

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TEREZINHA PELINSKI DA SILVEIRA

REVISITANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL:
DOENÇAS QUE ACOMETIAM A POPULAÇÃO ESCRAVIZADA DURANTE O
PERÍODO DA ESCRAVIDÃO

CURITIBA
2015

TEREZINHA PELINSKI DA SILVEIRA

REVISITANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL:
DOENÇAS QUE ACOMETIAM A POPULAÇÃO ESCRAVIZADA DURANTE O
PERÍODO DA ESCRAVIDÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para aprovação no curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Educação das Relações Étnico-Raciais, do NEAB – Núcleo de estudos Afro-brasileiros da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Profº Dr. Josafá Moreira da Cunha

CURITIBA
2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela oportunidade de participar deste processo de estudo proporcionado pela UFPR, e em especial tutora Prof^a Vanessa Maria Rodrigues Viacava, que soube conduzir este trabalho e, também, aos demais professores tutores que se fizeram presentes durante as atividades. Meus cumprimentos à equipe da coordenação desta Especialização que nos recebeu de braços abertos, orientando-nos nas mais diversas dúvidas e conduzindo os trabalhos.

Em especial, dedico aos meus filhos, Matheus e João Paulo, e meu companheiro, Sebastião, que tiveram paciência durante esta jornada.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Paulo Freire (1996, p. 22).

RESUMO

SILVEIRA, T.P. Revisitando a história da saúde da população negra no Brasil: doenças que acometiam a população escravizada durante o período da escravidão. Monografia (Especialização em Educação das relações Étnico-Raciais) - Universidade Federal do Paraná.

RESUMO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, ao final do século XX, e o desenvolvimento de Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, no início do século XXI, iniciam-se ações específicas na promoção da saúde desta população historicamente negligenciada em diversas dimensões. Ao considerar o período de escravidão no Brasil, registros contribuem para estudarmos as enfermidades que afetavam a saúde da população escravizada além de atrocidades cometidas pelos senhores que levavam a diversas sequelas na saúde desta população. O objetivo deste estudo é identificar doenças e formas do cuidado das enfermidades adotados pela população escravizada no Brasil durante o período da escravidão. O método adotado nesta pesquisa se dá pela revisão da literatura a fim de elencar trabalhos que possam enriquecer a compreensão sobre enfermidades e o processo de tratamento utilizados pela população escravizada no Brasil durante o período da escravidão. Entre as doenças encontradas, destacam-se: febre amarela, bicos dos pés, opilação (caracterizada pela fraqueza geral, palidez e inchaço da face), cólera, diarreia, tísica (tuberculose), febres intermitentes/crônicas e perniciosas, doenças do aparelho digestivo, sífilis, moléstias gálicas (sarnas, pústulas, fígados bravos), mal-de-são-lázaro (lepra), elefantíase dos gregos, pneumonias, queimaduras, fraturas dos ossos, papo, erisipela, feridas pelo corpo. Na conclusão deste estudo, buscou-se relatar as enfermidades que afetam a população escravizada, para desta forma oferecer novas contribuições à história da saúde e doença que afetavam negros escravizados durante o período da escravidão.

PALAVRAS CHAVES:

Escravidão, saúde, doença.

ABSTRACT

With the creation of the Unified Health System (SUS) in Brazil, at the end of the twentieth century, and the development of National Policy on Comprehensive Health of the Black Population at the beginning of the century, initiated specific actions in promoting health of this population historically neglected in several dimensions. When considering the period of slavery in Brazil, records contribute to study diseases affecting the health of the enslaved population as well as affected by the atrocity lords who bore the various consequences on the health of this population. The objective of this study is to identify diseases and care of forms of diseases adopted by the enslaved population in Brazil during the slavery period. The method adopted in this research is by literature review in order to list jobs that can enrich our understanding of disease and treatment process used by the enslaved population in Brazil during the slavery period. Among the diseases found, are: yellow fever, tiptoe, hookworm (characterized by general weakness, paleness and swelling of the face), cholera, diarrhea, consumptive (tuberculosis), intermittent / chronic and pernicious fevers, digestive diseases , syphilis, Gallic diseases (scabies, pustules, brave livers), poorly-of-are-Lazarus (leprosy), elephantiasis of the Greeks, pneumonia, burns, bone fractures, chat, erysipelas, wound around the body. At the conclusion of this study, we sought to report the diseases that affect the enslaved population, to thereby provide new contributions to the history of health and disease affecting black slaves during the slavery period.

KEYWORDS :

Slavery, health, illness.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Descrição do tema	9
1.2 Problema	11
1.3 Objetivos	11
1.4 Justificativa	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
3. METODOLOGIA	21
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
6. REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado por Temporão (2015, p. 2) como “um dos maiores projetos públicos de inclusão social, mas ainda inconcluso”, ou seja, com a implantação e estruturação do SUS desde sua criação de 1988, e passando por transformações, reformulações as quais tem como objetivo a qualidade da saúde da população brasileira. Desta forma, o SUS vem ao encontro de promover a saúde de toda a população buscando solucionar os problemas de saúde pública como um todo.

O SUS é uma luta social, na qual a mobilização da população foi fundamental para a sua criação, bem como para os avanços na promoção e proteção da saúde da população brasileira. No entanto, esta realidade é considerada como diferencial na construção dos direitos em saúde, a qual está sendo vivenciada a partir de 1988, ano da criação do SUS.

A Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS, dentro do seu contexto propõe a universalidade, a qual vem ao encontro de que todo o cidadão brasileiro tenha garantida a atenção à saúde. Desta forma, o SUS chegou às mais longínquas fronteiras do Brasil, trazendo os benefícios da saúde para toda a população, luta de toda uma sociedade que foi ao encontro de suas reivindicações e necessidades no cuidado com saúde. A ideia do SUS não deve ser vista como sendo somente para a população de baixa renda e, sim, direito de todo cidadão brasileiro que busca nas suas fragilidades da saúde políticas públicas direcionadas ao cuidado e principalmente às suas necessidades, conforme pactuações entre municípios, estados e união.

Embora já tenhamos vivenciado quase trinta anos de SUS, certas desigualdades permanecem. Em especial, apesar da abolição da escravatura no Brasil há mais de um século, a atenção a saúde da população negra permanece desigual. Desta maneira, é possível mostrar como a desigualdade atual nos indicadores da saúde da população negra é um eco distante (ainda que similar em termos de desigualdades) no período da escravidão e ainda Batista (2013, p. 688) destaca quanto a “análise e aprendizado” na qual deve-se buscar sobre a situação de saúde, angústias e dramas, vivenciado por esta população a fim de subsidiar suas necessidades dentro das políticas públicas.

Barbosa (2014, p. 15) coloca a escravidão brasileira como “dura e violenta [...] escravo-coisa”, ou seja, o escravo era um objeto de venda, aluguel e troca, cujo valor era acessível aos senhores donos de propriedades e empreendimentos, sendo negócio lucrativo para quem o adquiria, sofrendo, muitas vezes, tortura diária. Desta forma, uma coisa para ser negociada, a qual não tinha identidade no comércio escravocrata, apenas um objeto que poderia ser manipulado conforme o seu senhor considerasse que deveria ser, apenas algo para comércio que contribuísse para o objetivo do seu proprietário (senhor), não tendo direitos, acesso a dignidade apenas deveres.

Ser escravo não era apenas não ter identidade, era servir sem saber a quem e o porquê. Desta forma, o “dono” do escravo tinha direito sobre o mesmo, o qual foi retirado de suas terras, sem promessas de uma vida digna, melhor, sendo obrigado a trabalhar, sem garantias, sob castigos e ameaças contínuas.

Freyre (1979) contribui que, o senhor dono do escravo não se importava com a pessoa. Para ele, o objeto do comércio deveria produzir lucros independente da situação ou atividade desenvolvida. Desta forma, a população escravizada vivia em condições sociais muito precárias. A desestabilização social, supressão do alimento, cativeiro, carga de trabalho elevada (entre 16 horas diárias), castigos, maus tratos, higiene insuficiente estavam amplamente relacionados às condições de saúde da população escravizada.

Muitas das doenças introduzidas no Brasil foram atribuídas aos escravizados (Freyre, 1979), ou seja, além de sofrerem abusos do tráfico, eram associados às doenças, as quais iniciavam no transporte nos navios negreiros, sem ventilação, higiene, alimentação inadequada, além de outras associações entre os mesmos. O preconceito torna óbvio que a marca das doenças era atribuída a essa população.

Este estudo tem como objetivo identificar doenças e formas do cuidado das enfermidades adotadas pela população escravizada no Brasil durante o período de escravidão. Devido a tantas situações frágeis e desumanas, estavam vulneráveis às doenças.

Desta forma, identificar as doenças no faz pensar como viviam, de que forma a higiene era realizada em seus ambientes, de que maneira estas pessoas se organizavam em seus grupos, como se relacionavam, suas tradições, cultura, desvalorização do ser humano, como viviam sem expressar seus pensamentos e sentimentos, ou até mesmo proporcionar o cuidado com a saúde do grupo e

individual. Entre tantas epidemias e doenças desconhecidas, muitas das vezes os conhecimentos/e/ou/formas de tratamento eram ineficazes e eram abandonados a própria sorte, pois escravo doente não produz, traz prejuízos ao seu proprietário, e custa mais barato para o senhor adquirir outra “peça” ao invés de tratar as enfermidades dos escravizados.

1.1. DESCRIÇÃO DO TEMA

O desafio do professor e do estudante é buscar dentro dos conhecimentos a forma de ver e agir frente às doenças, proporcionando, desta maneira, que pequenos cuidados podem fazer grande diferença aos menos favorecidos. Entre estas populações, podemos destacar os cuidados de saúde da população negra. No Brasil, em 2007, o Ministério da Saúde (MS) destacou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a qual se refere aos direitos desta população no sistema de saúde brasileiro, responsabilizando as esferas de gestão federal, estadual e municipal, dentro de seus princípios e determinantes sociais. Desta forma, abordar a saúde da população escravizada possibilita o resgate da humanidade, fortalecimento e a solidariedade em que viviam diante das péssimas condições de vida, trabalho escravo, violência que foram submetidos e, acima de tudo, a construção de uma história de luta na busca dos direitos humanos e reconhecimento da sociedade.

As políticas públicas direcionadas à população negra são um compromisso com a equidade étnica racial, ao encontro das necessidades reais, situações e princípios básicos na construção das políticas públicas e da valorização da população negra.

Buscar na história as doenças que acometiam a população escravizada durante o período da escravidão, marca do racismo, as desigualdades étnico-raciais, preconceito, vêm ao encontro de como estamos construindo a história atual, da saúde e da doença, dentro de um contexto da liberdade de expressão, da busca pelos direitos de todos, visando à inclusão da sociedade como um todo no sistema de saúde brasileiro.

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo identificar doenças e formas do cuidado das enfermidades adotadas pela população escravizada no Brasil

durante o período de escravidão. Abordar as doenças, formas de contágios, cuidados realizados, morte devido às doenças, impotência e deficiência diante de castigos, epidemias. Além de apresentar a fragilidade do ser humano frente à imposição das políticas e ganância do século XIX e dos séculos passados, tendo a corrente de solidariedade entre os doentes escravizados forma de sobrevivência de costumes, credos e, sobretudo, dignidade do homem. Neste contexto promover o conhecimento da saúde da população escravizada, identificando as principais causas das doenças vai além da busca histórica e sim o reconhecimento, a importância que essa população trouxe ao Brasil tanto no desenvolvimento econômico, mas principalmente sua cultura, fragilidade do ser humano, busca pela sobrevivência e solidariedade entre os menos favorecidos na tentativa da independência do cativo mesmo mediante a submissão do ser humano escravizado.

Chiavenato (1999) refere que, mesmo com esta corrente de solidariedade, muitos donos de escravos tinham outra linha de pensamento. Chiavenato (1999, p.45/46), cita que:

“os acidentes de trabalho e as doenças inutilizavam 25% dos escravos em um mesmo período e que” ao escravo não se permitia nenhuma ociosidade, senão para reabastecer sua energia. Isso o esgotava. Porém era mais barato ‘gastá-lo intensamente’ e trocá-lo depois por um novo escravo do que investir em sua manutenção”.

Os acidentes devido ao trabalho intenso nas mais diversas áreas de atividades não deixam dúvidas do preconceito e discriminação que sofria a população escravizada, pois eram tratados como meros “objetos”, algo que poderia ser trocado como uma roupa diariamente.

Visando a fragilidade dos escravizados, a angústia pela tristeza de deixar seu país de origem, a falta de perspectiva de vida, jornada de trabalho intensa, alimentação inadequada, falta de agasalho, precariedade na higiene, o abuso sexual, dores dos castigos intensos, as doenças que os afligiam, dores da discriminação, infanticídio, buscamos compreender que, apesar do seu destino cruel, a história das doenças e da vida das pessoas escravizadas, mesmo que com dor e sofrimento, nos remete à vitória, à riqueza deixada pelo suor de cada um que lutou pela sobrevivência e, principalmente, a preservação dos costumes e cultura herdados dos antepassados.

Nesta perspectiva, buscamos revisar a história da saúde da população escravizada, para que voltemos num olhar crítico de como nos dias atuais estão sendo priorizados, dentro da universalidade e dos preceitos do Sistema Único de Saúde, os cuidados com a saúde da população negra.

1.2. PROBLEMA

Buscar na história do Brasil, direcionada para a população escravizada durante o período da escravidão, as doenças que os acometiam, possibilidades de tratamento, o cuidado, bem como as dificuldades no manejo das mesmas, superando as indiferenças, tendo em vista a pessoa escravizada como um “objeto” de desejo para o trabalho na sociedade brasileira?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Identificar doenças e formas do cuidado das enfermidades adotadas pela população escravizada no Brasil durante o período da escravidão.

1.3.2 Objetivos específicos

- Promover o conhecimento da saúde da população escravizada;
- Identificar as principais causas das doenças, bem como óbitos e possibilidades de tratamento;
- Fomentar e realizar estudos sobre as doenças e a saúde da população escravizada.

1.4. JUSTIFICATIVA

Este estudo busca refletir e identificar, dentro dos achados no referencial teórico, as doenças que acometiam a população escravizada durante o período da escravidão, no Brasil, bem como suas formas de tratamento, apontando as principais causas e proporcionando maior esclarecimento sobre a atribuição que foi dada à população escravizada pela transmissão das doenças ao Brasil, trazidas da África dentro dos navios negreiros.

Sabe-se que somos vulneráveis às doenças. Contudo, ambiente insalubre, higiene precária, ventilação insuficiente, nostalgia, alimentação de má qualidade, stress do transporte e das lutas vivenciadas dia a dia são atributos para desenvolvimento de doenças, epidemias e endemias.

Chiavenato (1999, p.6), refere que “os negros foram vítimas de desumanidade gerada pela escravidão. Morriam de peste, de fome, de surras; tinham os membros e órgão genitais arrancados; eram cegados, aleijados ou jogados em formigueiros com o corpo besuntado de mel” e complementa que “o Brasil não existiria sem os negros. Toda a economia brasileira baseou-se na escravidão”. Desta forma, muito tempo se passou e ainda lutamos para que a população negra tenha direitos iguais aos demais.

A luta pela construção do Brasil deixou muitos feridos, aleijados, doentes e abandonados, pois através do trabalho duro e forçado construiu-se uma nação preconceituosa e discriminatória, que evoluiu economicamente, mas traz consigo as marcas e o sofrimento das pessoas escravizadas.

Buscar na história as doenças que acometiam a população escravizada nos faz retomar um passado recente, onde não se tinha o conhecimento sobre as doenças, os medicamentos eram para os senhores de posses, a miséria dos homens era visível na condição sub-humana dos escravizados. A busca pela saúde muitas vezes não era bem vista pelos escravizados, considerando o sofrimento vivenciado. Oda (2007) colabora que em algumas fazendas, o senhor não tinha piedade do escravizado doente, tendo esse que trabalhar, pois os escravizados doentes gerariam prejuízo para o senhor, e a tentativa de medicação do escravizado pelo seu senhor era criticada, pois saía mais barato comprar outro escravizado do que cuidar do(s) doente(s).

Chiavenato (1999) expõe que muitas doenças derivavam dos tumbeiros superlotados, falta de comida fresca, racionamento de água, sendo um copo a cada três dias para não morrerem de sede, dormiam em cima de urina, fezes, vômito,

derivando diversas moléstias e proporcionando epidemias, sendo que muitos africanos doentes ainda vivos eram jogados ao mar com o objetivo de escoar os porões da superlotação e minimizar o ciclo das doenças.

Espera-se que esta retomada sobre a história da saúde da população negra no Brasil, sobre as doenças que acometiam a tal população, possa colaborar no sentido de quebrar paradigmas, preconceitos no qual as doenças não foram trazidas pela população escravizada e, sim, consequência dos maus tratos, higiene, carga de trabalho excessiva, alimentação inadequada, falta de agasalhos, iniciando na captura dos africanos até chegarem a frente de trabalho no Brasil.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As desigualdades e discriminação da população negra são fatos históricos, ou seja, referido em livros, por exemplo, de Hasenbalg, título “Discriminação e desigualdades raciais no Brasil”, entre tantos outros. Dentro das ações de saúde, o movimento negro na construção da política nacional de saúde no Brasil teve impacto tendo em vista as desigualdades raciais, sendo que na década de 1980 iniciam-se os movimentos contra tais desigualdades. Desta forma, em 1988, com a criação do SUS, foi possível proporcionar a equidade e universalidade nos cuidados para a população brasileira.

O Ministério da Saúde (MS) (2007) refere que o desenvolvimento do Brasil, ou seja, o período colonial se deve a milhões de africanos trazidos nos tumbeiros com péssimas condições de higiene, desrespeito, trabalho forçado e de diversas insatisfações, promovendo luta e a resistência dos escravizados. Formaram-se, assim, alguns quilombos (comunidade de fugitivos), composta por resistentes que construíram uma história de solidariedade, fortalecimento de sua cultura e, acima de tudo, questão de sobrevivência entre os excluídos e considerados “objetos” sem valor do respeito e dignidade humana.

O MS (2007, p. 18) refere que no Brasil o marco da luta por condições dignas de saúde se deu através da:

“8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 [...], e que neste período, o movimento de mulheres negras conferiu maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra, sobretudo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. O racismo e sexismo imprimem

marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse segmento, vitimando-o, com um duplo preconceito”.

Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) (2007, p.9) lança a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra, na qual destaca “o direito à saúde é fundamental constitucional e condições substantivas para o exercício pleno da cidadania” e complementa “eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial [...]”. A construção desta política resulta em um conjunto de esforços, inquietação da luta histórica, busca pela democracia da população negra na construção de políticas públicas pela promoção da igualdade racial. Desta forma, um dos primeiros passos para esta construção é um conjunto de medidas na construção de co-responsabilidade frente ao estado e a sociedade para com a população negra. No entanto, para a construção da igualdade racial necessitamos de frentes críticas, dinâmicas, as quais possam dialogar igualmente avançando na remontagem dos valores e da dignidade humana.

Ainda o MS (2007, p.14), refere que “garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação das doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional”. Desta forma, a política inserida na dinâmica do SUS vem propor prioridades, desenvolver ações, estratégias, com o objetivo de reprovar as ações de racismo e, sobretudo, o cuidado a fim de atingir a equidade proposta pelo SUS. Ou seja, o racismo alimentado pela história pode influenciar entre as relações de diálogo e no cuidado, no funcionamento dos serviços, agravando ainda mais a visibilidade da promoção e da equidade entre os segmentos de saúde, promovendo as desigualdades sociais.

Pois dentro dos princípios do SUS, da Lei nº 8080, reafirma:

“a universalidade do acesso, compreendido como o acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; a integralidade da atenção, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; a igualdade da atenção à saúde, e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (Brasil, 1990^a, art. 7º, inc. I, II, IV e IX)”.

As políticas públicas, através das leis, proporcionam a promoção da igualdade racial. No entanto, estratégias devem ser promovidas para que as ações realmente

cheguem a esta população, buscando o reconhecimento entre as desigualdades sociais e raciais, cabendo às esferas federal, estadual e municipal fiscalizarem, proporem e promoverem ações garantindo a todos as igualdades sociais e políticas.

Contudo, estas políticas emergiram das necessidades e das crueldades acometidas a esta população discriminada, desprotegida e explorada pela sociedade, de forma geral, no tempo da escravidão. Ser escravizado em qualquer região do Brasil era ser um “objeto” de uso e desprezado a qualquer tempo e em qualquer situação que desagradasse ao seu senhor.

Freitas (1935) em seu discurso, no qual o embasamento era comovido do preconceito tendo em vista a época, refere que a responsabilidade pela disseminação das endemias, epidemias e de diversas doenças originava-se dos africanos trazidos nos tumbeiros e escravizados, uma hipótese sem parâmetro no discurso deste autor.

Recentemente Rodrigues (2009, p. 16 e 17), salienta que:

“ quando a AIDS surgiu no cenário epidemiológico internacional, entre fins da década de 1970 e o início da década de 1980, as primeiras interpretações para origem da doença baseavam-se em uma antiga e bastante enraizada matriz de pensamento. A explicação científica que recebeu a contribuição poderosa de todas as mídias, informava que o primeiro ser humano contaminado fora um(a) africano(a) que mantivera relações sexuais com macacos(as). Não por acaso, a doença recebeu designações populares tais como “peste negra” e, posteriormente “peste gay” ou “doença dos 5 Hs – a saber: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e *hookers* (prostitutas, em inglês).[...] alguns anos mais tarde, a cobertura sobre o surto de ebola em Washington e na Itália em 1989 repetiu argumentos discriminatórios semelhantes contra os africanos e sobre as formas de contágio” ,

A responsabilidade primeiramente atribuída neste século aos africanos e ao seu modo de viver, estigmatizando ainda mais a população negra.

Discute-se a seguir as condições pregressas de saúde da população negra, com ênfase para o período da escravidão, sendo que as literaturas pesquisadas possibilitam com clareza a identificação das doenças acometidas na população escravizada, durante o período de escravidão no Brasil.

Carvalho (2006) contribui em seus estudos que a tuberculose era uma das doenças que acometia e vitimava muitos africanos durante o transporte nos tumbeiros, devido a pouca higiene, ventilação, ambiente próprio para multiplicar os bacilos da tuberculose. A tuberculose, bem como outras doenças que também acometiam os escravizados, tem, nos dias atuais, explicada a forma da transmissão, um conhecimento da ciência que não se tinha na época. Chiavenato (1999, p. 42)

ainda complementa que “muitos africanos ficavam tuberculosos, especialmente crianças de 6 a 16 anos. Os doentes eram jogados ao mar, ainda vivos, para não contaminar o resto da ‘carga’”. No entanto, a contaminação pelo bacilo da tuberculose continuava a vitimar muitos africanos durante o transporte, Chiavenato (1999, p. 43) complementa que devido a “tantos abusos que a Coroa interveio: em março de 1684 determinou normas de transporte para evitar a excessiva lotação nos tumbeiros”.

Assim, o trânsito de escravizados começou a se organizar com o objetivo de perder menos “peças”, visando lucro. Mesmo com estas determinações da Coroa, as melhorias não eram significativas, pois ainda Chiavenato (1999) refere que a perda da “carga” era de 20% dos africanos após intervenção da Coroa, pois em tempos anteriores chegava até 50% de perda. O espaço era mínimo para os mesmos, priorizando espaços para os tonéis de água, sendo atribuído para cada africano um copo de água a cada três dias, o suficiente para não irem a óbito durante o trajeto que durava em torno de 120 dias de travessia até o Brasil.

Porto (2006, p.1020), comenta que “as condições de transporte dos escravizados, suas condições de trabalho, moradia e modo de vida são em grande parte responsáveis por suas condições de saúde”, atribuindo desta forma o desrespeito por parte dos seus senhores no cuidado da saúde dos seus cativos, sendo os mesmos submetidos a sorte na cura das doenças e dependendo da solidariedade e do saber dos demais escravizados, valorizando assim a cultura do cuidado com os enfermos. Ainda Porto (2006, p. 1022), salienta que “o tratamento dispensado ao cativo pode variar de acordo com sua situação: nas fazendas pequenas ou nas pertencentes ao clero, podem ser mais bem tratados que nas grandes fazendas monocultoras”, os quais buscavam alternativas para o tratamento como os curandeiros e feiticeiros, para minimizar as doenças dos escravizados. Ainda Porto (2006) coloca sobre o uso de amuletos para proteção de doenças, pois tinha-se a concepção das doenças de natureza sobre-humana e livrar de todo azar que pudesse atingi-los.

Entre outras doenças, Chernoviz destaca a febre amarela, bicos dos pés e a opilação, sendo mais algumas doenças que atormentavam esta população:

“febre amarela, moléstia é particular a certos países quentes [...], caracterizada pela cor amarela da pele e pelos vômitos pretos; bichos dos pés, denominados pelos naturalistas *pulex penetrans*, [...], de cor preta e parece-se com uma pulga mui pequena. Os negros andavam

descalços, são frequentemente incomodados por sua mordeduras: ele atravessa entretanto os vestidos, insinua-se em toda parte e nunca abandona voluntariamente a presa que tem agarrado. As crianças, as moças e as pessoas de pele fina são mais frequentemente feridos por ele; opilação, moléstia dos países quentes caracterizada pela fraqueza geral (anemia), palidez e inchação da face, acompanhada muitas vezes de perversão do gosto, que consiste em desejar e comer substancias não alimentarias e que causam mais ou menos asco no estado de saúde, tais como carvão, terra e outras até imundas. Este apetite pervertido pode faltar nos doentes da raça branca, mas é frequente nos indivíduos de cor preta. É com verdadeiro furor que esses infelizes satisfazem seu gosto depravado. Para por obstáculos a esta paixão bizzara, é às vezes preciso recorrer aos meios coercitivos. Ao mesmo tempo que este gosto depravado aumenta, o apetite para coisas alimentarias vai diminuindo. A opilação é a consequência do enfraquecimento da economia devido à presença nos intestinos de grande numero de pequenos vermes chamados ancylostomos, que subtraem continuamente o sangue”(Chernovicz,1890)

Freyre (1979, p. 39) destaca, ainda, os anúncios de venda e troca de escravizados livres de doenças como o “raquitismo, erisipela, escorbuto, bexigas, boubas, sífilis e oftalmia, quebrados, rendidos, bicho-de-pé”. O mesmo autor (p.69) corrobora que muitos vícios foram adquiridos nos cativeiros como por exemplo consumo de “tabaco, álcool, comer terra etc” devido à precariedade de vida, sendo tais vícios determinantes para que as doenças expandissem nos cativeiros.

A discriminação contra os escravizados iniciava-se na captura dos mesmos pela própria sociedade em que viviam, considerados sadios, fortes. Freitas (1935, p. 19) aponta que “concomitantemente com os negros escravizados, aportaram inúmeras doenças para enriqueceram solertemente o nosso quadro nosológico”, ou seja, classificação das doenças no Brasil. Freitas (1935, p.21), cita que:

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.

Assim, Freitas (1935, p. 32 e 36) destaca o maculo, conhecida como “el bicho”, uma das enfermidades com características de “afecção do baixo ventre e das porções terminais do tubo gastrointestinal — *inflammatio anis* — acompanhada de febre intensa, desfalecimento e sonolência e que, nos casos graves, tão frequentes, terminava por gangrena que matava o paciente de um modo cruel e doloroso”. A

doença “era uma inflamação séptica do ânus, intestino, reto e mesmo do cólon, que passava com facilidade ao estado gangrenoso”.

Freitas (1935, p. 50), destaca que a "Bouba designava inúmeras doenças que se localizavam na pele, tais como, entre outras, pústulas, impigens e feridas”, ou seja, identificada com doença venérea como a sífilis e o cancro mole.

Quanto o gundu, *Ibidem* (p.66), moléstia que:

“parece que a mucosa das fossas nasais é o ponto de partida da enfermidade e então se observará dores locais, cefalalgia, rinite, defluxo, secreção mucopurulenta ou sero-sanguinolenta ou mesmo epistaxes. Depois, este corrimento desaparece e o tumor começa a desenvolver-se de um ou dos dois lados do nariz, sendo mais frequente esta última hipótese.

Quanto à afecção da frialdade, Freitas (1935, p. 86 2 87), comenta que os pacientes sentem:

“extrema fraqueza, cansaço, fadiga ao menor esforço, dispneia mais ou menos fatigante e uma irresistível vontade de "não fazer nada", de ficar-se por aí deitado, preguiçosamente, ou por força de uma quase paralisia dos músculos da locomoção de que, às vezes, se sentem acometidos. Frialdade, opilação, cansaço, inchaço, amarelão, caquexia africana e uns quantos outros termos populares eram denominações que lhe davam, baseados quase somente num sintoma ou noutro, observados nos vitimados por esta implicantíssima doença, cujos portadores ainda estigmatizavam com os nomes de "opados", "empalamados" ou "amarelos de Goyanna", último apelido este de frequente uso, até pouco tempo, na cidade do Recife. Doença sobretudo peculiar ao povo baixo, aos "sem sapatos", aos trabalhadores rurais, aos plantadores de cana de açúcar, é ela muito mais frequente nos homens que nas mulheres. Isto devido antes às condições de vida ou, melhor, à profissão exercida pelos homens, que a outro qualquer motivo.

Já o bicho da costa, Freitas (1935, p. 116 e 119) caracteriza como parasita “comprido, cilíndrico, delgado, fino, filamentosos mesmo, ele nos cai debaixo da vista com o aspecto bem característico de uma corda de violão. Pode medir até noventa centímetros de comprimento. Mais do que isto nunca se viu verme algum desta espécie”. A transmissão de dá pela “filária fêmea fecundada emigra para a periferia, por um instinto natural de proteger os seus produtos da concepção, e vem alojar-se sob a pele”. Desta forma, devido às pequenas acomodações os escravizados dormiam próximos uns aos outros ocorrendo a transmissão do verme, passando por fases e eclodindo na água contaminado os mesmos com a própria água que bebem e através de banhos e água contaminada.

Kodama (2008, p. 56), relembra que “ligar a escravidão e o tráfico à propagação de doenças era comum em textos que pregavam o fim do comércio negreiro, mesmo antes do surto epidêmico”, e destaca a sífilis, a febre amarela e as

“moléstias gálicas”, observadas nas fazendas e demais localidades onde os africanos eram escravizados.

O pesquisador Rodrigues (2012) corrobora que, além dos escravizados executarem atividades nas lavouras, também eram solicitados juntos à extração de minérios, engenhos, fabricação de tijolo, serviços domésticos, entre tantos outros.

Dentro dos recortes, Pereira (2009, p. 2) busca nos “Arquivos da Cúria Metropolitana do Rio de Janeiro” documentos nos quais eram registrados informes sobre causas de morte da comunidade escravizada na Fazenda de Santa Cruz. Nesses relatos, destaca-se a presença dos jesuítas os quais, com o conhecimento das boticas, compunham em suas farmácias mais de 600 produtos medicinais que eram utilizados na forma de minimizar as moléstias dos escravizados.

Observador Oda (2005), comenta que a morte voluntária (o suicídio) influencia os escravizados à autodestruição, pois os castigos, a nostalgia devido a perda da família, liberdade, agressões físicas induziam diretamente a este ato de desesperança.

Complementado, Haag (2010) contribui que a depressão tomava conta dos escravizados, nostalgia profunda que levava a morte.

Kodama (2012, p. 60) menciona que a cólera era a doença temida na província do Rio de Janeiro, e que já havia vitimado da mortalidade muitos indivíduos entre eles livres e a maioria de escravizados e além da cólera a existências de outras epidemias “febres, malária”. O mesmo autor refere que dentro da historiografia da cólera no Brasil em 1855, a “assistência à saúde era oferecida pela caridade, sobretudo, pela Santa Casa de Misericórdia e por outras ordens religiosas, ainda que com alguns subsídios do Estado e doações feitas por pessoas que ocupavam cargos políticos”. Desta forma foi criado a Junta de Higiene Pública a qual era atribuída encaminhar grupos de pessoas específicas para intervenção nas enfermarias definidas pelo governo para tratamento das terapêuticas com objetivo de minimizar a situação instalada. No entanto essa alta concentração de pessoas, situação precária higiene, penúria, privações, labuta árdua, sustento de má qualidade e em pouca quantidade e os maus tratos no meio rural oferecia condições propícias à cólera. No entanto por mais que fosse aconselhado moradias arejadas, alimentação suficiente, entre outros muitos proprietários de escravizados não se atentavam para tal, piorando ainda mais a situação.

Entre tantas as doenças a conhecida mal-de-Luanda ou escorbuto, devido a carência alimentar e da insuficiência de vitamina C, e devido a esta carência de vitaminas desenvolvia a herisipolas, sendo o crescimento/inchaço da carne das gengivas que faz necessário cortar para que a boca seja fechada comenta Carvalho (2006)

Carvalho (2006, p. 2), em seu estudo refere que no início do século XX, inicia-se o desenvolvimento entre outros da geografia médica e da higiene, na qual uma das contribuições para minimizar o sofrimento dos escravizados se dá por meio da prática dos higienistas, ou seja, “ambientes nocivos, as relações entre a pobreza e doença mediadas pelos ambientes insalubres, passaram a ter a mediação dos micróbios. E os pobres, não mais apenas seus ambientes passam a ser portadores das doenças, dos micróbios”, ou seja, a condição de higiene começa a reger, pois as condições de higiene precárias possibilitavam o risco de adoecer.

Rosa (2014) contribui referenciando diversas doenças às quais foi proposto quadro para classificação das mesmas e seus significados. Entretanto, muito se perdeu, pois não se conseguiu fazer uma relação entre as enfermidades dos escravizados com as categorias das doenças devido denominações populares da época. Apesar disso, pesquisadores buscam cruzar dados, estabelecer critérios para classificar as enfermidades abaixo:

Nessa categoria foram inseridas descrições que não puderam, até o momento, ser classificadas em nenhuma das categorias acima citadas, por descrição pobre da sintomatologia, como “doente”, “achacado”, dentre outros, ou por desconhecimento da terminologia utilizada, como “muito inferior”, “com um lobinho”, “com doença de pestária”, “com falta de junção”, “alparcas no pescoço”, “com achaque de congolha”, “fintes”, “serrador”, “costumeira”, “rendura”, “rendeira”, “trombeta”, “palmilhador”, “chagas pelo corpo gallico”, “pés gretados”, “achaque de bamba”, “zaino de um olho”, “víscida no olho”, “maneta”, “pranto no sangue”, “estípola”, “espinha inchada”, “beijudo”, “externado”, “doente de sílica”, “com defluxo no peito”, “doente de pilouriz”, “doença de cística”.

Acrescenta Rosa (2014) a importância de esclarecer, classificar, catalogar as patologias das pessoas, não negligenciando informações, a fim de que possam ser informações às quais dentro do seu processo histórico possam ser correlacionadas esclarecendo as enfermidades e compreendendo que o corpo é passível das doenças. Contudo, identificá-las manifestará a cultura dentro de uma sociedade escravista e preconceituosa.

Becker (2010, p. 3) salienta a importância dos curandeiros no tratamento das enfermidades dos escravizados e que:

“[...] aproximação entre historiadores e epidemiologistas para aumentar a densidade das discussões sobre as doenças do passado, principalmente das relações entre doenças e escravidão. Assim será possível desconstruir preceitos raciais e claramente baseados no senso comum, que sustentaram a ideia de raças humanas como fator biológico. O tráfico de escravos foi uma fonte introdutória de novos parasitas para a América, mas o mesmo fez a penetração dos espanhóis e dos portugueses no continente”.

Desta forma, conceitos e preconceitos serão construídos e desconstruídos, possibilitando novas interpretações no que se refere às moléstias acometidas à população escravizada, com o intuito de compreender este período de exploração do ser humano.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa tem como objetivo identificar doenças e formas do cuidado das enfermidades adotadas pela população escravizada no Brasil no século XIX. Desta forma, a busca no levantamento dos dados se dará através das tecnologias de informações (TICs), ou seja pela revisão de literatura, que buscará nas bases de dados (Lilac, Scielo, entre outras) através dos descritores: saúde, doença, pessoas escravizadas, cuidados com saúde, visando agrupar o máximo de informações, com a finalidade de enriquecer a compreensão sobre as enfermidades e o processo de tratamento da população escravizada no Brasil, respondendo a questão norteadora e demais interesses no estudo em questão.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No contexto atual, apesar de tantas lutas, tendências discriminatórias quanto a população negra, o MS (2007, p. 26), observa-se que no relatório “Saúde Brasil, 2005: uma análise da situação de saúde apresenta informações e análises discriminadas segundo raça, cor e etnia, enfocando assistência pré-natal, tipo de parto, baixo peso ao nascer [...]”, ainda, “ verificou-se que 62% das mães de nascidos branco referiram ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal [...],

para as mães de nascidos vivos pardos por 37% de consultas de pré-natal”, percebe-se que ainda as diferenças são protuberantes frente a tantas políticas públicas relacionado com as desigualdades sociais, preconceito, prevalecendo os diferenciais de cor.

Quanto ao mal-de-Luanda, escorbuto, comum durante o transporte e demais regiões de escravizados, doença diagnosticada pela carência alimentar e de insuficiência de vitamina C. Devido a carência alimentar e vitamina C aparece a herisipolas, seguindo de inflamação dos joelhos e membros inferiores, salienta Carvalho (2006), em alguns casos forte algia peito. O mesmo autor (2006, p. 6) salienta que estes sintomas também pode ter outras causas como a “ malária, febre amarela, doenças bacterianas e outras doenças arbovirose” desta forma muitos foram vitimas devido a falta de alimentação variada e de fome.

Guimarães (2008) destaca que muito se utilizou da medicina popular de Chernovicz, para minimizar as moléstias dos escravizados, entre eles a febre amarela, doença típica países quentes, bem como bichos de pés que sugavam sangue ferindo os mesmos e opilações caracterizadas pela fraqueza geral devido na maioria das vezes pela falta de apetite ou consumo substanciam bizarras, devido a presença de pequenos vermos nos intestinos que os deixavam prostados mediante a esta moléstia.

Freyre (1979, p. 39) aponta o ambiente inadequado, alimentação precária, falta de vestuários, higiene, comercio sexual, agressão, itens propícios para desenvolvimento de doenças como o “raquitismo, erisipela, escorbuto, bexigas, boubas, sífilis e oftalmia, quebrados, rendidos, bicho-de-pé”, queimaduras, feridas, desta forma entre estas e demais doenças determinavam indicio alarmantes de mortalidade entre os cativos, com pouca probabilidade na recuperação de sua integralidade física e de saúde.

Freitas (1935, p. 95), comenta que a frialdade são “larvas infestam o organismo por três vias diferentes: bucal, respiratória e epidérmica [...]. A penetração por via bucal está dependente das mãos sujas em terras onde porventura existam essas larvas; de águas contaminadas ou de objetos sujos levados à boca”, desta forma os escravizados muito cansados, fracos, fadiga, sem vontade de fazer as atividades ordenadas ficando a mercê da sorte junto aos castigos atribuído ao mesmo. Além do maculo ou “el bicho”/e/ou “febre pútrida”, tendo como sintomas febre intensa, desfalecimento e sonolência e que, nos casos

graves, tão frequentes, terminava por gangrena que matava o paciente de um modo cruel e doloroso” ou seja “era uma inflamação séptica do ânus, intestino, reto e mesmo do cólon, que passava com facilidade ao estado gangrenoso”. Freitas (p.36), destaca ainda que o tratamento do maculo, “aconselhava a aplicação de clisteres de decocto ou cozimento de "Erva do Bicho"; banhos com o mesmo cozimento e, para maior segurança, a introdução no reto de grandes bolos preparados com a massa desta mesma erva misturada com outros ingredientes”, sendo usado em grande quantidade para cobrir todo o anus. Doença cruel que levava a grandes erupções, seguindo de gangrena e o óbito dos doentes.

No entanto a boubá, doença infectuosa, entre a mais conhecida sífilis, sendo um dos métodos profilático tentativa de disciplinar as práticas sexuais, para Freitas (1935, p. 65), contribui que:

“depois de um período de incubação, que varia de alguns dias a algumas semanas, sobrevém, no indivíduo afetado, uma elevação de temperatura, irregular, podendo atingir até quarenta graus, acompanhada de perturbações gastrointestinais, vômitos, diarreia, cefaleia noturna e, às vezes, dores reumatóides nas articulações.

Chiavenato (1999) contribui que crença no Brasil, que como purgativo para uma homem sífilítico era uma negrinha virgem, sendo que os senhores acreditavam neste tipo de tratamento, inoculando vírus para uma mulher, desta forma os escravizados sífilíticos eram brutalmente explorados sexualmente, se tornando uma população considerada com grande mal venéreo na época.

O bicho de pé, incomodo, sugador de sangue, insignificante inseto, conforme Freitas (1935, p. 151 e 152), o inseto:

“logo se fixa nos pés dos indivíduos pouco precitados, para aí, calmamente, deixar processar-se o ciclo evolutivo de sua ovulação, procurando introduzir-se, pouco a pouco, na trama do tecido epidérmico, seja na sua face plantar, seja nos dedos dos pés, seja nas dobras digito-plantares, seja por debaixo das unhas, seus lugares prediletos de hospedagem. Em primeiro lugar é a cabeça que mergulha na trama da derme. Depois o corpo. E, por fim, as patas. Uma vez toda mergulhada no tecido subepidérmico, a pulga penetrante aí se fixa por suas patas e inicia uma série de movimentos de sucção do sangue do hospedeiro, com o duplo objetivo de nutrir-se e de, nutrido-se, facilitar a sua ovulação. Mas, o Bicho dos pés não executa estes atos, sem provocar as justas suspeitas do hospedeiro, e isto porque o "seu trabalho" determina uma coceira, mais ou menos viva, no lugar de entrada do parasito; coceira esta que vai aumentando, pouco a pouco; transformando-se, mesmo, numa dor de certa intensidade, devida não somente ao aumento de volume do importuno hóspede, cheio, então, de uma incalculável quantidade de óvulos esbranquiçados e muito miudinhos (trezentos ou mais, segundo alguns observadores), como também a uma substância irritante que o inseto vai exudando, talvez para facilitar, por um trabalho irritativo, a construção de sua loca de moradia temporária. No lugar por onde penetrou a pulga

fecundada observa-se um pequeno ponto negro constituído pela abertura deste orifício de entrada. Aí se acha assestado o segmento anal, onde se abre o último estigma e que serve, ao mesmo tempo, de respiradouro do inseto e de escoadouro dos óvulos para o exterior. Ao redor deste ponto negro vai aparecendo, cada vez mais distinta, uma facha esbranquiçada, constituída pelo resto do abdômen imensamente distendido e impando de ovos.

Desta forma no local da entrada do bicho de pé, inicia-se novamente a fase evolutiva, onde os ovos são expelidos ao chão, passando por fases e iniciando seu estágio no homem, tendo como complicações o tétano, erisipelas entre outras doenças. Devido os pés descalços, higiene precária, a forma de tratamento é a retirada no bicho de pé, no entanto as condições precárias de higiene trouxeram muitos transtornos durante o cuidado com este inseto, sendo a gangrena como uma das consequência da falta de cuidado e higiene precária no cuidado.

Contudo, Rosa (2014, p. 8,9) busca construir um quadro nosológico abrangendo as doenças dos escravizados, usando dados disponibilizados em manuscritos arquivados e em registros eclesiásticos e cartórios, a fim de colaborar com a ciência da saúde e em compreender as doenças dos escravizados nos dias atuais, sendo classificadas:

Tabela 1. Metodologia de classificação adotada

CATEGORIA	DESCRIÇÃO ANATOMOPATOLÓGICA (em termos atuais)	EXEMPLO
Doenças do sistema digestório	Doenças relacionadas aos órgãos do sistema digestório e seus anexos – boca, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, reto, ânus, pâncreas, o fígado e vesícula biliar (MOORE, 2007)	“quebrado das virilhas” ou “doente do fígado”
Doenças do sistema respiratório	Doenças de fossas nasais, boca, faringe, laringe, traquéia ou pulmões (BOGLIOLO, 2000).	“achaque de asma” ou “tísico”
Doenças do sistema nervoso e sintomas neuropsiquiátricos	Doenças relacionadas anatomicamente ao Sistema Nervoso Central ou Sistema Nervoso Periférico (MOORE, 2007), ou que tenham levado a alterações das funções psíquicas elementares (DALGALARRONDO, 2008).	“gota coral”
Doenças do sistema geniturinário	Doenças relacionadas aos rins, ureteres e bexiga e aos órgãos genitais masculinos e femininos (BOGLIOLO, 2000), excluindo-se aquelas relacionadas à gestação ou ao parto.	“com os testículos melhores”, “doente da madre com esta de fora”
Doenças do sistema circulatório	Doenças relacionadas ao coração, veias, artérias, linfáticos ou mesmo aos vasos de menor calibre (BOGLIOLO, 2000).	“obstrução”
Doenças do sistema sensorial	Doenças relacionadas aos sentidos - visão, audição, olfato, tato, paladar (MOORE, 2007) – sejam elas de origem traumática ou não traumática. No caso de comprometimento da função do órgão – como “surdo”, ou “cego” – essa classificação foi ainda acrescida de Disfunção.	“belida”, “surdo”
Doenças infecto	Qualquer destruição tissular com manifestações	“barriga d’água”

parasitárias	clínicas e patológicas de infecção (BRASIL, 2014)– com exceção das doenças infecciosas da pele, que foram descritas separadamente;	
Doenças reumáticas, nutricionais e glandulares	As doenças reumáticas são aquelas doenças e alterações funcionais que comprometem o aparelho músculo esquelético – ossos, cartilagem, estruturas periarticulares e/ou de músculos – de forma não traumática; as doenças nutricionais são aquelas relacionadas à deficiência de certos nutrientes, como vitaminas ou sais minerais, gerando sintomatologia já bem caracterizada desde o século XVII, como, por exemplo, o escorbuto; as doenças glandulares são aquelas relacionadas ao sistema endócrino, responsável pela produção e secreção de hormônios (BOGLIOLO, 2000).	Exemplo: “papo”, “escorbuto”
Doenças da pele	Referem-se a qualquer afecção do tecido epitelial, culminado em lesões cutâneas superficiais ou profundas, incluindo-se também nesta classificação as feridas cancrosas (neoplasias cutâneas), além das doenças das mucosas, como afecções na boca, lábios, gengiva, língua (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2004). Neste caso, excluem-se as lesões de pele traumáticas e as doenças de mucosa genital, que foram descritas separadamente	“erisipela”.
Deformidades congênitas ou adquiridas	Abrangem todos os desvios em relação à forma, tamanho, posição, número e coloração de uma ou mais partes decorrentes de condição morfológica congênita, além das deformidades adquiridas, decorrentes de alguma condição pós-natal, seja ela de origem laboral, acidental ou patológica (FREIRE-MAIA, 1976; OPAS, 1984). Lesões agudas, provenientes de acidentes ou acometimentos externos, com ampla chance de cura sem culminar em deformidades, foram classificadas separadamente.	“aleijado”, “malfeito”
Acidentes, lesões externas	Lesões sabidamente ocasionadas por acidentes ou lesões traumáticas, não representando doenças de mecanismos fisiopatológicos. No caso de levarem à perda da função do órgão, foram ainda classificadas como Disfunção.	fraturas, “fistulas”, ou quaisquer outros achados provenientes de traumas, incluindo as “suturas”
Gestação ou problemas de gravidez/parto	Gestante ou que apresente complicações que tenham ocorrido durante a gestação ou durante o trabalho de parto. Excluem-se as questões embriológicas, que foram classificadas separadamente.	“pejada”
Senilidade	Sintomatologia sabidamente decorrente do processo de envelhecimento, geralmente associada à Disfunção.	“velho de idade”
Disfunção	Doença de qualquer órgão que tenha culminado em perda de sua função. Essa classificação é uma complementação do acometimento primário. Portanto, no caso de disfunção, sempre há uma classificação prévia.	“cego”

Rosa (2014, p.8,9). Anais Eletrônicos do 14º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia – 14º SNHCT

A relação que a autora faz é no sentido de resgatar as patologias com as terminologias nos dias atuais preservando, desta maneira, a cultura e a riqueza que os documentos pesquisados contêm, de forma a preservar os saberes, costumes e

hábitos da população negra, compreendendo o corpo como essência para a sobrevivência humana.

Kodama (2008, p. 420), relaciona as “moléstias gálicas como as sarnas, as pústulas malignas, os fígados bravos, o mal-de-lázaro (lepra) e a tísica”, tais doenças avultaram nos locais de comércio dos africanos, ainda expressava que nestas malignidades estava “imbricada à ideia de mal e castigo por crimes morais” agravando ainda mais a discriminação e o preconceito aos escravizados. No entanto, o comércio continuava e os senhores proprietários também continuavam investindo em novas aquisições de seus “objetos” vítimas do desprezo para serviços pesados, humilhantes e sem dignidade de cuidados gerais.

Entre os escritos estudados por Pereira (2009, p. 2 e 7), destaca-se causas de morte dos escravizados, entre elas:

bouba/úlceras bubáticas; coqueluche; disenteria; erisipela; febres; febre intermitente; febre tifoide; hidropesia; malária; meningite; meningococcalite; mielite; sarampo; sífilis; tétano; tifo; tuberculose; varíola; vermes, diarreia; enterite; enterocolite; estômago (várias inflamações); fígado; gastroenterite; gastro-hepatite; hepatite; hidropisia; icterícia”.

O mesmo autor cita que para diagnosticar as doenças acima não era uma empreitada simples. Por mais experiente que fosse, a pessoa não conseguia diagnosticar com exatidão o mal do escravizado, tendo em vista as linguagens diversificadas e também o entendimento, pois febre era relacionada como “palustres, pútridas, malignas lentas, ardentes, continuas e héticas, agudas, pestilentas” (Ibidem, p.5), conforme escritos sobre e resultando, desta forma, em imprecisão nos diagnósticos referenciados.

Pereira (2009, p. 5) complementa que para tratamento dessas doenças e tantas outras na Fazenda de Santa Cruz, onde estavam presente os jesuítas, o medicamento mais utilizado era a “quina, [...], febrífuga, [...], lenho de guáiacó”. Outra forma de cuidado era o fogo, no qual a fumaça tinha o intuito de espantar os insetos, e além das sangrias muito comum entre os escravizados. Observa-se que a cultura na época era um fator determinante a qual vinha a minimizar o sofrimento e oportunizar conforto na saúde dos escravizados, ou seja, o contexto social já demandava certo cuidado diferenciado nos registros e no cuidado das doenças acometidas aos menos favorecidos.

Entre tantas doenças acometidas aos cativos por indiferença, alimentação precária, higiene, carga de trabalho, Oda (2005), reporta-se aos suicídios, como

motivação, os maus tratos, a fúria assassina dos feitores e senhores, nostalgia/banzo, e outros transtornos mentais que levavam os cativos a se enforcarem ou afogamento.

Os escravizados que não tinham êxito na tentativa do ato suicida voltavam ao trabalho depois dos castigos. Ainda alguns suicídios possivelmente foram provocados pelos próprios senhores, como o infanticídio onde as crias das escravas eram enterradas, muitas ainda vivas ou entregues a cuidados de outros escravizados ou pessoas, tendo em vista o comércio das escravas para amas-de-leite.

Moreira (2013, p. 92), descreve que “Lei nº 2040 de 28.09.1871, [...] em seu artigo 1º que os filhos de mulher escrava que nascerem no Império desde a data desta lei serão considerados de condição livres”. Porém, essas crianças ficavam ao poder de seus senhores até uns 8 anos, desta forma continuavam a trabalhar junto de suas mães escravizadas, sendo as atividades destes ingênuos livres consideradas trabalhos escravos, os quais os senhores consideravam como parte do pagamento para mante-los em suas propriedades. Ibidem (p.103 e 104), observa que “em muitos casos, os senhores preferiam ignorar o valor-trabalho dos filhos de suas escravas, valorizando o capital que poderiam acumular com o aluguel das mães como amas-de-leite [...]”. Contudo, as crias eram “empecilhos á exploração das escravas, e deveriam ser descartados (seja pelo desaparecimento através do infanticídio ou entregue dos mesmos a roda dos expostos)”. Assim, muitas crianças eram alimentadas com alimentos inadequados ou deixadas para morrer de fome. A refeição que não convinha com as necessidades do bebê, tendo como consequência a mortalidade especialmente as moléstias derivadas do aparelho digestivo.

Ainda no que se refere aos ingênuos, Petiz (2007), corrobora que ocorriam diversas lesões durante o parto nas crianças, em alguns casos era realizado por parteira que não conseguiam colaborar quando da prematuridade das crianças, e com o passar dos dias, a situação se tornava crítica devido ao tétano neonatal, seguido do óbito em muitos casos.

Por outro lado a cólera, entre 1855 e 1856, Kodama (2012, p. 75), faz menção que a “cólera apareceu pelo menos em três ocasiões, na década de 1850, nos finais dos anos de 1860 e durante a década seguinte, e por fim, em 1894, teve sua mais agressiva incursão em 1855, para ser gradativamente amainado, nas “invasões” subsequentes”. Sendo considerado o período mais endêmico, onde David (1996, p.

131) faz menção que em 1855, “em Salvador, onde faleceram cerca de dez mil pessoas” do cólera, a qual atingiu todas as classes sociais, um inimigo invisível frente onde David (1996, p. 90/91), comenta que:

“o doente começava sentindo um mal estar indefinido, que evoluía para uma sensação de abatimento ou prostração; seguia a falta de apetite, acompanhada por dores no ventre, vômitos e diarreias abundantes; logo vinham as câibras nas extremidades do corpo e, ato contínuo, um frio muito intenso, às vezes seguido de febre; quando sua pulsação ia ficando cada vez mais lenta, sofria asfixia. Depois disso, o doente podia esboçar uma reação ou ter convulsões e crises denominadas de metástases das quais dificilmente conseguiam escapar com vida. Uma sede insaciável e a mudança na cor da pele do doente, que tornava-se azulada, completava a sintomatologia então descrita pelos médicos.

A cólera trouxe muito medo a todos os proprietários de escravizados, tendo em vista a disseminação de muitos escravizados por conta desta epidemia. Diversas condutas foram tomadas para minimizar a doenças, sendo uma delas o cuidado com a higiene.

Porto (2006, P. 1021), coloca que “os proprietários dos escravos só se tornavam mais cuidadosos com seus escravos quando suas reservas diminuía por efeito de uma epidemia, e frequentemente os sintomas de doenças eram desprezados como “fingimento” para faltar ao trabalho. Observa-se que algumas atitudes somente eram atribuídas pelas perdas em massa dos escravizados, julgando que os mesmos eram culpados pela propagação das moléstias. Porto, coloca que na segunda metade do século, tendo em vista controle do tráfego de escravizados, as “peças” começam a ser valorizadas, pois a mão de obra era insuficiente para as atividades que demandavam as atividades, sendo que este evento trouxe visão dos proprietários atribuir melhor tratamento para os escravizados, reduzindo as horas trabalhadas durante o dia, bem como fornecimento de roupas, moradia, alimentação de melhor qualidade com o objetivo de prolongar a vida dos mesmos.

Muitos dos saberes dos escravizados foram valorizados pelos proprietários na tentativa de minimizar as doenças dos mesmos e até alguns “brancos” ousavam a arriscar-se na busca do tratamento com os negros. Porto (2006, p. 1024), refere que tratamentos oferecidos pelos escravizados estavam na “arte de sangrar, aplicação sanguessugas, [...], amalgamas, [...], ervas, feitiços, [...], remédios baseados nas credences que trouxeram da pátria, atravessando o mar, e que conservam zelosamente” . Guimarães (2008), ainda refere que a arte do cuidado as garrafadas

eram comuns no tratamento das moléstias. Desta forma a solidariedade vinha a contribuir com os saberes na diminuição dos sofrimentos dos seus irmãos de pátria quando era possível.

Quanto aos barbeiros, Guimarães (2008, p. 832), cita que “além de sangrar, “deitar bichas” e tratar de cabelos e barbas, praticavam pequenas cirúrgicas, como arrancar dentes e abrir tumores, deixando as maiores como amputação e tratamento de grandes feridas, a cargo dos diversos cirurgiões”. Ainda explica que sangria resumia-se em “escarificar pele com uma pedra, e sobre essa área colocar chifre de ovelha com a extremidade maior em contato com a pele, e chupar na outra extremidade” a fim de retirar mal que acometia o doente ou seja equilibrar humores. Abreu (2005, 187), contribui que além da “arte de sangrar, barbeiros e dentistas, a atividade de parteira e bruxedos, rezas e benzeduras são praticas oriundas de universos culturais deferentes que no Brasil foram apropriadas e utilizadas para reestabelecer a saúde do corpo”. Ainda os senhores donos de escravizados temiam as bruxarias, temerosos dos poderes mágicos reprimiam os mesmos por meio de castigos e ameaças. Segundo mesmo autor, as bolsas de Mandinga, tinha como finalidade a proteção do corpo, comum entre os mestres das magias os amuletos e as pencas de balangandãs feitos de corais e perolas tinham como objetivo proteção e também representava o poder e a fertilidade. O poder das pencas representava autoridade, devoção proteção para outros.

Ainda está população além destas técnicas, comenta Amantino (2007, p.1385) o uso de folhas de bananeiras para minimizar o cheiro de suas feridas e os escravizados sendo considerados como uma mercadoria quando incapacitados, limitação física “poderia constituir grande vantagem para o senhor, a exemplo dos escravizados cegos ou com outras deficiências que eram colocados nas ruas para esmolar, revertendo o lucro para seu dono”, mesmo em estado miseráveis eram explorados e exposto a própria sorte.

Somente na década de 30, Abreu (2005, p. 186) destaca que se “rompia com o determinismo racial das doenças, [...] a ideia de “união microbiana” [...] doenças não estavam associadas ao sangue das raças inferiores, mas sim às condições sociais em que viviam os escravos”, desta forma rompendo preconceito entre as doenças e atribuídas aos escravizados e a contaminação para a sociedade brasileira.

Desta maneira Porto (2009, p. 3) refere que “estudos imprimiram a ideia de que o escravo – mal alimentado, mal vestido e maltratado – era explorado ao máximo de suas forças; sendo pratica comum o escravo ser alforriado ou abandonado a sua própria sorte, quando sua enfermidade era incurável”, sendo que o escravizado doente representava perigo físico e moral para o meio em que estava.

Devido a nostalgia profunda, castigos cruéis, falta de perspectiva, Haag (2010, p. 87) complementa, “as mortes voluntárias dos cativos descritas como uma forma passiva de suicídio – recusar alimentos e deixar-se morrer de inanição e tristeza [...], além enforcamentos, afogamentos, uso de armas brancas, etc” , são formas extremas de suicídio, muitas vezes sem sucesso, tentando minimizar a dor, sofrimento, depressão, doenças, libertar-se tirando o que lhe restava: a vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS –

Este estudo buscou retratar apenas uma fração das enfermidades acometidas à população escravizada e buscar instigar aos estudiosos/e/ou/governantes implementar, nas políticas públicas, ações em saúde que venham contribuir com um olhar para a saúde da população negra, além de trazer considerações e subsídios para outras pesquisas no quesito saúde da população escravizada.

A importância do preenchimento das informações nos prontuários e demais documentos do paciente sejam fidedignos, organizados, não negligenciando as informações no processo de adoecimento para que futuras pesquisas confrontem os dados a fim de propor novos saberes quanto a saúde da população como um todo.

O aprendizado é gratificante, pois o meu conhecimento frente aos problemas de saúde dos escravizados era e é incompleto necessitando de outras apropriações do conhecimento e acima de tudo a valorização das anotações e registros dos cemitérios da época, o qual traz uma riqueza de conhecimento na busca pela pesquisa. Esta busca me instigou a outras leituras como, por exemplo, os anúncios quanto fugas dos escravizados nos esforços em identificar os mesmos, na tentativa de resgata-los e coibir diante dos demais escravizados, empoderando assim o senhor diante dos mesmos.

No entanto, parte que se tornou fatigante e mexeu com o meu “eu” foi o infanticídio. Enterrar as “crias” ainda vivas para o comércio da ama-de-leite. Fato

além dos demais, desumano e sem qualquer forma de promover uma chance para a vida dos filhos do ventre livre.

Este trabalho corroborou na visão da doença, sofrimento, garra de vida, ou sobreviver da forma que seja possível. Nesta perspectiva estou aplicando estes conhecimentos diariamente como educadora do Curso Técnico em Enfermagem relacionando à história da saúde e às consequências no período da escravidão no Brasil, sendo que, muitas destas doenças são tratadas nos serviços de saúde diariamente no Brasil, sendo assim processo de cura ainda necessita de estudos pelos pesquisadores.

REFERÊNCIAS

ABREU, J.L.N. Das enfermidades e dos saberes sobre o corpo dos africanos no Brasil: historiografia, praticas e apropriações. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/historiaperspectivas/article/view/19024>. Acesso em: 12 de dez. de 2014.

AMANTINO, M. As condições físicas e de saúde dos escravos fugitivos anunciados no Jornal do Comercio (RJ) em 1850. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci.. Acesso em: 12 de dez. de 2014.

BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R.B.; MEDEIROS, R.A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf>. Acesso em: 28 de ago. de 2015.

BARBOSA, E.B.L.; ANJOS, J.J.T. dos. O negro no século XIX através dos jornais da província do Paraná (1853-1889). Disponível em: <http://www.cursos.nead.ufpr.br/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=162256>. Acesso em 14 de jul. de 2014.

BECKER, C.B. Os escravos e sua relação com a história da saúde na fronteira meridional do Rio Grande do Sul do Século XIX. Disponível em:

www.eeh2010.anpuh-rs.org.br/.../1278786544_ARQUIVO_artigoanpuhoriginal.pdf.
Acesso em: 22 de abr. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 12 de jan. de 2015.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de set., 1990. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/legislaçãolei8080_190990.htm. Acesso em: 15 de dez. de 2014.

CARVALHO, D.M. Doenças dos escravizados, doenças africanas? Disponível em: RJ.anpuh.org/resources/RJ/Anais/2006/conferencias/Diana%de%20carvalho.pdf. Acesso em: 12 de mai de 2015.

CHERNOVIZ, P.L.N. Dicionário de medicina popular. Disponível em: <http://www.brasiliana.usp.br/bbd/handle/1918/00756310#page/79/mode/1up>. Acesso em: 12 de fev. de 2015.

CHIAVENATO, J.J. O negro no Brasil: da senzala à abolição. São Paulo: Moderna. 1999. – Coleção polêmica.

DAVID, O.R. O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX. Salvador: Editora da UFBA; Sarah Letras. 1996.

FREITAS, O. As Doenças Africanas no Brasil. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1935. - (vol.51 da coleção Brasileira). Disponível em: <http://www.brasiliana.com.br/brasiliana/colecao/obras/33/Doencas-Africanas-no-Brasil>. Acesso em: 12 de out. de 2014.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).

FREYRE, G. O escravo nos anúncios de jornais brasileiros do século XIX. Recife: Brasileira, 1979.

GUIMARAES, M.R.C. Os manuais de medicina popular do Império e as doenças dos escravos: o exemplo de “Chernoviz”. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Acesso em: 15 de mar. de 2015.

HAAG,C. A saudade que mata. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2012/07/086-089-172.pdf>. Acesso em 12 de out. de 2014.

HASENBALG, C. Discriminação e desigualdades raciais no Brasil. Rio Janeiro - RJ: 1979.

KODAMA, K. Os debates pelo fim do tráfico no periódico O Philantropo (1849-1852) e a formação do povo: doença, raça e escravidão. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid... Acesso em: 15 de mar. de 2015.

KODAMA, K., et. al. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702012000500005&script=sci_arttext. Acesso em: 15 de mar. de 2015.

MOREIRA, P.R.S. Ingênuas mortes negras: doenças e óbitos dos filhos do ventre livre (Porto Alegre – RS – 1871/1888). Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4807281>. Acesso em 15 de mai. de 2015.

ODA, A.M.G.R.; OLIVEIRA, S.V. Registros de suicídios entre escravos em São Paulo e na Bahia (1847-1888): notas de pesquisa. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci.... Acesso em: 12 de fev. de 2015.

PEREIRA, J.C.M.S. Práticas de saúde, doenças e sociabilidade escrava na Imperial Fazenda de Santa Cruz, da segunda metade do século XIX. Disponível em:

<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao35/materia01/texto01.pdf>. Acesso em: 12 de jan. de 2015.

PETIZ, S.S. Enfermidades de escravos: contribuições metodológicas para estimativas da mortalidade (Rio Grande de São Pedro, 1790-1835). In: PÔRTO, (Org). Doenças e escravidão: sistemas de saúde e praticas terapêutica. Simpósio temático do XII encontro regional de história – ANPUH/Rio-2006. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 2007.

PORTO, A. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e praticas terapêuticas. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000400013. Acesso em: 12 de jan. de 2015.

_____. Fontes para a História da Saúde dos escravos no Brasil. Disponível em: <http://www.escravidaoeliberdade.com.br/site/images/Textos4/angelaporto.pdf>. Acesso em: 12 de mar. de 2015.

RODRIGUES, J. Reflexões sobre tráfico de africanos, doenças e relações raciais. Disponível em: www.seer.ufu.br/index.php/.../article/.../11518. Acesso em 18 de nov. de 2014.

ROSA, C.M; OLIVEIRA, J.C. Doença e escravidão no século XVIII: construindo um quadro nosológico. Disponível em: www.14snhct.sbhct.org.br/arquivo/download?ID... Acesso em: 12 de mar. de 2015.

Saúde da população negra / Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes, (orgs.). -- 2. ed. -- Brasília, DF : ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. -- (Coleção negras e negros: pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara Pedroso Müller). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em 18 de out. de 2014.