma moléstia, ou, provavelmente, realizavam serviços considerados mais leves. Não se pode afirmar como esses cativos velhos eram tratados na região estudada. Segundo Viana (2016, p. 144), os escravos doentes e velhos eram desviados para funções mais leves de acordo com a condição física, pois o que importava era utilizar o maior tempo possível a mão de obra do escravo, mesmo com limitações.

⁹⁴ Todas as moléstias estão relatadas nos Quadros 7 a 11. Tais doenças já foram discutidas nos capítulos anteriores.

Quadro 7 – Escravos sem especificação de idade, descritos como velho nos inventários

Nome	Apto ou não para o trabalho/ Doença encontrada	Ocupação	solicitação de carta de liberdade e alforrias
Pedro	Doente da virilha, quebrado	Serviço da enxada	Alforria comprada
Josefa	Doente do olho	_____	Alforria concedida
Jose	Curto da vista	_____	_____
Pedro	_____	_____	Alforria concedida
Domingos	_____	Serviço da enxada	Alforria concedida
Rosa	Doente	_____	Alforria concedida
Thereza	_____	_____	Alforria concedida
Jose	_____	_____	_____
Joaquim	_____	_____	_____
Maria Ruberia	Não apto para o trabalho, sem valor algum	_____	_____
Antonia	_____	_____	_____
Esperança	Doente	_____	_____
José	Velho quebrado	_____	Alforria concedida
Antonio	_____	_____	Alforria concedida

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Em Salvador no século XIX, o escravo idoso, muitas vezes, por não aguentar o dia a dia na lida, não fazia mais trabalhos pesados. Então, ele ficava no entorno da casa grande ou da senzala, fazendo pequenos serviços, construindo relações de afeto com as crianças e, em alguns casos, com os senhores, ou, ainda, cuidando dos filhos das sinhás, preparando as refeições ou limpando as cocheiras dos animais (BERNARDO, 2008). Na América do Norte no século XIX, os fazendeiros viam o problema da idade avançada variando as tarefas de acordo a capacidade dos escravos, havia muitas ocupações nas plantações, para a qual, os mais velhos eram adequados. Por exemplo, mulheres mais velhas se tornavam responsáveis em cuidar das crianças das escravas mais jovens, enquanto elas estavam na lida, e também serviam como sendo cuidadoras de enfermos, ou ainda, poderiam ser costureiras, rendeiras ou trabalhar no tear. Já os homens velhos eram colocados para cuidar dos rebanhos ou eram responsáveis em tomar conta das ferramentas de trabalho – limpando e mantendo-as –, alguns se tornavam jardineiros ou servos domésticos (FOGEL; ENGERMAN, 1976).

Entre esses escravos, chama a atenção Maria Ruberia, que já se encontrava tão debilitada que foi citada no inventário como sendo sem valor algum. Com certeza, essa escrava não realizava mais nenhum ofício. Outros escravos, Pedro e José, foram descritos como quebrados. A quebradura é uma moléstia ocupacional decorrente do peso que carregavam durante a lida, o que prova que esses cativos trabalharam uma vida toda servindo seus senhores em tarefas pesadas. Pedro ainda trabalhava no serviço da enxada, certamente com a produtividade diminuída, mas comprou a liberdade; e José teve a alforria concedida pelo senhor.

Os dados do Quadro 7 indicam que, dos 14 escravos velhos analisados, seis se encontravam doentes, e, desses, 3 foram alforriados pelos donos. Esses escravos velhos, doentes e agora forros, muito provavelmente não tinham condições de manter o sustento devido a doença, como exceção de Pedro e Domingos, que trabalhavam no serviço de enxada. Supõe-se que os outros não trabalhavam mais, uma vez que há omissão do ofício no inventário. Quando os escravos não eram mais lucrativos para os seus donos, eles os alforriavam. Segundo Genovese (1974), no século XIX na América do Norte, um escravo velho, não era vendido a um alto preço, eles não valiam mais que uma criança de oito anos de idade no mercado. Então a tentação de simplesmente libertá-lo no mundo era muito forte entre os senhores mais inescrupulosos.

Quanto aos enfermos alforriados, entende-se que, para alguns donos de escravos, era conveniente a alforria, pois diminuía a despesa com alimentação e com cuidadores. Bernardo (2008) analisa que, entres os motivos justificados pelos senhores, na cidade de Salvador, para entregarem a alforria ao escravo, estava a baixa produtividade em consequência da doença ou da velhice. A comprovação disso é que foram encontradas oito alforrias entre os escravos velhos, apenas uma foi comprada pelo próprio escravo, as outras foram concedidas aos escravos pelos senhores. Tal relato corrobora a afirmação de Bernardo (2008) de que no Sertão da Ressaca não foi diferente, isto é, a atitude dos senhores de alforriar os escravos velhos se igualava à dos senhores da cidade de Salvador, na Bahia, no século XIX.

Outro fator que poderia levar um senhor a alforriar seu escravo eram as relações de cumplicidade e de afeto entre ambos. Mas, como a maioria das alforrias mencionadas nos inventários não apresenta justificativa, fica a dúvida quanto à motivação para tal ato. Um exemplo de alforria concedida em razão dos laços de afetividade foi citado por Silva (2011), que fala de três escravas, mãe, filha e neta, em São João Del-Rei, no século XIX, que foram libertadas, mas continuavam vivendo em companhia da ex-senhora, por terem conquistado a sua confiança. Um exemplo de cumplicidade, na América do Norte, século XIX, agora entre a comunidade escrava, era a relação de afeto e de respeito ente eles. Os escravos mais jovens cuidavam das necessidades dos escravos mais velhos e os tratavam com muito respeito, pois tentavam compensar a humilhação que esses idosos passaram durante a vida nas mãos dos seus donos. Os jovens faziam o possível para que os idosos terminassem sua vida com dignidade, havia uma cultura africana de cuidado com o mais velho, a atenção cuidadosa e o respeito com os idosos representava uma atitude clássica africana. A dignidade das pessoas idosas se apoiava em muito mais do que apenas atenção recebida, pois eles se sentiam não apenas desejados como também úteis. Com os jovens no campo o dia todo, os velhos tinham a

responsabilidade de disciplinar as crianças e olhar os bebês. Outrossim, eles ensinavam os pequenos como fazer as suas preces, como pescar, como ser educado, como alimentar as galinhas, além de cuidarem da horta da família. Eram justamente os velhos que ajudavam e contribuíam para conforto de seus descendentes, parentes e vizinhos, logo, enquanto os escravos jovens estavam trabalhando no campo, os escravos velhos ficavam cuidando dos afazeres familiares e da horta (GENOVESE, 1974).

Outra hipótese para concessão de alforrias entre os escravos pesquisados era a idade avançada e a doença. Não se sabe para onde os escravos da Imperial Vila da Vitória iam após a alforria, se continuavam na casa do seu senhor, se tinham amigos e parentes que pudessem lhes dar moradia, ou se ficavam vagando e mendigando pelas ruas. Muitos escravos iam morar nas ruas, em total miséria, onde terminavam adoecendo e morrendo. Bernardo (2008) afirma que, entre os escravos idosos soteropolitanos da segunda metade do século XIX, muitos eram alforriados ou abandonados pelos senhores, uma vez que alforriar escravos velhos e enfermos era uma prática muito comum na época.

Na América do Norte no século XIX, o comportamento dos senhores de escravos em relação aos escravos velhos variavam, de completa e gentil preocupação e cuidado, até mesmo a barbárie. Esses casos de senhores que eram muito cuidadosos com seus escravos velhos, com certeza não era inferior em número daqueles que eram indiferentes e cruéis. Entre os dois, a grande maioria dos senhores de escravos providenciavam o mínimo de conforto material para seus escravos anciãos. Entretanto, alguns donos de escravos mal tratavam seus escravos velhos, ou os abandonavam, a fim de escaparem da sua responsabilidade para com os escravos velhos, com isso havia muitos deles que ficavam vagando pela cidade, mendigando (GENOVESE, 1974).

Não se pode afirmar a motivação que levava um senhor a alforriar os escravos: se pelos bons serviços prestados, por gratidão ou por estarem doentes e velhos e o serviço não ser mais vantajoso para o senhor, pois, em poucos momentos, a vontade ou a motivação é apresentada nos inventários. Depois de tantos anos de trabalho, os escravos velhos criavam vínculo afetivo com pessoas da sua convivência, como os outros escravos e os senhores. Com a alforria, eles poderiam ir para outro lugar, mas havia aqueles que continuavam no mesmo local. Teixeira (2014, p. 90-91) afirma que “parte desses cativos permanecia em situação semelhante àquela de antes da alforria, vivendo em companhia de seus antigos senhores, por não terem para onde ir, pelas relações sociais que construíram ali ou mesmo por gratidão aos antigos senhores”.

Na América do Norte, alguns donos de escravos se parabenizavam na sua solicitude perante os escravos mais velhos e alegavam que nenhuma classe de trabalhadores livres poderia imaginar uma aposentadoria tão segura e tão decente. Eles achavam que eles eram muito bons e muito solícitos para com os seus escravos velhos e eles alegavam que a classe livre trabalhadora não iria ter uma aposentadoria tão boa quanto um escravo. Os escravos velhos eram muito bem tratados, não apenas por bondade de seus donos, mas, os senhores de escravos percebiam que, uma das coisas que poderia revoltar um escravo jovem era ver um escravo idoso ser mal tratado, uma vez que na África o idoso era muito respeitado, havia uma grande estima dos mais novos para com os mais velhos. Sendo assim, para evitar revolta, os senhores de escravos mantinham a tradição africana de estima para com os mais velhos (GENOVESE, 1974).

Os escravos velhos não estavam presentes apenas nos inventários da Imperial Vila da Vitória. Da mesma forma, Pires (2003, p. 61), nos inventários que analisou, localizou 200 escravos e encontrou escravos velhos na região de Rio de Contas. A autora afirma que “apesar do envelhecimento e mortalidade serem precoces sob a escravidão, foram identificados, nos 15 inventários de Rio de Contas, oito escravos com mais de 60 anos”. Com esses dados, pode-se verificar que os escravos velhos faziam parte de uma realidade em regiões distintas da Bahia do século XIX. No entanto, o número de escravos velhos encontrados na pesquisa por nós realizada foi proporcionalmente maior do que os localizados por Pires (2003), o que demonstra um relevante índice de escravos velhos na Imperial Vila da Vitória.

No Quadro 8, encontram-se os escravos com idade entre 60 e 69 anos: 58 sem relatos de moléstia e 19 descritos com doentes.

Quadro 8 – Escravos com idade entre 60 e 69 anos

(continua)

Nome	Apto ou não para o trabalho/ Doença encontrada	Ocupação	Solicitação de carta de liberdade e alforrias
Custódio	_____	_____	_____
Manoel Joaquim	Doente, sem valor algum	_____	_____
Sypriano	_____	_____	_____
Joaquina	_____	_____	_____
João	Doente das aurinas	_____	_____
Salvador	Doente do olho	_____	_____
Miguel	Quebrado	_____	_____
Zaboriel	_____	Serviço da roça	_____
Rumão	Aleijado de uma perna	_____	_____
Victoria	_____	_____	_____
Maciel	_____	_____	_____
Gonçalo	Uma costela quebrada	_____	Alforria concedida

(conclusão)

Nome	Apto ou não para o trabalho/ Doença encontrada	Ocupação	Solicitação de carta de liberdade e alforrias
Luiza	Doente das vistas	_____	_____
Maria	_____	_____	_____
Izidoria	_____	_____	_____
Benedicto	_____	_____	_____
Estevão	Aleijado	_____	_____
Joaquim	_____	_____	_____
Joaquim	_____	_____	_____
Quintiliano	Aleijado	_____	_____
Constantino	Rendido das duas virilhas, quebrado	_____	_____
Francisco	_____	_____	_____
Justina	Doente	_____	_____
Joaquim	Cego de um olho e quebrado	_____	_____
Luzia	_____	_____	Alforria concedida
Joaquim	_____	_____	_____
Simão	_____	_____	_____
“Maria”	_____	_____	_____
Acacio	_____	_____	_____
Lemente	_____	Oficial de ferreiro	_____
Angelica	_____	_____	_____
Cosntança	Doente do nariz e quebrada da virilha	_____	_____
Valentino	_____	_____	_____
José Madureira	Quebrado	_____	_____
Antonio	_____	_____	_____
Eugenia	Aleijada	_____	_____
Joaquina	Muito doente	_____	_____
Machildes	_____	_____	_____
Jozafa	_____	_____	_____
Verissimo	_____	_____	_____
Efigenia	_____	_____	Alforria comprada
Joaquina	Apta para qualquer trabalho	Doméstica	_____
Domingos	Apto para qualquer trabalho	Lavoura	_____
José	_____	_____	Alforria comprada
José	_____	_____	_____
Domingos	_____	_____	_____
Feliciano	_____	_____	_____
Maria	_____	_____	_____
Thomé	_____	_____	_____
Luiza	_____	_____	_____
Antonio	Doente	_____	_____
Thereza	_____	_____	_____
Francisco Carapina	Quebrado das duas virilhas	_____	_____
Joze	Muito doente	_____	Alforria concedida
Manoel	_____	_____	_____
Roza	_____	_____	_____
Antonio	_____	_____	_____
Rita	_____	_____	_____

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Uma curiosidade relativa a esse quadro é que dois escravos estão descritos como aptos para qualquer trabalho, Joaquina e Domingos. A primeira trabalhava no serviço doméstico⁹⁵, e o segundo, na lavoura. Ambos exerciam trabalhos pesados, mesmo com a idade avançada e, como ainda estavam produzindo, não há relatos de alforria para eles. Joaquina foi a única escrava velha doméstica encontrada entre os idosos. Para Freyre (1933), muitos escravos eram considerados como se fossem pessoas da casa. Possivelmente Joaquina tinha livre acesso à casa grande e uma boa relação com as pessoas que ali moravam, construindo relações de afetividade. Os empregados domésticos eram, de certa forma, privilegiados, e havia uma doçura nas relações entre os senhores e os escravos domésticos. O autor afirma que:

A casa-grande fazia subir da senzala para o serviço mais íntimo e delicado dos senhores uma série de indivíduos – amas de criar, mucamas, irmão de criação dos meninos brancos. Indivíduos cujo lugar na família ficava sendo não o de escravos mas o de pessoa de casa. Espécie de parentes pobres nas famílias europeias (FREYRE, 1933, p. 435).

Outro escravo, Manoel Joaquim, descrito no inventário como sem valor algum, não exercia nenhum ofício e não gerava lucro para seu senhor. Importante ressaltar que, dos 19 cativos doentes, em 10 deles havia indicação de moléstias decorrentes do trabalho pesado. Eram eles os quebrados e aleijados; os outros nove padeciam de outras moléstias, que poderiam ser, ou decorrentes do trabalho, ou das condições de vida que lhes eram impostas.

Apesar de esses escravos já terem ultrapassado a idade produtiva, alguns ainda exerciam atividades: foram localizados quatro escravos que ainda exerciam ocupações árduas, apesar da idade, como no serviço da roça e lavoura, oficial de ferreiro e doméstica. Entende-se que ser um escravo velho é ser um cativo que não tem mais tanta força para produzir; no entanto, alguns deles ainda exerciam o trabalho.

Conforme Fogel e Engerman (1976), nos Estados Unidos, em 1850, o lucro com um escravo de até oito anos de idade era negativo, a partir dessa idade os ganhos iam se tornando positivos e chegavam ao seu ápice na idade de 35 anos. É interessante notar que os ganhos de escravos de 65 anos ainda eram positivos, isso não quer dizer que era um ganho semelhante ao de um escravo de 35 anos, mas eles ainda produziam e conseguiam trazer algum lucro para seu senhor, tanto quanto ao de um escravo adolescente. Isso não significa que cada escravo que chegasse a essa idade de 65 anos ainda conseguisse produzir lucro, alguns dos mais

⁹⁵ O trabalho doméstico da mulher escrava no Sertão também era pesado e exigia muito do seu corpo, pois elas carregavam água, realizavam toda a limpeza da casa, pegavam utensílios pesados para as tarefas, lavava roupa e tirava os dejetos de casa.

velhos não rendiam lucro algum. De qualquer maneira os ganhos recebidos entre os mais velhos era mais do que suficiente, apesar da sua idade e diminuição na produtividade, uma vez que o rendimento médio dos escravos permanecia positivo até eles alcançarem o final de seus 70 anos, ou seja, perto de completarem 80 anos, a partir dessa idade o rendimento começava a cair. Entretanto, mesmo depois dos 80 anos, uma parte representativa desses escravos ainda conseguia trazer rendimento para seus senhores, contudo quando ficavam doentes, permaneciam incapacitados de exercerem seu ofício.

Um problema muito comum encontrado em idosos, inclusive nos dias atuais, é a dificuldade de prender a urina ou mesmo a retenção urinária. Foi encontrado um cativo, denominado João, com esse problema. Outro escravo, Gonçalo, com uma costela quebrada, um tipo de fratura que causa dores alucinantes e impossibilita qualquer tipo de trabalho – a tal escravo foi concedida a alforria. Encontraram-se mais dois escravos com alforrias concedidas, Luiza e Joze, sem relatos de moléstias ou de ofícios que exerciam, talvez porque já não se encontravam hábeis para o trabalho em razão da idade avançada. Localizaram-se dois escravos, Efigenia e José, que compraram as manumissões, uma vez que não puderam contar com a benevolência dos seus senhores para alforriá-los. Muitas vezes, não importava se a alforria tinha sido comprada ou concedida, o escravo doente e velho acabava sendo uma despesa extra para seu senhor, e a alforria era a melhor forma de se desfazer desse cativo.

Na pesquisa, não se teve acesso às cartas de alforria, portanto não se conhece o desejo do escravo em ser alforriado. Aladrén (2009, p. 32) argumenta que as cartas de alforria descrevem o motivo pelo qual os senhores estão libertando determinado escravo, mas não aparecem os desejos e interesses do cativo; às vezes é possível fazer a leitura das entrelinhas. A verdade é que, mesmo depois de viver por tantos anos como escravos, o desejo da liberdade encantava a muitos, mesmo se tivessem de continuar vivendo com os ex-donos. Ter a carta de liberdade era um sonho realizado. Genovese (1974) traz um relato de um escravo que foi alforriado, ele dizia que para ele a liberdade era como se ele estivesse fora do sofrimento, ele argumentava que ninguém mais iria conseguir ferir seus sentimentos.

Muitos escravos passavam dos 60 anos e, ao chegarem aos 70 anos, a força e a saúde diminuía mais ainda. O Quadro 9 traz a relação dos escravos com idade entre 70 e 79 anos. Localizaram-se 34 escravos nessa faixa etária, sendo 11 portadores de moléstias.

Quadro 9 – Escravos com idade entre 70 e 79 anos

Nome	Apto ou não para o trabalho/ Doença encontrada	Ocupação	solicitação de carta de liberdade e alforrias
Pedro	_____	_____	_____
Cypriano	_____	_____	_____
Benedicto	_____	_____	_____
Pedro	_____	_____	_____
Jose	Apto para qualquer trabalho	Lavrador	_____
Gabriel	_____	Serviço da roça	_____
Manoel	_____	_____	_____
Miguel	_____	_____	_____
Athanzio	Rendido de uma virilha	Serviço da roça	_____
Antonio grande	_____	Serviço da roça	_____
Bento	_____	_____	Alforria concedida
Maria	_____	_____	_____
Julianna	_____	_____	_____
Joaquim	_____	_____	_____
Jacinto	Apto para qualquer trabalho, sem moléstias	Serviço da lavoura	_____
Jozé	_____	_____	_____
Vicente	Rendido da virilha	_____	_____
Marcos	_____	_____	_____
Narciza	Aleijada das mãos	_____	_____
Joanna	Aleijada das mãos	_____	_____
Thimoteo	Quebrado	_____	Alforria concedida
Clemente	Aleijado de uma perna	_____	_____
Manoel	Doente	_____	_____
Clemente	_____	Vaqueiro	_____
Antonio	_____	_____	Alforria concedida
Bernardo	_____	_____	_____
João	Não apto para o trabalho	_____	_____
Thomás	Cego	Lavoura	_____
João	_____	_____	_____
Francisca	_____	_____	_____
Miguel	Cego de um olho	_____	_____
Antonio	Doente de uma perna	_____	_____
Benedito	Quebrado da virilha	_____	_____
Maneco	_____	_____	Alforria concedida

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Analisando o Quadro 9, observa-se que sete cativos ainda trabalhavam no serviço da roça, na lavoura e na pecuária. Considera-se um número grande, haja vista que, em indivíduos com idade acima de 70 anos, as forças já estão bastante diminuídas e as doenças se manifestam com maior intensidade. Mesmo assim, entre os escravos que trabalhavam, dois foram descritos nos inventários como sendo aptos para qualquer trabalho e sem moléstias. Diante dessa situação, vem o seguinte questionamento: as condições de vida da Imperial Vila da Vitória eram ruins? Quando se depara com esses números, é viável fazer tal questionamento, e chega-se a pensar que os escravos tinham boa qualidade de vida. Por outro

lado, há escravos com doenças decorrentes do trabalho pesado, que são os cativos quebrados, os aleijamentos em membros superiores e inferiores, como pode se visualizar no Quadro 9.

Observam-se também dois escravos cegos, Thomás e Miguel, cuja hipótese de o primeiro ter perdido a visão é a idade avançada, pois os problemas de visão e, conseqüentemente, a cegueira, são comuns entre os idosos. Cabe ressaltar que, apesar da limitação que a cegueira acarreta, o escravo Thomás ainda trabalhava na lavoura. Já Miguel, como era cego apenas de um olho, presume-se que perdeu a visão em decorrência de algum acidente.

O valor dos escravos dependia da saúde e da idade, isto é, quanto mais novos e saudáveis, mais valiam; quanto mais velhos e doentes, menor era seu valor. Se na avaliação dos inventários era-lhes atribuído algum valor – por menor que fosse – era porque ainda exerciam algum ofício. O escravo mais caro encontrado foi Cypriano, de 76 anos (Quadro 9), avaliado em 450\$000 réis; e os escravos mais baratos foram Jacintho de 80 anos (Quadro 10) e Theodoro de 93 anos (Quadro 11), ambos avaliados em 2\$000 réis; mais barato ainda foi José (Quadro 7), no valor de 1\$000 réis, descrito como velho e quebrado. Quando o cativo não executava nenhuma atividade – por motivo de doença ou velhice – ele não era avaliado ou então era designado como um escravo sem valor algum. Como exemplo, há o escravo Manoel Joaquim (Quadro 8), que, além de ser um escravo doente, era considerado sem valor algum. Além desse, há o escravo João (Quadro 9), que não era capaz do serviço; similarmente, Maria Ruberia (Quadro 7), que era velha e sem valor; e, por último, Maria (Quadro 11), de 90 anos, também sem valor algum. Entende-se que o escravo foi avaliado como sem valor naquele momento porque estava velho, doente e já não produzia mais; no entanto, esse mesmo escravo já rendeu muito lucro para seu senhor.

A questão do escravo sem valor não pode ser pensada apenas do ponto de vista financeiro, pois, também, existia um lado afetivo importante, já que muitos escravos desenvolviam uma relação de afeto com as pessoas que conviviam na casa grande. A questão da afetividade entre o escravo e seu senhor pode ser encontrada em Stowe (1969): a história conta que o senhor Shelby, dono do escravo Tomás, passou por um problema financeiro e se viu obrigado a vender o seu melhor escravo. A indignação que a senhora Shelby ficou ao saber da venda do escravo demonstra o carinho que ela tinha pelo cativo. Ela alega que ele era um homem bom e fiel e que tinha lhe prometido a liberdade, por isso não podia ser vendido.

Há também exemplo em Freyre de uma relação de afeto entre a mucama a sinhazinha:

Histórias de casamento, de namoros, ou outras, menos românticas, mas igualmente sedutoras, eram as mucamas que contavam às sinhazinhas nos doces vagares dos dias de calor, a menina sentada, à mourisca, na esteira de pipiri, cosendo ou fazendo rendas; ou então deitada na rede, os cabelos soltos, a negra catando-lhe piolho, dando-lhe cafuné; ou enxotando-lhe as moscas do rosto com um abano (FREYRE, 1933, p. 424).

Mais uma relação de afeto era a que existia entre as amas de leite e as crianças brancas que elas amamentavam. Além dessa relação de carinho entre elas, as amas tinham um lugar privilegiado na sociedade que frequentavam. Nas próprias palavras de Freyre (1933, p. 435):

Quanto às mães-pretas, referem as tradições o lugar verdadeiro de honra que ficavam ocupando no seio das famílias patriarcais. [...]. Negras a quem se faziam todas as vontades: os meninos tomavam-lhe a bênção; os escravos tratavam-nas de senhoras, quem as visse anchas e enganjentas entre os brancos da casa, havia de supô-las senhoras bem-nascidas; nunca ex-escravas vindas da senzala.

O autor fala que essas mães-pretas eram alforriadas. Será que havia mãe-preta entre as escravas velhas da Imperial Vila da Vitória? Provavelmente sim. Poderia ser alguma escrava sobre a qual está omitido o ofício, mas que teve a alforria concedida. Entretanto, não tem como afirmar por falta de dados nos inventários.

Mas esse vínculo entre o senhor e o escravo não era privilégio de todos os cativos, muitos deles continuavam trabalhando ou eram alforriados apenas por estarem doentes e velhos. Conforme Mello (1983), a faixa etária escrava de maior produtividade era entre 15 e 45 anos, mas, mesmo com a idade e a doença chegando, além da diminuição da produtividade, o trabalho continuava sendo imposto. Dessa forma, localizaram-se nos inventários três escravos descritos como aptos para qualquer trabalho, como se visualiza no Quadro 8, os escravos Domingos e Joaquina: o primeiro trabalhava na lavoura, e a segunda era doméstica e, no Quadro 9, os escravos José e Jacintho, ambos trabalhavam na lavoura. Observa-se que mesmo após a idade produtiva, tais escravos continuavam trabalhando, produzindo e gerando lucro para seus senhores.

Conforme Engemann (2008), em relação ao preço que o escravo alcançava na avaliação dos inventários, consideravam-se as doenças que ele carregava, em especial as que eram crônicas e as que deixavam sequelas, como deformidades ou deficiências. Tais moléstias debilitavam o cativo e interferiam no valor de mercado, ou seja, quanto pior fosse considerada a enfermidade, mais baixo era o preço.

Como a mão de obra usada era a escrava, e os escravos eram um investimento feito pelos donos, tornava-se importante manter a saúde dessa população, tanto para o trabalho, na manutenção do plantel de escravos, quanto para a venda, relacionado às transações. Entende-se que o valor do escravo como mercadoria está diretamente relacionado à condição de saúde; logo, quanto mais doente o escravo estivesse, menor é o seu valor no mercado – em alguns casos havia a presença de médicos⁹⁶ especializados em examinar os escravos que estavam sendo comercializados. Não apenas os escravos sadios eram colocados para compra e venda, mas, também, os doentes, pois poderiam ser tratados, curados e revendidos pelo dobro do preço no momento da compra ou venda. O escravo era analisado pelo aspecto físico e verificava-se se carregava alguma enfermidade:

Uma leitura visual irá ocorrer diante do corpo do escravo entre os que comercializam a mão-de-obra e aspectos como idade, sexo, condição dos dentes, pele, peso, altura, cor, entre outros, irão ser observados tanto por parte daqueles que vendem quanto daqueles que compram (FIGUEIREDO, 2006, p. 254).

Importante ressaltar que muitos escravos tinham conhecimento das artes da cura, a confiança dos escravos na medicina popular, atribuía também aos escravos velhos um papel muito especial, ou seja, um papel que fazia com que os idosos se sentissem extremamente úteis e respeitados. Tipicamente eram os idosos que detinham o conhecimento das ervas com efeito medicinal, eles cuidavam dos doentes, confortavam àqueles que estavam com dor e ensinavam os escravos mais jovens o mistério da benzedura, a fim de proteger contra qualquer mal. Sendo assim, os idosos atraíam a si mesmo todo o respeito por seu dom de curar, por sua sabedoria e conhecimento, o que dava a eles um senso de identidade e de autoestima. Com isso, os escravos envelhecidos tinham alto grau de segurança emocional, assim como física, pois se sentiam protegidos, acolhidos, respeitados, estimados e necessários. Eles se percebiam assim na comunidade em que viviam, entre seus descendentes. Mesmo se alguns desses escravos velhos fossem libertos, não ficavam ociosos, porque eles sabiam que iam ser bem cuidados entre seus familiares e amigos. O erro dos seus senhores estava na suposição de que a modesta proteção da casa grande fosse responsável pela alegria e contentamento dos escravos velhos, mas na verdade era devido a habilidade deles de viverem decentemente, com alto respeito, dependendo primariamente do suporte dos escravos mais jovens (GENOVESE, 1974).

⁹⁶ Eram considerados médicos homens que trabalhavam na cura de enfermos, entretanto nem sempre portavam diplomas para tal especialidade (FIGUEIREDO, 2006, p. 254).

Para Motta (2010), o comércio de escravos velhos não era um ramo relevante na província de São Paulo entre os anos de 1861 e 1887. Assim, acredita-se que a comercialização de escravos com idade igual ou superior a 80 anos era ainda mais difícil, principalmente quando, além da velhice, a doença os afligia. Sobre essa questão, o Quadro 10 mostra dez escravos com idade entre 80 e 89 anos, dois deles com moléstias.

Quadro 10 – Escravos com idade entre 80 e 89 anos

Nome	Apto ou não para o trabalho/ Doença encontrada	Ocupação	solicitação de carta de liberdade e alforrias
Joao	_____	_____	_____
Anna	_____	_____	_____
Firmiana	_____	_____	Alforria concedida
Forencio	Quebrado	_____	_____
Antonio	_____	_____	_____
Thereza	_____	_____	_____
Pedro	“muito doentinho”	_____	_____
Antonio	_____	_____	_____
Semião	_____	_____	_____
Jacinto	_____	_____	Alforria comprada

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Analisando o Quadro 10, observa-se, inicialmente, que poucos escravos chegavam a essa idade; depois, como não há relato de ofício, acredita-se que eles não mais trabalhavam; e, ainda, com 80 anos, tais escravos não serviam mais para o serviço, tanto que os senhores já concediam a alforria para alguns deles, como a escrava Firmiana, que teve a alforria concedida.

Caso a alforria não fosse concedida, ela poderia ser comprada pelo próprio escravo, como é o caso de Jacinto. “Pagar pela alforria exigia dos escravos a acumulação de pecúlio, ou a articulação com familiares, amigos e protetores que pudessem lhe dar ou emprestar a quantia necessária” (ALADRÉN, 2009, p. 46). Será que Jacinto tinha família fora da senzala? Ou a liberdade era um sonho sustentado desde a juventude? Ou será que ele continuou vivendo com seu senhor após ser alforriado? Não se conhece o motivo. Sabe-se apenas que a liberdade foi comprada, e o valor pago ficou nas mãos do seu senhor, que poderia usar esse dinheiro para fazer outros investimentos ou quitar uma dívida. Mais uma vez foi lucrativo para o senhor, pois um escravo idoso, com idade acima de 80 anos, que provavelmente pouco trabalho executava, ainda rendeu alguns trocados. Bernardo (2008, p. 8) afirma que “A vida para muitos desses escravos velhos apresentava-se de maneira muito dura, principalmente quando se envelhecia sem conhecer a liberdade ou quando essa chegava tão tardiamente, que não possibilitava uma vida digna”.

A diminuição das forças e do trabalho, às vezes, estava relacionada à doença, como era o caso de Forencio, que era quebrado em decorrência do trabalho pesado. O outro escravo, Pedro, estava “muito doentinho”, certamente com a idade avançada ficou mais suscetível às enfermidades. Os demais não têm relato de doenças, talvez porque, apesar da força diminuída em decorrência da idade avançada, se encontravam sadios.

Também foi encontrado nos inventários analisados oito escravos com idades acima de 90 anos, com apenas um relato de doença, conforme se vê no Quadro 11.

Para muitos escravos (Quadro 11), em virtude da idade avançada e das doenças, não há relato do ofício nos inventários. Entretanto, entre os escravos com idade acima dos 90 anos, um deles chamou a atenção e foi considerado uma exceção, pois era muito idoso, além de doente. É ele o cativo de nome Antonio, que tinha 106 anos de idade, era doente do estalecido⁹⁷ e, apesar da idade avançada e da presença de moléstia, ainda trabalhava no serviço da roça.

Quadro 11 – Escravos com idade maior de 90 anos

Nome	Maior ou igual a 90 anos	Apto ou não para o trabalho/ Doença encontrada	Ocupação	solicitação de carta de liberdade e alforrias
Theodoro	93 anos	_____	_____	_____
Antonio	106 anos	Doente do estalecido	Serviço da roça	_____
Francisco	90 anos	_____	_____	_____
Luisa	90 anos	_____	_____	_____
Victorianna	90 anos	_____	_____	Alforria concedida
Bernardo	99 anos	_____	_____	_____
Joaquina	90 anos	_____	_____	Alforria concedida
Maria	90 anos	Não apto para o trabalho, sem valor algum	_____	_____

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

O inventário não faz menção alguma sobre alforriar tal escravo, pois ele ainda produzia – acredita-se que, por causa da idade e da moléstia, a produtividade se encontrava bastante reduzida. Entretanto esse escravo continuava trabalhando no serviço da roça, o que não era bom para sua saúde, pois ficava exposto às variações climáticas e, provavelmente, usava vestimentas insuficientes para proteger o corpo, o que poderia levar a uma piora da doença e posteriormente à morte. Uma vez que os escravos do Sertão da Bahia do século XIX, não usavam blusas para proteger o torso do corpo, vestiam-se apenas com calças (NEVES, 2012).

⁹⁷ Doença respiratória que podia ser asma ou tuberculose. Foi tratada no capítulo 2.

Mas, será que a morte de escravos acima de 90 anos seria lucro para seu senhor? Eugênio (2016) relata que um médico no século XIX questionou um senhor a respeito do alto índice de mortalidade dos seus escravos. O senhor respondeu que a morte dos escravos não lhe trazia prejuízo algum, pois se trabalhassem por um ano já seria suficiente para suprir as despesas geradas com a compra deles, além de gerar lucro. Deduz-se que esse senhor comprava escravos jovens, no auge da produtividade, que, após trabalho árduo, não resistiam às enfermidades e acabavam falecendo. Supõe-se que poucos escravos que trabalhavam para esse senhor conseguiam chegar à velhice. Entretanto, conforme Fogel e Engerman (1976), a frequente suposição de que os senhores preferiam que seus escravos morressem para evitar que se tornassem uma carga quando ficassem idosos era infundada. Isso talvez acontecesse se eles fossem doentes e não rendessem lucro, mas ao contrário, mesmo idosos eles conseguiam ser rentáveis para seus senhores. Genovese (1974) relata que enquanto o escravo estivesse saudável e valesse um pouco mais, o dono de escravo, por interesse próprio, preservava a vida desse cativo, mas no momento em que o escravo se tornasse doente e com pouca perspectiva de recuperação, o seu senhor já não cuidava tão bem dele e já não fazia tanto investimento para manter a sua vida.

Acredita-se que os demais escravos acima de 90 anos não mais serviam para o serviço, como exemplo, a escrava de nome Maria, que é tida como não apta para o trabalho e sem valor algum. Apesar desses escravos não renderem mais lucro para seus senhores, apenas dois deles foram alforriados. Para os escravos maiores de 90 anos observa-se que as duas alforrias concedidas foram para mulheres, apesar de não se notar preferência por libertar mulheres nos quadros anteriores. Mas em Salvador, no Oitocentos, segundo Bernardo (2008), existia uma prevalência de libertação das escravas do sexo feminino por se considerar que as mulheres eram menos produtivas e tinham menor resistência física quando comparadas aos homens. Como não era vantajoso para o senhor manter uma escrava velha no cativeiro, ele a alforriava.

Segundo Gorender (1978, p. 196), alguns senhores de escravos recomendavam dar tarefas leves para os escravos velhos. Entretanto, “a maioria dos plantadores agia de maneira mais simples: alforriava os escravos velhos e já imprestáveis, os quais ao mesmo tempo se tornavam homens livres e mendigos” e o proprietário, assim, eliminava os custos com alimentação. Karasch explica como a alforria poderia ser vantajosa para o senhor de escravos:

Em resumo, algumas cartas de alforria esclarecem como a manumissão podia servir aos interesses dos senhores e ser um instrumento de exploração daqueles que tinham que pagar pela liberdade, bem como obrigar a anos de serviço obediente. Em vez de ser um símbolo da benevolência dos senhores,

a alforria tal como praticada no Rio, funcionava amiúde como uma forma poderosa de controle dos escravos. Os donos prometiam liberdade para os obedientes e negavam-na aos rebeldes. Ademais, ao aceitar a compensação de seus servos “obedientes”, alguns dos quais em idade avançada, evitavam as despesas de cuidar deles na velhice (KARASCH, 2000, p. 469).

A saúde e a idade do escravo influenciavam diretamente na comercialização, quer dizer, quanto mais doente e velho ficava o escravo, menor era o seu valor de mercado, podendo chegar ao ponto em que não era mais vantajoso para o senhor manter o cativo, pois, além de pouco produzir, gerava despesas, por isso muitos escravos conseguiam a alforria. Essa afirmação não quer dizer que todos os escravos alforriados foram libertados por causa da velhice ou da doença, uma vez que, em muitos casos, as manumissões concedidas aos escravos eram pautadas na afetividade e confiança – situação semelhante pode ter ocorrido entre os cativos alforriados na Imperial Vila da Vitória. Entretanto, nos escritos dos inventários não foram identificados tais sentimentos, embora seja provável ter existido vínculo afetivo entre o senhor e algum escravo alforriado. Aladrén (2007) observou que alguns escravos alforriados em Porto Alegre no século XIX tinham uma maior proximidade e eram de confiança dos seus senhores, por isso acabavam sendo privilegiados na obtenção das alforrias.

Dos 124 escravos velhos encontrados nos inventários, localizou-se solicitação de 21 alforrias, sendo quatro alforrias compradas e pagas pelo próprio escravo e 17 concedidas incondicionalmente pelos senhores de escravos, como demonstra a Tabela 6.

Nesse sentido, foi possível observar dois tipos de alforria nos inventários analisados: as compradas – que podiam ser autocompradas ou compradas por terceiros – e as concedidas incondicionalmente, que eram pagas por preços bem abaixo do mercado da época, por se tratar de escravos velhos e doentes.

Tabela 6 – Escravos velhos com alforrias concedidas e compradas

Número de escravos velhos	Alforrias	%
Escravos velhos sem relatos de alforrias	103	83,1
Escravos velhos com alforrias concedidas	17	13,7
Escravos velhos com alforrias compradas	4	3,2
Total de escravos velhos	124	100

Fonte: AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível.

Para as alforrias compradas, localizaram-se nos inventários apenas as alforrias autocompradas. Para estas, era necessário que os escravos juntassem dinheiro para comprar a liberdade, como é o caso de quatro escravos. Um deles é a escrava Efigenia (Quadro 8), que

“no ato da sua avaliação apresentou a quantia declarada para a sua liberdade”,⁹⁸ também o escravo José (Quadro 8), que comprou sua liberdade conforme declarado no inventário:

Neste acto foi apresentada pelo mesmo escravo, em moeda corrente a importancia de seu valor para sua liberdade; pelo que, mandou o Juiz que incontinente se lhe passasse carta de liberdade, ficando a dita importancia depositada em poder do inventariante; de que, para constar faço este termo, em que assigna o inventariante com o Juiz. Eu Francisco Xavier de Moreira Saraiva, escrivão que escrevi.⁹⁹

Uma alforria comprada por um escravo velho era certamente uma transação comercial vantajosa para o senhor, que não iria mais ter tanto poder sobre aquele escravo, mas, também, não iria ter despesas e preocupações, ou seja, o senhor lucraria com um escravo que já não lhe dava mais lucro. No Alto Sertão da Bahia do século XIX, Neves (2012, p.146) afirma que nos inventários que ele analisou, “os senhores libertavam mais os idosos que acumulavam pecúlio e podiam pagar, ainda que em parcelas, a carta de alforria”. Contudo, a realidade dos escravos analisados da Imperial Vila da Vitória foi diferente, uma vez que poucas foram as manumissões compradas, a grande maioria das alforrias foram concedidas pelos senhores de escravos.

Da mesma forma, o escravo Jacintho (Quadro 10), que apresentou a quantia de sua avaliação para comprar a liberdade¹⁰⁰. Por fim, o escravo Pedro (Quadro 7), que já tinha uma parte da sua liberdade paga, pois o inventariado devia ao escravo uma vaca parida e uma novilha, sendo assim, o escravo entregou o valor restante, em cobre e papel, para completar o que faltava e comprar a liberdade.¹⁰¹ O fato de os escravos precisarem comprar a liberdade demonstra que, apesar da saúde debilidade e da idade avançada, muitos escravos não conseguiam, com seus donos, a tão sonhada carta de alforria e precisavam pagar por ela.

Quando um escravo pagava pela alforria, logo em seguida o senhor deveria lhe passar a carta de liberdade. Mas como não se teve acesso, durante a pesquisa, às cartas de alforria, não se sabe detalhes sobre as manumissões descritas nos inventários. Karasch (2000, p. 464) afirma que “[...] um senhor não podia se recusar a aceitar o pagamento do escravo por sua liberdade. Mas na realidade muitos faziam isso e os cativos tinham então de buscar reparação legal contra os donos obstinados”. Na verdade, quando um escravo comprava a sua alforria, o senhor era obrigado a alforriá-lo, entretanto eles poderiam ficar segurando essa manumissão,

⁹⁸ AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1881 a 1882). Inventário de Maria Rosa da Conceição (1881).

⁹⁹ AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1886 a 1889). Inventário do Capitão Ricardo Ferraz de Araujo.

¹⁰⁰ AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Avulsos (2). Testamento de Manoel Gonçalves da Costa (1856).

¹⁰¹ AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Avulsos (1). Inventário de Silverio Joaquim da Silva (1841).

a fim de ainda conseguir algum benefício com a execução de trabalhos pelo escravo. Não se pode afirmar se os cativos velhos residentes na Imperial Vila da Vitória tiveram as alforrias concedidas imediatamente, ou se ficaram esperando anos pela sua liberdade.

Os inventários analisados fornecem poucos dados sobre as manumissões. A respeito dos cativos que compravam a liberdade, há poucas informações de como eles conseguiam economizar dinheiro para adquirir a carta de alforria. Para Karasch (2000), no Rio de Janeiro, havia muitas oportunidades de o escravo acumular o próprio capital por meio do comércio. Na Bahia, há informações sobre poupança – o cativo guardava dinheiro para comprar a liberdade – chamada “juntas” ou “caixas de empréstimos”.

Ao formar uma junta, o grupo de escravos escolhia um líder em quem confiava. Ele devia guardar o dinheiro e anotar as quantias depositadas e retiradas. [...]. Os membros de uma junta reuniam-se todos os domingos para retirar e depositar o dinheiro (geralmente em cobre) e discutir negócios. Se um associado precisasse de dinheiro por algum motivo, podia tomar emprestado sem juros, embora alguns administradores supostamente cobrassem altas taxas de juros. Se a junta fosse grande, também emprestava fundos para pagar pelo resgate de cada associado, um por um; e os dividendos, se houvesse algum, eram distribuídos anualmente. Muitos africanos utilizavam essas associações de poupança para retornar à África (KARASH, 2000, p. 467).

Outra forma de guardar dinheiro era vender alguns quitutes nas ruas, como arroz doce, mingau de milho, canjica, quebra-queixo, entre outras guloseimas. Homens livres, forros e escravos trabalhavam para conseguir dinheiro; os escravos tinham como objetivo juntar o suficiente para comprar a alforria (BERNARDO, 2008). No Alto Sertão da Bahia do século XIX, os senhores concediam aos seus cativos o direito de trabalhar em benefício próprio, por um período determinado, com esse dinheiro eles poderiam compra a sua liberdade, ou mesmo a de alguém da sua família (NEVES, 2012).

Puderam-se observar quatro alforrias compradas pelos escravos nos inventários analisados, mas não se pode afirmar de que maneira eles conseguiram arrecadar dinheiro para isso; uma possibilidade é terem tido um trabalho paralelo, o qual lhes daria alguma renda. Outra forma de conseguirem dinheiro era por meio ilegais: alguns escravos roubavam ou apostavam em jogos com a intenção de arrecadar capital para comprar a liberdade. Mas independente de como conseguiam juntar o dinheiro, o dia a dia deles era trabalhando para seus donos durante anos, oferecendo um serviço lucrativo para seu senhor e com obediência, a fim de merecerem a alforria. Caso não conseguissem a benevolência dos seus senhores, eles procuravam outra forma de conquistar a liberdade.

A verdade é que os senhores de escravos não alforriavam os cativos mais valiosos, que eram os homens adultos no auge da produtividade. A liberdade vinha de maneira bastante seletiva e de forma a favorecer os donos de escravos, quando já não gerassem mais lucro e começassem a dar despesas com alimentação e problemas de saúde. Para aqueles cativos que trabalhavam paralelamente para comprar a alforria, muitos foram os casos de escravos velhos que morreram em idade avançada trabalhando nas ruas, sem conhecer a liberdade (KARASH, 2000).

O segundo tipo de manumissão encontrada nos inventários foi a alforria concedida incondicionalmente, pela qual o escravo recebia a liberdade plena do seu dono, sem registro do motivo da concessão da liberdade (KARASCH, 2000). Ao fazer um inventário, o inventariante indicava quais escravos deveriam ser alforriados. Nesse sentido, foram localizadas 17 alforrias concedidas nos documentos analisados. As manumissões podem ter sido cedidas por diversos motivos: como forma de gratidão do senhor para com seu escravo, por vínculo afetivo, por doença ou velhice. Algumas justificativas de alforrias vieram descritas nos inventários e estão relatadas a seguir; entretanto, a grande maioria dos escravos foi alforriada sem explicação.

Durante o período da escravidão no Brasil, era comum os donos de escravos alforriarem os escravos após a morte, para demonstrarem caridade ou gratidão pelos bons serviços prestados ou por serem escravas concubinas ou por terem a descendência mulata por meio de filhos adquiridos com escravas negras (FURTADO, 2009). No Sertão da Bahia do século XIX, pouca era a comercialização dos escravos velhos. “Alforriavam-se, portanto, mais anciãos do que os vendiam” (NEVES, 2012, p. 146). Realidade também vista no Sertão da Ressaca, onde se tem 13,7% de alforrias concedidas para os escravos com idade avançada.

Na pesquisa, encontrou-se uma justificativa de alforria pelos bons serviços prestados, descrita como sendo uma alforria concedida a “[...] um preto velho de nome Gonçalo de idade de 68 anos pouco mais, ou menos, e como o Suplicante deseje ardentemente alforria-lo recompensando assim seus bons serviços; por isso”.¹⁰² Karasch (2000, p. 463), afirma que:

Para evitar as despesas de cuidar de um escravo doente, ou quando um senhor libertava seus filhos e a mãe deles, a alforria podia ser gratuita – sem condição ou compensação. Mas na maioria dos casos, os donos não libertavam seus cativos sem alguma forma de pagamento ou sem um longo período de serviço obediente. O motivo mais comum para a alforria talvez fosse “bons serviços”, mesmo se o escravo tivesse permissão para comprar a liberdade.

¹⁰² AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1842). Inventário de Severo Furtunato Pereira e Brigida Barbosa.

Outro caso de alforria solicitada pelo inventariante ocorreu pelo fato de o escravo, de nome Bento, com 75 anos de idade, ser afilhado do suplicante.¹⁰³ Segundo Freyre (1961), havia muitas situações em que os senhores de escravos apadrinhavam os cativos, o que possibilitava uma convivência social, ajudava na conquista de laços afetivos, além de beneficiar seus afilhados com a alforria.

Encontraram-se duas justificativas de manumissões em virtude de doença e velhice. A descrição no inventário é a seguinte: “deixo igualmente forro o meu escravo José Uçá por ser velho e quebrado na quantia de um mil reis”.¹⁰⁴ A outra justificativa, em função da idade avançada e da falta de saúde, foi para o escravo Joze, crioulo, de 60 anos, que, por ser muito doente, foi solicitada a avaliação para a sua liberdade.¹⁰⁵ Tais alforrias corroboram a análise de Karasch (2000, p. 462) ao afirmar que “talvez alguns senhores alforriassem incondicionalmente quando queriam evitar as despesas de cuidar de escravos idosos e doentes”.

Alforriar um escravo velho não parecia uma tarefa tão difícil para um senhor de escravos, uma vez que a grande maioria desses cativos já não produzia como antes, além de se encontrarem cansados e, muitos deles, inválidos. Gorender (1978, p. 196) afirma que “se o escravo jovem e vigoroso devia ser preservado, os escravos velhos e inválidos constituíam peso morto no orçamento do plantador. Consumiam alimentos e já não produziam”.

Da mesma forma aconteceu no Engenho Novo da Pavuna, no Rio de Janeiro, no século XIX. O Visconde Pascoal Cosme dos Reis alforriava os escravos idosos. Não havia uma quantidade grande de escravos mais velhos nesse local por duas razões: a primeira é porque era mais difícil comercializar escravos acima de 40 anos, de igual modo, havia uma maior mortalidade acima dessa faixa etária. Também ocorriam alforrias em função da idade avançada e da saúde precária (MACHADO; ENGEMANN; FLORENTINO, 2003).

Os escravos enfermos e idosos, que passaram a vida toda trabalhando para seus senhores, eram desprezados por não terem mais condições físicas e não conseguirem produzir como antes (SANTANA, 2012). Além disso, os proprietários de escravos tinham grande interesse em se livrarem de escravos velhos e inválidos. Sem dúvida, tratava-se de uma “alforria perversa”:

Quanto mais alta a rentabilidade conjuntural, tanto mais vantajoso estafar o escravo, obter dele o máximo de sobre-produto em curto prazo, mesmo à

¹⁰³ AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1842). Inventário de Joaquim Ferraz de Araujo.

¹⁰⁴ AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1849). Testamento de Agostinho Ferreira do Espirito Santo.

¹⁰⁵ AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1827 a 1833). Inventário de Manoel de Oliveira Feitas (1833).

custa da redução dos seus anos de vida útil e da elevação da amortização anual do preço de compra. Além do que, de modo geral, prolongar a vida do escravo significa o aumento dos gastos com seu sustento diário (GORENDER, 1978, p. 195).

A libertação dos escravos velhos privava o senhor de maiores obrigações. Para Mendonça (2008, p. 169) “[...] a liberdade para os ‘velhos’ escravos não lhes traria bem algum, já que seriam lançados em completa desproteção”. Figueiredo (2006) afirma que muitos desses escravos enfermos eram abandonados pelos donos por causa da doença ou da velhice. Mesmo antes da Lei dos sexagenários, a liberdade para o escravo velho e inválido era de interesse do senhor, e com a aprovação da Lei, tal fato ficou ainda mais evidente:

A libertação dos escravos sexagenários foi vista muitas vezes como uma medida que tendeu a favorecer muito mais os senhores que os próprios escravos contemplados com a liberdade. Libertar escravos sexagenários teria significado livrar os senhores do ônus de cuidados e tratamentos a indivíduos que, pela idade, eram já improdutivos (MENDONÇA, 2008, p. 171).

Os escravos velhos dos inventários analisados foram libertados mesmo antes de a Lei do sexagenário vigorar, o que foi vantajoso para o senhor de escravos, pois se viu desobrigado de dar assistência aos seus escravos após a alforria, uma vez que a legislação obrigava os senhores a cuidar dos ex-escravos, dando-lhes alimentos, roupas e tratamentos para as moléstias.

Mais um tipo de manumissão muito comum no século XIX, mas que não foi localizada nas alforrias dos escravos velhos pesquisados é a alforria condicional, que exigia uma condição para conceder a liberdade ao escravo. Conforme Aladrén (2009), partindo do ponto de vista dos senhores de escravos, essa alforria era vantajosa, pois o escravo permanecia cativo até conseguir cumprir todas as condições estabelecidas. Para o autor, as alforrias condicionais são ambíguas:

Podem aproximar-se das gratuitas incondicionais quando requerem como contrapartida do escravo um tempo de serviço breve, ou mesmo quando exigem que se preste serviço até a morte do senhor, se este estiver na eminência de morte. Por outro lado, muitas vezes o senhor tardava a falecer e o escravo ficava preso a essa condição durante muitos anos. Da mesma forma, havia alforrias em que se exigia que o escravo prestasse cinco, seis ou até 10 anos de serviço, apesar de não serem muito frequentes. Ainda havia aquelas que correlacionavam diretamente o tempo de serviço prestado pelo escravo com um valor monetário, o que as aproxima das pagas (ALADRÉN, 2009, p. 47).

Tal manumissão não foi encontrada entre as alforrias dos escravos velhos, talvez porque a idade avançada não permitia oportunizar que o escravo trabalhasse mais alguns anos. Não porque o senhor não quisesse, uma vez que, para o senhor, sempre é lucrativo o trabalho escravo, mas porque as condições físicas não permitiam que o cativo servisse mais.

Dessa forma, conclui-se que as alforrias podem ter sido dadas aos escravos porque eles estavam velhos e doentes; mas também podem ter sido dadas por um sentimento de gratidão ou por vínculo afetivo. Tais manumissões vieram depois de muitos anos de escravidão. Alguns desses escravos já estavam tão fragilizados pela idade e pela doença que não mais produziam. A verdade é que os escravos velhos foram presença marcante na Imperial Vila da Vitória; estando doentes ou não, eles influenciaram e conquistaram espaço no Sertão da Bahia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de pesquisa ocupou-se dos males que acometiam os escravos, no século XIX, na Imperial Vila da Vitória. Para isso, analisaram-se 460 inventários *post-mortem*, datados entre os anos de 1801 e 1888, digitalizados, do arquivo do Fórum Desembargador João Mangabeira, na cidade de Vitória da Conquista, Bahia. Realizou-se o levantamento e, a seguir, procedeu-se à discussão de todas as enfermidades encontradas, numa perspectiva multidisciplinar, possibilitada pelo diálogo com autores da área de saúde, memória, história, sociologia e filosofia. O estudo permitiu averiguar quais as doenças que atingiam os escravos, quem eram os homens que exerciam a arte da cura e como os males eram entendidos e tratados no Oitocentos.

Com a análise dos inventários, portadores de informações relevantes para a pesquisa, foi possível resgatar a memória da população escravizada na Imperial Vila da Vitória e investigar aspectos históricos e culturais dessa população. O *corpus* documental da pesquisa forneceu dados referentes às doenças que afligiam os escravos e especificidades da vida, cultura, mistura de cores, idades e ofícios da população escravizada.

Foi identificada uma variedade de doenças que afetavam diferentes partes do corpo do escravo, como as enfermidades respiratórias, ortopédicas, reumatológicas, neurológicas e relacionadas ao trabalho. Dos 2.159 escravos analisados, 230 apresentaram alguma enfermidade.

Os relatos das doenças arroladas nos inventários revelaram que, apesar da pequena porcentagem de escravos doentes, uma das consequências das enfermidades podem estar relacionadas às condições de trabalho. Por outro lado, essas enfermidades podem ter sido adquiridas pelo contágio com indivíduos oriundos das quatro partes do mundo, em função da mundialização decorrente do processo de expansão ibérica.

As informações possibilitaram analisar os curadores, as formas de cura e os remédios usados no século XIX para a recuperação do corpo enfermo. No contexto da pesquisa, foi possível esclarecer o conceito de doença no Oitocentos, discorrer a respeito da cura, dos procedimentos, das técnicas e cuidados que buscavam o restabelecimento do corpo doente.

Entende-se que as misturas não eram apenas biológicas; houve, também, troca de experiências, práticas, costumes, valores, sentimentos, identidades, crenças e, principalmente, disseminação de enfermidades pelos continentes. Pode-se falar de mistura também quando se analisa o processo de cura, uma vez que os homens que exerciam essa arte portavam conhecimentos oriundos de diferentes localidades e os mesclavam com experiências

vivenciadas no Novo Mundo. Os homens responsáveis pela arte de curar tinham a sua disposição um arsenal terapêutico muito vasto, oriundo da flora medicinal brasileira, que, em razão do processo de mundialização iniciado no século XVI, era mesclado com plantas vindas de outras partes do mundo. Da mesma forma muitas plantas brasileiras foram exportadas para compor o arsenal terapêutico de outros continentes, o que proporcionava um ir e vir de plantas entre variadas localidades.

Dessa forma, foi possível verificar, pela análise realizada, que as doenças dos escravos foram identificadas, tratadas e curadas por pessoas e com práticas de cura oriundas das quatro partes do mundo. Verificou-se também que muitas dessas plantas e práticas de cura ainda são usadas nos dias atuais para sanar males, atestando que a memória das diversas formas de cura ainda sobrevive na população contemporânea.

Por último, a pesquisa apresentou a população de escravos velhos encontrados nos inventários. Dos 124 escravos velhos localizados, 39 deles apresentavam males em seus corpos e, por estarem com a idade avançada e muitos deles com doenças, tinham a produtividade bastante reduzida. Mesmo assim, muitos ainda trabalhavam, e a alforria só chegava depois de vários anos de escravidão, quando o corpo não respondia mais ao ofício e a saúde o debilitava. Com tais agravantes, era vantajoso para o dono de escravo alforriá-lo, pois, além do cativo não dar mais lucro, ainda gerava despesas, tanto com alimentação, quanto com os cuidados com a saúde. Assim, usando a liberdade do escravo para se beneficiar, os donos de escravos entregavam as manumissões depois de muitos anos de trabalho, após a idade produtiva. Das 21 alforrias encontradas entre os escravos velhos, apenas quatro delas foram compradas pelo próprio escravo; 17 foram concedidas pelos senhores. Conclui-se que as alforrias eram concedidas quando o escravo estava velho ou doente.

O estudo da população escravizada da Imperial Vila da Vitória proporcionou um melhor entendimento sobre a sua saúde e velhice dos escravos. Dessa forma, foi possível compreender as memórias dos males e das curas dos escravos doentes e velhos no Sertão da Bahia no século XIX.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. **Arte boticária**: uma análise a partir de boticários e boticas da Comarca do Rio das Velhas na segunda metade do século XIX. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VGRO72MSVQ/disserta__o_de_deyse_marinho_de_abreu.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 maio 2015.

ALADRÉN, G. Alforria, paternalismo e etnicidade em Porto Alegre, 1800-1835. **Anos 90**, Porto Alegre, v. 15, n. 27, 2007.

ALADRÉN, G. **Liberdades negras nas paragens do Sul**: alforria e inserção social de libertos em Porto Alegre, 1800-1835. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

ALENCASTRO, L. F. **O trato dos viventes**: formação do Brasil no Atlântico Sul, séculos XV e XVI. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ALMEIDA, C. B. S. **Medicina mestiça**: saberes e práticas curativas nas Minas setecentistas. São Paulo: Annablume, 2010.

ALMEIDA, C. B. S. **Por minha letra e sinal**: Os cirurgiões, a escrita e mobilidade social nas Minas Gerais (Séculos XVIII e XIX). 2014. Tese (Doutorado em História) – Programa de pós-graduação do Departamento de História da FAFICH/UFMG, Belo Horizonte, 2014.

ANDRADE, G. O. (Org.). **Morão, Rosa & Pimenta**: Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina do Brasil. Recife: Arquivo Público Estadual, 1956. 565 p.

AULETE, C. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Delta, 1964.

BARRETO, M. R.; PIMENTA, T. S. A saúde dos escravos na Bahia oitocentista através do Hospital da Misericórdia. **Territórios e Fronteiras (Online)**, v. 2, p. 75-90, 2013.

BARROS, S. A. P. O uso de memórias como fonte de pesquisa para a história da educação da população negra em São Paulo. **Sæculum – Revista de História**, João Pessoa, v. 23, p. 135-144, jul./dez. 2010.

BBC BRASIL. **Hermafroditas, 32 cérebros e 18 testículos**: as sanguessugas e sua utilização pela medicina. Publicado em 23 de agosto de 2016. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/geral-37084888>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BERGSON, H. **Matéria e memória**: ensaio sobre a relação do corpo com o espírito. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BERNARDO, K. J. C. As diversas faces da velhice no século XIX. In: ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA ANPUH/BA, 4, 2008, Vitória da Conquista. **Livro de Resumos...** Vitória da Conquista: Edições UESB, 2008. p. 11-282.

BLUTEAU, R. **Vocabulário português e latino**. Coimbra: Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1728. Disponível em: <<http://dicionarios.bbm.usp.br/pt-br/dicionario>>. Acesso em: 29 out. 2016.

BOBATH, K. **Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1984.

CARDOSO, M. H. C. A. et al. **História e medicina: a herança arcaica de um paradigma**, 2000. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle-icict/6343>>. Acesso em: 22 set. 2015.

CARDOSO, A. P. Pneumonias Comunitarias. In: AIDÉ, M. A. et al. (Org.) **Pneumologia: aspectos práticos e atuais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

CHERNOVIZ, P. L. N. **Diccionario de medicina popular e das scienciasaccessarios para uso das famílias contendo a descrição das causas, symptomas e tratamento das moléstias; As receitas para cada moléstia; As plantas medicinaes e as alimentícias; As águas mineraes do Brazil, de Portugal e de outros paizes**. E muitos conhecimentos úteis. 6. ed. Pariz: A. Roger & F Chernoviz, 1890.v. 1 e 2. Disponível em: <<http://www.brasiliana.usp.br/bbd/handle/1918/00756320#page/1/-mode/1up>>. Acesso em: 30 maio 2016.

CHERNOVIZ, P. L. N. **Formulário e guia médico**. Tomo I e II. 17 ed. Paris: Livraria de A. Roger e F. Chernoviz, 1904.

CLENDENING, L. **Source book of medical history**. New York: Dover, 1960.

COSTA NETO, E. M.; PACHECO, J. M. Utilização medicinal de insetos no povoado de Pedra Branca, Santa Terezinha, Bahia, Brasil. **Biotemas**, 18 (1), p.113-133, 2005.

DAZILLE, J. B. **Observações sobre as enfermidades dos negros**. Tradução Antônio José Vieira de Carvalho. Lisboa: Tipografia Arco do Cego, 1801.

DEBRET, J. B. **O Brasil de Debret**. Pranchas. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1993. Coleção imagens do Brasil. v. 2.

DIAS, M. O. L. S. Nos Sertões do Rio das Velhas e das Gerais: vida social numa frente de povoamento, 1710-1733. In: FERREIRA, L. G. **Erário Mineral**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

DRIUSSO, P. Alterações ósseas. In: In: CHIARELLO, B.; DRIUSSO, P.; RADL, A. L. M. **Fisioterapia Reumatológica**. Barueri: Manole, 2005.

DUARTE, J. R. L. **Ensaio sobre a higiene da escravatura no Brasil**. 1849. Tese – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert), 1849. Disponível em: <<http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=inu.30-000113687838;view=1up;seq=6>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ENGEMANN, C. **De laços e de nós**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2008.

EUGÊNIO, A. **Lágrimas de sangue**: a saúde nos escravos no Brasil da época de Palmares à Abolição. São Paulo: Alameda, 2016.

FALCI, M. B. K. **Comparando a saúde e morte de mulheres escravas no século XIX no Brasil**. Rio de Janeiro: ANPUH-RJ, 2004.

FERREIRA, L. G. **Erário Mineral**. Organizado por Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

FERREIRA, L. O. Medicina Impopular. In: CHALHOUB, et al. (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

FERREIRA, M. L. C. **A doença do peito**. Dissertação (mestrado em História Contemporânea). Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, 2005.

FIGUEIREDO, B. G. **A arte de curar**: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Brasília, DF; Belo Horizonte, MG: Argvmentvm, 2008.

FIGUEIREDO, B. G. As doenças dos escravos: um campo de estudo para a história das ciências da saúde. In: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M.; MARQUES, R. C. (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006. p. 252-273.

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

FLECK, E. C. D.; ANZAI, L. C. Apresentação do dossiê “história da saúde e das doenças: protagonistas e instituições”. **Revista Territórios & Fronteiras**, Cuiabá, v. 6, n. 2, jul./dez., 2013.

FOGEL, R. W.; ENGERMAN, S. L. **Time on the cross**: The economics of American Negro slavery. London: Wildwood House, 1976.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos da Epidemiologia**. São Paulo: Manole, 2005.

FREITAS, O. **Doenças africanas no Brasil**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1935. Disponível em: <<http://www.brasiliana.com.br/obras/doencas-africanas-no-brasil/pagina/3/texto>>. Acesso em: 30 maio 2016.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal. São Paulo: Global, 2003.

FREYRE, G. **Sobrados e Mocambos**. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1961.

FURTADO, J. F. **A morte como testemunho de vida**. São Paulo: Contexto, 2009.

FURTADO, J. F. Arte e segredo: o licenciado Luís Gomes Ferreira e seu caleidoscópio de imagens. In: FERREIRA, L. G. **Erário Mineral**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

GALLINARO, A. L.; COSTA, R. A.; WATANABE, S. H. Artrite Reumatóide. In: CHIARELLO, B.; DRIUSSO, P.; RADL, A. L. M. **Fisioterapia Reumatológica**. Barueri: Manole, 2005.

GENOVESE, E. D. **Roll, Jordan, roll: The World the slaves made**. New York: First Vintage Books Edition, 1974.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1939.

GINZBURG, C. **O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela inquisição**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

GORENDER, J. **O escravismo colonial**. 2 ed. São Paulo: Ática, 1978.

GRUZINSKI, S. **As quatro partes do mundo: história de uma mundialização**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014.

GUIMARÃES, M. R. C. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. **Hist. Ciênc. Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 501-514, 2005.

HALBWACHS, M. **A Memória Coletiva**. São Paulo: Centauro, 2003.

HOLANDA, S. B. H. **Caminhos e fronteiras**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

HOLANDA, S. B. H. **História Geral da Civilização Brasileira**. Tomo I. A Época Colonial. Rio de Janeiro - São Paulo: DIFEL, 1977.

HOLANDA, S. B. H. **História Geral da Civilização Brasileira**. Tomo II. O Brasil Monárquico. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IVO, I. P. **O anjo da Morte contra o santo lenho: poder, vingança e cotidiano no sertão da Bahia**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2004.

IVO, I. P. **Homens de caminho: trânsitos, comércio e cores nos sertões da América Portuguesa – século XVIII**. 2009. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

IVO, I. P. **Homens de Caminho: trânsitos culturais, comércio e cores nos sertões da América Portuguesa. Século XVIII**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2012.

IVO, I. P.; SANTOS, O. F. Mestiçagens e distinções sociais nos sertões da Bahia do século XIX. **Revista de História Regional**, v. 21, n. 1, p. 110-129, 2016.

KARASCH, M. C. **Avida dos escravos no rio de janeiro (1808 – 1850)**. São Paulo: Companhia das letras, 2000.

KIPLE, K. F. **The Caribbean Slave: A biological history**. Cambridge University Press, 1984.

KISNER, C. COLBY, L. **Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas**. São Paulo: Manole, 1987.

KODAMA, K.; PIMENTA, T. S.; GOMES, F. Carta dos editores convidados. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. supl 1, 2012.

KRITSKI, A. L. Tuberculose e Micobacterioses. In: AIDÉ, M. A. et al. **Pneumologia: aspectos práticos e atuais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

KURY, L. B. (Org.). **Sertões adentro: viagens nas caatingas século XVI a XIX**. Rio de Janeiro: Andrea Jakobsson Estúdio, 2012.

LE GOFF, J. **História e Memória**. 4. ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1996.

LE GOFF, J. **História e Memória**. 5. ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

LE GOFF, J. **História e memória**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1990. Disponível em: <<http://www.4shared.com/office/EohSKUFH/file.html>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

LEITE, I. B. **Antropologia da viagem: escravos libertos em Minas Gerais no século XIX**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1996.

LEVI, P. **É isto um homem?** Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

LIMA, M. C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. São Paulo: Saraiva, 2004.

MACHADO, C.; ENGEMANN, C.; FLORENTINO, M. Entre o geral e o singular: histórias de fazendas escravistas da América do Sul – séculos XVIII e XIX. In: FLORENTINO, M.; MACHADO, C. (Org.). **Ensaio sobre a escravidão (I)**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003. p. 167-187.

MAGALHÃES, B. R. et. al. Evolução da economia e da riqueza na comarca do Rio das Velhas – capitania de Minas Gerais, 1713 - 1763. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 10, 2002, Diamantina. **Anais...** Diamantina, 2002. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/diamantina2002/textos/D04.PDF>>. Acesso em: 30 maio 2016.

MARQUES, R. J. **Casa grande & senzala, Gilberto Freyre e medicina**. Recife: CEPE, 1983.

MELLO, P. C. Estimativa da longevidade de escravos no Brasil na segunda metade do século XIX. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-179, jan./abr. 1983.

MENDES, L. A. O. **Memória a respeito dos escravos e tráfico da escravatura entre Costa D’Africa e o Brasil**. Bahia: P55edições, 2013.

MENDONÇA, J. M. N. **Entre a mão e os anéis: a Lei dos Sexagenários e os caminhos da abolição no Brasil**. Campinas: Editora da UNICAMP, 2008.

MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços de cura**. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004.

MORAES SILVA, A. **Diccionario Língua Pôrtugueza**. Composto pelo padre D. Rafael Bluteau, reformado, e acrescentado por Antônio de Moraes Silva, Natural do Rio de Janeiro. Tomo Primeiro, A=Z. Lisboa, Na Officina De Simão Thaddeo Ferreira. 1789. Com Licença da Real Meza da Commissão Geral, sobre o Exame, e Cenfura dos Livros. Disponível em: <<http://dicionarios.bbm.usp.br/en/dicionario/>>. Acesso em: 29 out. 2016.

MORAES SILVA, A. **Diccionario Língua Portugueza**. Composto por Antonio de Moraes Silva. Melhorada e muito acrescentada por Agostinho de Mendonça Falcão. Tomo II. Lisboa, 1858. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=ITBxS8oISF4C&pg=PA704&lpg=PA704&dq=rendido+das+virilhas;+o+que+tem+relaxa%C3%A7%C3%A3o,+ruptura+inguinal&source=bl&ots=BG__HlBedE&sig=19xI3dFu8ZuE4UmpOSg-wAcZChk&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjDoc6Bv9fRAhUCQiYKHY7lDzkQ6AEIGzAA#v=onepage&q=rendido%20das%20virilhas%3B%20o%20que%20tem%20relaxa%C3%A7%C3%A3o%2C%20ruptura%20inguinal&f=false>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MOSSÉ, C. As lições de Hipócrates. In: LE GOFF, J. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997.

MOTTA, J. F. O tráfico de escravos velhos (Província de São Paulo, 1861-1887). In: **Histórias: Questões & Debates**, Curitiba, Editora da UFPR, n. 52, p. 41-73, jan./jun. 2010.

NASCIMENTO, V. M. Diálogos com a natureza em práticas de cura. **Proj. História**, São Paulo, v. 26, p. 255-271, jun. 2003.

NEVES, D. D.; SILVA JUNIOR, C. T.; CHIBANTE, A. M. S. Derrame pleural. In: AIDÉ, M. A. et al. (Org.). **Pneumologia: aspectos práticos e atuais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

NEVES, E. F.; MIGUEL, A. (Org.). **Caminhos do sertão: Ocupação territorial, sistema viário e intercâmbios coloniais dos sertões da Bahia**. Editora Arcádia, 2007.

NEVES, E. F. **Escravidão, pecuária e policultura: alto sertão da Bahia, século XIX**. Feira de Santana: UESF Editora, 2012.

NORA, P. Entre a memória e a história: a problemática dos lugares. **Projeto História**, n. 10, dez. 1993.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, 1993.

PAIVA, E. F. Mandioca, pimenta, aljôfares: trânsito cultural no império português. *Naturalia & mirabilia*. In: STOLS, E.; THOMAS, W.; VERBERCKMOES, J. (Org.). **Naturalia, mirabilia & monstrosa en los imperios ibéricos (siglos XV-XIX)**. Louvain: Leuven University Press, 2006.

PAIVA, E. F. Apresentação. In: ALMEIDA, C. B. S. **Medicina mestiça: saberes e práticas curativas nas Minas setecentistas**. São Paulo: Annablume, 2010.

PAIVA, E. F. **Dar nome ao novo: uma história lexical das Américas portuguesa e espanhola, entre os séculos XVI e XVIII (as dinâmicas de mestiçagem e o mundo do trabalho)**. 2012. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

PAOLI, M. C. Prefácio. In: FIGUEIREDO, B. G. **A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais**. Brasília, DF; Belo Horizonte, MG: Argvmentvm, 2008.

PATY DO ALFERES, F. P. L. W. **Memória sobre a fundação e custeio na província do Rio de Janeiro**. 3. ed. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmer, 1878.

PINTO, L. M. S. **Dicionário da Língua Brasileira**. Ouro Preto: Na Typographia de Silva, 1832. Não paginado.

PIRES, M. F. N. **O crime na cor: escravos e forros no alto sertão da Bahia –1830-1888**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2003.

PRIORE, M. D. **Histórias da gente brasileira: volume I: colônia**. São Paulo: Le Ya, 2016. Disponível em: <[RADL, A. L. M. Artrites Microcristalinas. In: CHIARELLO, B.; DRIUSSO, P.; RADL, A. L. **M. Fisioterapia Reumatológica**. São Paulo: Manole, 2005.](https://books.google.com.br/books?id=1JIQDAAAQBAJ&pg=PT380&lpg=PT380&dq=A+farm%C3%A1cia+dom%C3%A9stica+contava+com+um+uma+rica+variedade+de+esp%C3%A9cies+cultivadas+nos+quintais.+O+alecrim+era+considerado+poderoso+contra+raios+e+usado+para+afastar+feitos%C3%A7os.+Folhas+de+figueira+tinh+am+que+ser+respeitadas:+n%C3%A3o+podiam+ser+queimadas+em+casa+onde+tivesse+crian%C3%A7a+em+fase+de+aleitamento&source=bl&ots=9aQDSsn_kp&sig=_NEVh88fbOsIWxqzmficWMQSILw&hl=ptBR&sa=X&ved=0ahUKEwj9hK2FutDNAhVLfpAKHUmSbv0Q6AEIJzAC#v=onepage&q=A%20farm%C3%A1cia%20dom%C3%A9stica%20contava%20com%20um%20uma%20rica%20variedade%20de%20esp%C3%A9cies%20cultivadas%20nos%20quintais.%20O%20alecrim%20era%20considerado%20poderoso%20contra%20raios%20e%20usado%20para%20afastar%20feitos%C3%A7os.%20Folhas%20de%20figueira%20tinh+am%20que%20ser%20respeitadas%3A%20n%C3%A3o%20podiam%20ser%20queimadas%20em%20casa%20onde%20tivesse%20crian%C3%A7a%20em%20fase%20de%20aleitament&f=false>. Acesso em: 30 jun. 2016.</p>
</div>
<div data-bbox=)

RICOEUR, P. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007.

RODRIGUES, J. **De costa a costa: escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

RODRIGUES, K. Os manuais de fazendeiros, o governo dos escravos e medicina no século XIX. In: ENCONTRO REGIONAL DA ANPUH: MEMÓRIA E PATRIMÔNIO, 14, 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2010. ISBN: 978-85-60979-08-0.

RODRIGUES, S. P. As Contribuições de Galtier e Pasteur para a Teoria Microbiana Das Doenças. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SOCIEDADE: CIÊNCIA E TECNOLOGIA CONSTRUINDO A IGUALDADE NA DIVERSIDADE, 4, 2011, Curitiba. **Anais...**Curitiba, 2011. ISSN 1808-8716. Disponível em: <<http://www.esocite.org.br/eventos/tecsoc2011/cd-anais/arquivos/interface/artigos-buscar.html?search=#>>. Acesso em: 11 set. 2015.

RUFINO, R. et al. Bronqueolites. In: AIDÉ, M. A. et al. (Org.). **Pneumologia: aspectos práticos e atuais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

RUGENDAS, J. M. **O Brasil de Rugendas**. Pranchas. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1998. Coleção imagens do Brasil. v. 1.

RÜSEN, J. Como dar sentido ao passado: questões relevantes de meta-história. **História da Historiografia**, v. 2, p.163-209, mar. 2009.

SALTER, R. B. **Distúrbios e lesões do sistema músculo-esquelético**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1985.

SAMPAIO, T. **Os naturalistas viajantes: e a etnografia indígena**. Salvador: Livraria Progresso Editora, 1955.

SANTANA, N. P. **Família e microeconomia escrava no sertão do São Francisco (Urbubu - BA, 1840 - 1880)**. 2012. Dissertação (Mestrado em História Regional e Local) – Departamento de Ciências Humanas V, Universidade Estadual da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2012.

SANTOS FILHO, L. C. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1977.v. 1.

SANTOS FILHO, L. C. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1991.v. 2.

SANTOS FILHO, L. **Pequena história da medicina brasileira**. São Paulo: São Paulo Editora S.A., 1966.

SANTOS, D. L. Curandeiros, benzedeiros, rezadeiras: tradição e cultura em Santo Antonio de Jesus. In: CHAVES, C. L. (Org.). **História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013.

SCARANO, J. **Negro nas terras do ouro: cotidiano e solidariedade século XVIII**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

SILVA, C. L. O serviço mais íntimo e delicado: aspectos do universo da escravidão doméstica e algumas formas de conquista de alforria. **Mal-Estar e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 89-110, 2011.

SILVA, J. R. L. et al. Asma Bronquica. In: AIDÉ, M. A. et al. (Org.). **Pneumologia: aspectos práticos e atuais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

SLENES, R. W. **Na senzala, uma flor – esperanças e recordações na formação da família escrava**: Brasil Sudeste, século XIX. Campinas: Editora da Unicamp, 1999.

SOARES, M. S. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v. VIII, n. 2, p. 407-438, jul./ago. 2001.

SOUSA, G. S. **Tratado descritivo do Brasil em 1587**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 2000.

SOUZA, A. B. **A alimentação no Planalto de Conquista**: 1930 a 1950. Vitória da Conquista: UESB, 1996.

SOUZA, G. M. B. Benzedura e mentalidade: sobrevivência de uma prática historicamente acumulada. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 22., 2003, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: ANPUH, 2003.

SOUZA, L. M. **O diabo e a terra de Santa Cruz**: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

SPIX, J. B. V.; MARTIUS, C. F. P. V. **Viagem pelo Brasil**: 1817-1820. São Paulo: Editora Itatiaia Limitada, Editora da Universidade de São, 1981.

STOWE, H. B. **A cabana do pai Tomás**. Edições de Ouro, 1969.

SUBRAHMANYAM, S. Connected histories: notes towards a reconfiguration of early modern Eurasia. In: LIEBERMAN, V. (Ed.) **Beyond binary histories**. Reimagining Eurasia to c. 1830. The University of Michigan Press, 1997.

TANAJURA, M. **História de Conquista**: crônica de uma cidade. Vitória da Conquista, 1992.

TAUNAY, C. A. **Manual do agricultor brasileiro**. Organização Rafael de Bivar Marquese. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

TEIXEIRA, H. M. Entre a escravidão e a liberdade: as alforrias em Mariana-MG no século XIX (1840-1888). **Afro-Ásia**, v. 50, p. 45-92, 2014.

THORNTON, J. K. **A África e os africanos na formação do mundo Atlântico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

TORRES, T. L. (1859-1896). **O município da Conquista**. Vitória da Conquista, Ba. Museu Regional de Vitória da Conquista/ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 1996.

TUBERCULOSE. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br/>>. Acesso em: 2 jan. 2017.

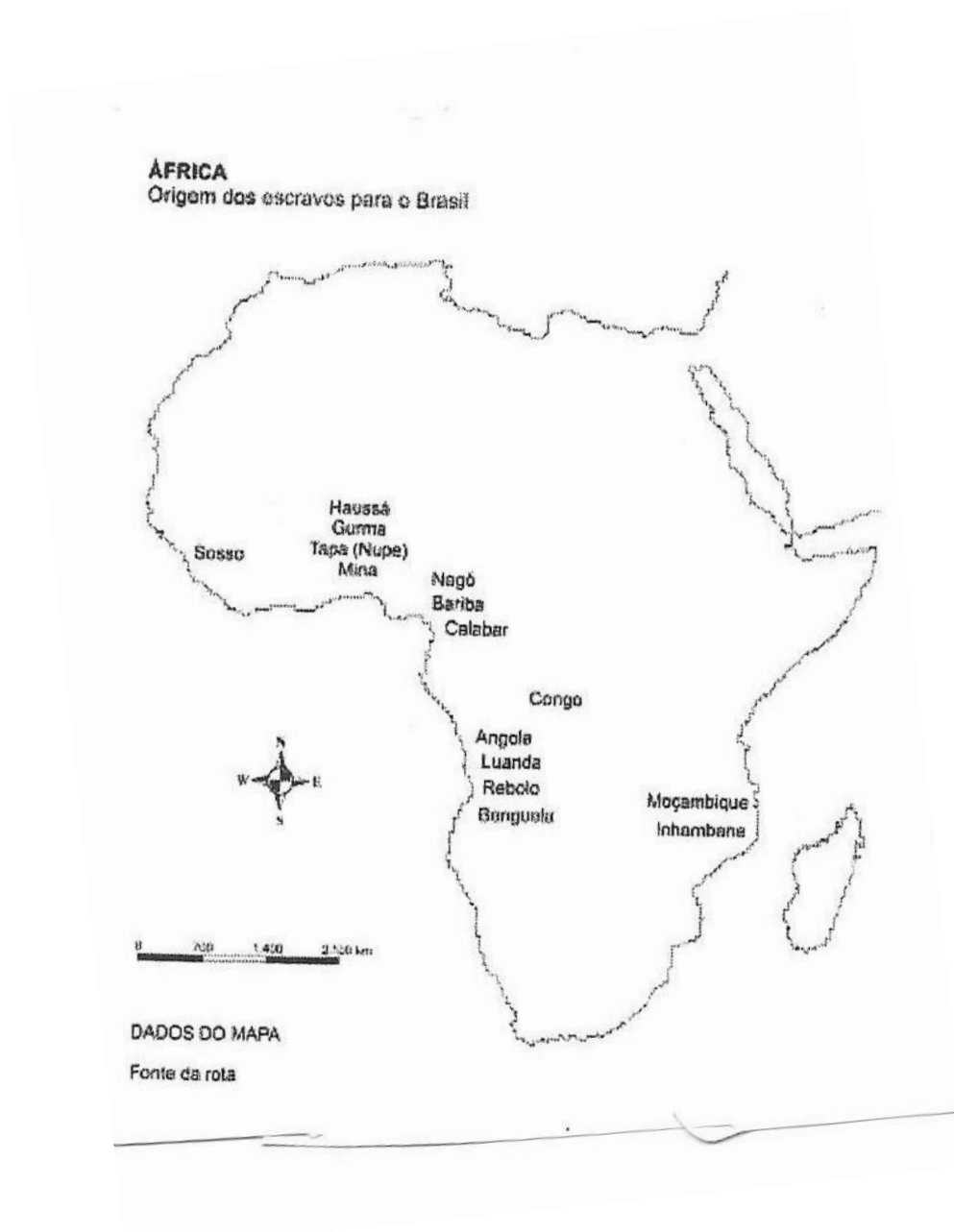
VIANA, I. S. Doenças de escravizados em Vassouras, 1840-1880: principais causas mortis e suas implicações. In: PIMENTA, T. S.; GOMES, F. (Org.). **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

WIED-NEUWIED, M. **Viagem ao Brasil**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Ed. da USP, 1989. (Coleção Reconquista do Brasil. 2. Série; v.156).

ANEXOS

ANEXO A – ORIGEM DOS ESCRAVOS PARA O BRASIL

Figura 22 – Localização da origem dos africanos traficados para o Sertão da Bahia



Fonte: Neves (2012, p. 128).

ANEXO B – ORIGEM DAS DOENÇAS**Quadro 12 – Origem das doenças**

DOENÇAS DE ÍNDIOS	bócio, parasitoses e disenterias.
DOENÇAS DE AFRICANOS	Boubas, opilação, bicho da costa, gundu, febre amarela.
DOENÇAS DE EUROPEUS	Sífilis, lepra, escarlatina, rubéola, tuberculose, doenças venéreas e dermatoses.

ANEXO C – ORIGEM DE ERVAS E PLANTAS**Quadro 13 – Origem de Ervas e Plantas**

DA EUROPA	Limão, linhaça, chicória, agrião ordinário, agrião do Pará, poejo, alcaravia, escabiosa
DA ÁSIA	Laranja, cânfora, genciana, ópio, cana-de-açúcar, agrião da Índia, alho
DA ÁFRICA	quiabo, inhame, alguns tipos de banana, pimenta malagueta
DO BRASIL	Embaúba, copaíba, barbatimão, cansanção, tamareira, , capim santo, mulungu, capeba, ipecacuanha, jaborandi, quinins de muitas árvores, Anxota, carrapicho, carnaúba

ANEXO D – FONTES MANUSCRITAS EM ARQUIVOS**Arquivo do Fórum João Mangabeira – AFJM. Vitória da Conquista – Bahia. 1ª Vara Cível: (documentos deste arquivo não estão catalogados)**

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Avulsos (1), Inventário de Alberto Lopes Moitinho (1873), Inventário de Bernardo Lopes Moitinho (1858), Inventário de Bernardo Lopes Moitinho Filho (1868), Inventário de Izabel Maria de Oliveira (1870), Inventário de Joaquim José dos Santos (1844), Inventário de Maria Gonçalves da Costa (1836), Inventário de Joao Antônio Viana (1847), Inventário de Silverio Joaquim da Silva (1841), Inventário de Jose Lopes Moitinho (1869), Inventário de Antonia Maria da Silva (1879), Inventário de Clemencia Maria de Jesus (1862).

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Avulsos (2), Inventário de Celestino Gonçalves da Costa (1845), Inventário de Josepha Ferreira Campos (1836), Inventário de Josepha Gonçalves da Costa (1801), Inventário de Maria da Conceição (1819), Inventário de Raymundo Gonçalves da Costa (1839), Inventário de Timotheo Dias de Miranda (1834), Inventário do Capitão Luiz Fernandes de Oliveira (1869), Inventário de Bernardo Gonçalves da Costa (1856), Inventário de Faustina Gonçalves da Costa (1847), Inventário do Capitão João Dias de Miranda (1849), Testamento de Manoel Gonçalves da Costa (1856), Inventário de Eufrazina Barbosa (1824);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1842 a 1845), Inventário de Antonio Francisco de Almeida (1832);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1842), inventário de Leonarda Maria de Santa Anna (1849), Inventário de Chispim Rodriguez da Silva (1842), Inventário de Ignacio Gonçalves Chaves (1842), Inventário de Jacintho Antonio da Costa Caminha (1842), Inventário de Joaquim Ferraz de Araujo (1842), Inventário de Joaquina Maria de Jesus (1842), Inventário de Leonarda Maria Santa Anna (1842), Inventário de Lourenço Gonçalves Quaresma (1841), Inventário de Manuel Alves Pereira (1842), Inventário de Manuel Jose dos Santos (1841), Inventário de Maria Antonia de Carvalho (1842), Inventário de Maria Francisca da Conceição (1842), Inventário de Maria Souza de Oliveira (1842), Inventário de Victoria Gonçalves dos Santos (1842), Inventário de Severo Furtunato Pereira e Brigida Barbosa (1862);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1860 a 1869), Inventário de Guintiliano Antunes de Oliveira (1869), Inventário de Luiz Bernardo Filho (1869), Inventário de Padre Manoel da Costa (1862),

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1864), Inventário de Camillo Gomes Cardoso (1865), Inventário de Calisto Moreira dos Santos (1864), Inventário de Clemencia Maria de Jesus (1863), Inventário de Esmeria Maria da Conceição (1863), Inventário de Francisca Ferreira de Borja (1862), Inventário de Francisco da Silva Bittencourt (1864), Inventário de Francisco Fortunato Pereira (1863), Inventário de Hermelina Maria de Jesus (1865), Inventário de José Domingues dos Santos (1863), Inventário de José Joaquim de Souza (1863), Inventário de Josepha Gonçalves da Costa (1864), Inventário de Manoel Pacheco Ribeiro e sua mulher Anna Maria de Jesus (1866), Inventário de Marianna Assumpção (1863), Inventário de Rosa Angelica de Faria (1863), Inventário de Antonio Miguel de Abreu (1864), Inventário de Francisco Vieira de Carvalho (1865), Inventário de José Nunes Teixeira (1863), Inventário de Mathias Gomes Pereira (1863);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1867), Inventário Antonio Ferreira de Souza (1868), Inventário de Dr. João Ferreira de Oliveira Filho (1867), Inventário de Florencio Jose de Farias (1868), Inventário de Francisco Ignacio da Rocha (1868), Inventário do Capitão João de Oliveira Freitas (1868), Inventário de Jose Pereira do Rosario (1867), Inventário de Josefina Ferreira Portella (1867), Inventário de Manoel Pereira Sampaio (1868), Inventário de Maria Antonia de Jesus (1867), Inventário de Reinaldo José de Oliveira (1867), Inventário de Rosa Maria de Jesus (1868), Inventário de Maria Germana dos Santos (1868);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1870), Inventário de Anna da Ezaltação da Santa Crus (1870), Inventário de Heduvirge Alves Barreiros (1870), Inventário de Febenciano da Silva Lemos (1870), Inventário de Silverio Moreira dos Santos (1870), Inventário de Eugenia Moreira do Livramento (1870), Inventário de João Batista Selles e Geronyma Maria De Jesus (1870), Inventário de Josefa de Oliveira Freitas (1876), Inventário de Luis de Oliveira Freitas (1870), Inventário de Maria Madalena Ferreira Campos (1870), Inventário de Jeronyma Maria de Jesus e João Baptista Celes (1870);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1872 a 1873), Inventário de Manoel Militão de Britto (1872), Inventário de Margarida Rodrigues da Silva (1873), Arrolamento dos Bens Ficados pelo Falecimento de Margarida Rodrigues (1873), Inventário de João Gonçalves Da Costa (1872), Inventário de Joaquim Carneiro de Lima (1873);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1888 a 1889 – I), Inventário de D. Maria Gonçalves da Costa (1888), Inventário de José Leonardo dos Santos (1888), Inventário de Manoel Virissimo de Lacerda (1888), Inventário de Sebastião José de Souza 1888;

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1847), Inventário de Francisco Moreira do Livramento (1833) Inventário de Theresa d'Oliveira Freitas (1856);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1850 a 1859 –I), Inventário de Clemencia Maria da Conceição (1853), Inventário de Cypriano Francisco Moreira (1851), Inventário de Eugenio Gonçalves da Rocha (1850), Inventário de Honorato José de Santa Anna (1853), Inventário de Joanna Gonçalves de Jesús (1851), Inventário de Luiza Ferreira dos Santos (1853), Inventário de Manoel João Gonçalves da Costa (1852), Inventário de Manoel José Ribeiro (1850), Inventário de Maria dos Santos (1850), Inventário de Pedro Cardoso de Araujo (1850), Inventário de Ruzaura Gonçalves da Costa (1852), Inventário De Daniel Ferreira Da Costa (1858), Inventário De Francisca Maria De Jesus (1858), Inventário De Leonarda Maria De Novais (1859);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1850 a 1859 - II), Inventário de Anna Maria de Jesus (1837), Inventário de Antonio Caetano Neves (1858), Inventário de Brasida Barbosa (1854), Inventário de Carolina Josepha de São José (1856), Inventário de Clemente Carlos (1855), Inventário de Custodio Ferreira do Espirito Santo (1853), Inventário de Damasia Rosa de Jesús (1855), Inventário de Delmira da Costa Pombo (1854), Inventário de Guilhermina Thereza de Jesús (1859), Inventário de Ignez Moreira dos Santos (1854), Inventário de Izabel Thereza de Jesús (1857), Inventário de Joaquim Gonçalves da Costa (1855), Inventário de José Cipriano Gonçalves (1856), Inventário de Manoel Francisco Pedra (1857), Inventário de Manoel Gonçalves de Miranda (1853), Inventário de Manoel Theodoro de Oliveira (1855), Inventário de Anna Maria (1856), Inventário de Martinho Gonçalves da Rocha (1856), Inventário de Pedro Ferreira de Souza (1854), Inventário de Quintiliano José Gonçalves

(1857), Inventário de Geronimo José de Castro (1859), Inventário de Victorino Fortunato da Rocha (1853), Inventário de Zeferino Gonçalves da Costa (1855), Inventário de Jose Mendes de Sousa (1850), Inventário de Jose Pacheco Ribeiro (1851);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1860 a 1861), Inventário de Antonio Tavares da Silva (1880) Inventário de Bebiana Ferreira da Rocha (1853), Inventário de Guilhermina Maria da Conceição (1862), Inventário de Joanna Ferreira Campos (1861), Inventário de José Pedro Soares (1862), Inventário de Manoel Angelo de Souza (1861), Inventário de Maria Antonia de Jesus (1850), Inventário de AntonioBasbosaCoêlho (1862), Inventário de Damasia de Sousa (1861), Inventário de João da Mota dos Santos Coimbra (1862), Inventário de Maria Vianna Campos (1862), Inventário de Prudencia Maria da Conceição (1862), Inventário de Sebastião Dias da Rocha 1862;

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1849), Inventário de Euphrozina Maria da Encarnação (1849), Inventário de Ludovina Maria de Jesús (1849), Inventário de Manoel José do Nascimento (1849), Inventário de Jeronimo Alves Vianna (1849), Testamento de Agostinho Ferreira do Espirito Santo (1849);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1866), Inventário de Francisco de Souza Bittencourt (1866), Inventário de Luiz Fernandes de Oliveira (1866), Inventário de Rodrigo Meira Sertao (1866), Inventário de Manoel Victorino de Jesus (1866), Inventário De Maria Vieira (1866);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1871 a 1874), Inventário de Agostinho Pacheco Ribeiro (1874), Inventário de Bernardina Roza de Jesus (1871), Inventário de Carolina Ferreira Campus (1871), Inventário de Francisco Xavier de Lacerda (1871), Inventário de Galdino Cordeiro dos Santos (1871), Inventário de José Nunes Bahiense (1874), Inventário de José Pereira do Rosario (1871), Inventário de Manoel Gomes da Costa (1871), Inventário de Maria Rosa de Jesus (1871), Inventário de Francisca Ferras de Araujo (1871), Inventário de Raimunda Roza do Livramento (1870), Inventário de Joanna do Nascimento (1871), Inventário de Theofilo de Oliveira Freitas (1874), Inventário De Maria Thereza De Jesus (1874), Inventário Theotonio José Freire (1875);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1875 a 1876), Inventário do Advogado Luiz José Affonso Fernandes (1875), Inventário do Capitão João Lopes Moitinho (1875), Inventário de Januaria de Souza Borges (1875), Inventário de Modesto Francisco Vaz (1875), Inventário do Padre Cesario da Silva e Melo (1877), Inventário de Severiano José da Costa (1875), Inventário de Antonia Maria Santiago (1876), Inventário de Francisco Ferreira Campos (1876), Inventário de Francisco Manoel Pereira (1875), Inventário de Jacinto Fernandes Ribeiro (1873), Translado em razão da morte do Capitão Manoel Fernandes de Oliveira Freitas (1876);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1880 a 1885), Inventário de Bartholomeu Fortunato Pereira (1884), Inventário de Jacintha Maria da Conceição (1880), Inventário de Maria Victoria de Jesus (1884), Inventário de Dona Maria Vitoria (1885), Inventário de Joaquim Jose da Silva (1880), Autuação de Petição para Factura de Inventário de Dona Raimunda de Araujo Vieira (1881), Inventário de Candido Pereira Guedes (1884), Inventário de D. Jovita Maria da Silva (1884), Inventário de D. Hermelina Pereira de Oliveira (1880), Inventário de D. Joaquina Lopes Moitinho (1885), Inventário de D. Josepha Pereira de Oliveira (1884), Inventário de Domingos Fernandes de Souza (1884), Inventário de Jacinta Maria de Jesus (1888), Inventário de Virginia Beligário de Jesus (1880), Inventário de Capitão Lidorio José

Vieira (1880), Inventário de Tenente Jesuino Cordeiro da Silva (1884), Partilha amigável de Antonio da Costa Neves (1884), Partilha amigável de Ubelina Joquina de Jesus (1885),

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1881 a 1882), Inventário de José Francisco da Chagas (1881), Inventário de Manoel Candido Ribeiro (1882), Inventário de Maria Rosa da Conceição (1881), Autuação para proceder o inventário de Thomaz Ferreira Porto (1881), Inventário de Cassiano Fernandes de Oliveira (1881), Inventário de D. Francisca de Oliviera Freitas (1881), Inventário de D. Sophia Maria de Oliveira (1881), Inventário de Dona Cordula Maria da Graça (1882), Inventário de Inocêncio Pereira da Silva (1882), Partilha amigável do inventariado José Jacinto de Oliveira (1881);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1883), Inventário de Anna Maria de Novaes (1884), Inventário de D. Justina Cezária do Desterro (1883), Inventário de D. Eloisa Ferreira Campos (1883), Inventário de D. Julia Rosa de Souza (1883), inventário de Antonio Joaquim Soares (1880), Inventário do Tenente Manoel José dos Santos Silva (1883), Inventário e partilha amigável entre o viúvo inventariante Florindo Elias Sampaio e Manoel Elias Sampaio (1883);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1886 a 1889), Inventário de José Seno do Carmo (1887), Inventário de Luiz Nunes Ferraz (1886), Autuação de precatória fatura do inventários de Francisco dos Santos Pires (1887), Inventário de D. Maria de Jesus (1887), Inventário do Capitão Ricardo Ferraz de Araujo (1885), Inventário de D. Senhorinha Nunes Fernandes Ribeiro (1887);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1780 a 1823), Inventário de Ana Maria da Silva (1825), Inventário de Clemencia Maria de Jesus (1822), Inventário de Emerenciana de Souza Cortis (1818), Inventário de Joaquina Rosa Ferreira (1823), Inventário de Juliana Simplicia da Soledade (1816), Inventário de Lucia de Souza (1810), Inventário de Luis Dionizio França (1823), Inventário de Maria Magdalena de Jesus (1820), Inventário de Maria Nazaria da Conceição (1814), Inventário de Paulo José dos Santos (1836);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1839 a 1841), Inventário de João Serra Ferreira Lemos (1836), Inventário de Robeiro de Oliveira (1824), Inventário de Andreza Gonçalves da Rocha (1826), Inventário de Manoel Jose Moreira e Juliana Simplicia da Soledade (1838), Inventário de Ursula das Virgens (1827);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1844 a 1846), Inventário de Joanna Maria da Praça (1845), Inventário de João da Costa Nepomuceno (1845), Inventário de João Ferreira Portella (1846), Inventário de Manoel Fernandes de Souza (1845), Inventário de Maria da Costa Pereira (1845), Inventário de Theodozia Maria das Onze Mil Virgens (1846);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1847 a 1848), Inventário de Anna Senhorinha de Jesus (1848), Inventário de Manoel José Vianna (1846);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Diversos (1877 a 1879), Inventário de Affonso Nunes Ferraz (1879), Inventário de Gabriel Lopes Ferraz Moitinho (1878), Inventário de José Ferreira Portella (1879), Inventário de Manoel Claudino de Santa Anna (1877), Inventário de Manoel de Oliveira Sampaio (1878), Inventário de Manoel Joaquim de Macêdo (1877), Inventário do Capitão Placido da Silva Gusmão (1874), Inventário de Maria Magdalena Pereira de Jesus (1871), Inventário de Rozendo Ribeiro de Queiros (1878);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1827 a 1833), Inventário de João Joaquim Ferreira (1834), Inventário de Victoria de Oliveira Freitas (1832), Inventário de Anna Jozefa de Novais (1824), Inventário de Manoel Gonçalves dos Santos (1832), Inventário de Antonia Maria de Jesus (1833), Inventário de Escolastica Maria de Jesus (1822), Inventário de Bernardino Ferreira de Carvalho (1832), Inventário de Appolinario de Oliveira Freitas (1832), Inventário do Capitão Estevão Ignacio da Costa (1832), Inventário de Claudina Maria de Jesus (1832), Inventário de Delfina Maria da Fé (1830), Inventário de Fernando Francisco Franco (1831), Inventário de Manoel Barbosa Brito (1832), Inventário de Manoel de Sousa Marques (1833), Inventário de Victorino Manoel do Rio (1831), Inventário de Fructuosa Maria do Spirito Santo (1833), Inventário de Manoel de Oliveira Feitas (1833), Inventário de Anna Maria Gonçalves (1832), Inventário de Testamento de Francisco Moreira do Livramento (1833);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1848), Inventário de Angela Barbara de Jesus (1848), Inventário de Bento José da Silva (1848), Inventário de Catharina Gonçalves (1848), Inventário de Eloy Dias da Rocha (1848), Inventário de Fortunato de Ascensão de Jesus (1848), Inventário de Joaquim José de Almeida (1860), Inventário de Justina Ferreira Espirito Santo (1848), Inventário de Lizardo José de Medeiros (1848), Inventário de Manoel Alves Fernandes (1848), Inventário de Manoel Venancio Villas- Boás (1860), Inventário de Maria Silveria de Jesus (1848), Inventário de Quintiliano Rodrigues Moura (1848), Inventário de Silverio Gonçalves Vianna (1848);

AFMJ: 1ª Vara Cível. Caixa Inventário (1801 - 1932/ 1834 – 1839), Inventário de Anna Baptista da Rocha (1837), Inventário de Antonio Bento de Almeida (1835), Inventário de Fortuosa Maria do Espirito Santo (1839), Inventário de Joaquim Gonçalves Rego (1839), Inventário de Joaquim Soares Pereira (1837), Inventário de Lina Maria Joaquina (1839), Inventário de Lourenço de Souza Feio (1839), Inventário de Manoel Joaquim do Nascimento (1839), Inventário de Marianna Victoria (1837), Inventário de Capitão Joaquim Gonçalves Quaresma (1837), Inventário de Capitao Joaquim Gonçalves quaresma (1839), Inventário de Raymundo Ribeiro Franco (1837), Inventário de Rogerio Moreira dos Santos (1836), Inventário de Thereza Joaquina de Jesus (1839), Inventário de Cândida Constanca (1832), Inventário de Simião Rodriguez da Costa (1836), Inventário de Thomas Antonio de Avelar (1838), Inventário de Vicente Ferreira Porto (1839).