

REFLEXÕES SOBRE TRÁFICO DE AFRICANOS, DOENÇAS E RELAÇÕES RACIAIS

Jaime Rodrigues¹

RESUMO: A partir de preconceitos raciais identificáveis no presente, este artigo ensaia uma análise retrospectiva da forma pela qual autores médicos, com base em evidências empíricas contidas em relatos de viajantes europeus e na crônica colonial, atribuíram aos africanos a responsabilidade pela introdução de doenças no Brasil. O debate, com raízes antigas, passou por transformações importantes entre fins do século XIX e início do século XX e prossegue até a atualidade. O texto propõe um empenho dos historiadores da escravidão, da saúde e da medicina em lidar com as doenças como parte da experiência dos africanos desembarcados no Brasil, tendo em vista as concepções de doença/cura entre diferentes culturas africanas.

PALAVRAS-CHAVE: Escravidão. Africanos. Tráfico de escravos. Racismo.

ABSTRACT: On race riot still working at present times, this article analyses, in restrospection, how phisicians authors inputs on africans the responsability of introduce diseases in Brazil and how the slaves came ill because of an inapropriate diet. Here we study the lazars and scorbutics cases on slave trade.

KEYWORDS: Slavery. Africans. Slave trade. Racism.

¹ Professor adjunto de História do Brasil, Departamento de História, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Paulo. E-mail: jaime.rodrigues@unifesp.br.

a multidão de escravos de Guiné, Mina e Angola, que continuamente entram neste porto, e dele se distribuem para engenhos, serviço das casas, e por negócio para as Minas do Rio de Janeiro, como nas embarcações que as trazem raríssimas vezes chegam sem achaques daquelas terras *verbi gratia* escorbutos: *id est* mal de Luanda, cachexia, sarnas, morfêas, diarréias, disenterias, hidropesias, oftalmias e muitas outras semelhantes, etc.

SANTOS, Manoel. Narração histórica das calamidades de Pernambuco, sucedidas desde o ano de 1700 até o de 1715 apud CAMPOS, Ernesto de Sousa. Considerações sobre a ocorrência de varíola e vacina nos séculos XVI, XVII e XVIII sob a luz de documentação coeva. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, 231, 1956, p. 144.

Pode-se debater indefinidamente se a escravidão deixou ou não marcas profundas no comportamento dos brasileiros, tornando-nos ou não racistas – mais ou menos cordiais, vá lá. Mas ninguém será capaz de negar, nem mesmo torturando estatísticas, que um de seus legados se encontra na saúde pública: moléstias importadas da África em navios negreiros, hoje doenças esquecidas de miseráveis.

LEITE, Marcelo. Males da escravidão. *Folha de S. Paulo*, caderno Ciência, 11 nov. 2007.

1. Quando a Aids surgiu no cenário epidemiológico internacional, entre fins da década de 1970 e início da década de 1980, as primeiras interpretações para a 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). Afinal, trata-se de informações atravessadas por fortes preconceitos – neste caso, racial, sexual e comportamental. Da África, a doença capaz de exterminar a humanidade teria migrado para o Haiti – país sobre o qual pesa uma imagem de “franquia africana no Caribe”. Desde o perigoso Haiti, a Aids dilatou-se até as costas dos Estados Unidos pela imigração ilegal de caribenhos miseráveis para, dali, ganhar o mundo pelas rotas legais da aviação comercial e da marinha mercante.²

Africanos, migrações transatlânticas e doenças: o caminho se faz sobre um terreno histórico familiar. A ideia de que africanos e símios pudessem gozar de uma vida sexual interativa e livre não parece ter chocado a opinião pública mundial – e não me refiro apenas aos cientistas em seus laboratórios. Se foi possível à mídia ocidental transmitir e ajudar a construir a ideia de que, na África, humanos e animais podem ser parceiros sexuais, é porque há no ideário racial do Ocidente o vislumbre de que esta é uma possibilidade concreta. Também não parece que os meios de comunicação tenham tirado da Aids nenhuma lição importante acerca de racismo; 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 – embora a doença já tivesse ocorrido como surto na Alemanha da década de 1970. Pouca autocrítica se fez e poucas providências concretas foram tomadas em relação

² Estas observações inspiram-se no artigo de SANTOS, Mario Vitor. Cientistas com a macaca. *Revista da Folha*, 3(155): 86. Ver também: NASCIMENTO, Dilene R. do. Enfrentando o estigma da Aids. In: NASCIMENTO, Dilene R. do; CARVALHO, Diana M. de (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 328-329, e FARMER, Paul. Mandando doença: feitiçaria, política e mudanças nos conceitos da Aids no Haiti rural. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p. 535-567. Para uma análise do estigma da AIDS sobre homossexuais masculinos no Brasil da década de 1980, ver SCARDINO, Yuri. *Transformações de um preconceito: HIV/AIDS na grande imprensa e o estigma da homossexualidade (1983-1987)*. Guarulhos: EFLCH/Unifesp, 2010 (Monografia de Graduação).

aos desequilíbrios ecológicos como possível motivo da entrada em contato dos seres humanos com os causadores das moléstias.

O fato de os causadores do ebola e da Aids serem vírus “nativos” da África também não provocou espanto. Isso porque, ao longo de séculos, tem sido comum atribuir aos africanos a responsabilidade pela introdução de doenças epidêmicas ou endêmicas no Ocidente. Na América como um todo, essa ideia tem sido recorrente. Hoje, ebola e Aids são males atribuídos aos africanos, mas há uma longa lista de precedentes históricos.

Os relatos dos viajantes que estiveram no Brasil oitocentista estão repletos de referências às condições ambientais e à proliferação de doenças, ainda que nem sempre a descrição do espaço permitisse afirmar a existência da insalubridade com a certeza que autores do século seguinte defenderiam. O caso de Goiás no século XIX, por exemplo, foi relatado por John Pohl, que constatou a virulência com que a “febre pútrida” ao norte da província dizimava os plantéis de escravos.³ No Rio de Janeiro, visitado mais frequentemente pelos viajantes estrangeiros, eram comuns as menções ao desfile de escravos recém-desembarcados nus e doentes no espaço do Valongo. Também não era incomum vê-los perambulando pelo Rio de Janeiro em condições semelhantes, mesmo já sendo propriedades de outros

³ MAGALHÃES, Sônia Maria de. O cenário nosológico de Goiás no século XIX. *Varia História*, 21 (34): jul. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752005000200011&lng=pt&nrm=iso>. Febre pútrida ou *el bicho* era o nome com que se designava o maculo ou dilatação do ânus, “doença especial dos negros, sobretudo no reino de Angola e na província de Moçambique”, como descreveu Jean-François Xavier Sigaud em meados do século XIX, cf. *Do clima e das doenças do Brasil, ou estatística médica deste Império*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009 (1ª ed.: Paris: Fortin, Masson & Cia., 1844). Para Theodoro Langgaard, tratava-se do tifo, cf. *Dicionário de medicina doméstica e popular, tomo II*. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert, 1865, p. 242. Em muitos portos negreiros, como em Cartagena de Índias, a inspeção de saúde nos navios buscava as febres “pestilenciais” ou “pútridas” a bordo, além de casos de varíola, sarampo ou febre amarela. Ver: CHANDLER, David L. Health Conditions in the Slave Trade of Colonial New Granada. In: TOPLIN, Robert Brent (Ed.). *Slavery and Race Relations in Latin America*. Westport: Greenwood Press, 1974, p. 53.

senhores.⁴ Essas condições por vezes foram tomadas pelos contemporâneos como questões de saúde pública.

Em 11 de agosto de 1843, a norte-americana Mary Robinson Hunter anotou em seu diário o pânico vivido na Corte em função da grande mortandade provocada por um surto de escarlatina. Hunter vivia na cidade desde 1834, nela permanecendo até 1848, e considerava surpreendente que até então não tivesse havido mais problemas dessa natureza, já que nas ruas da cidade fervilhava uma população de todas as cores – fator propício para a geração de doenças e contaminações, a julgar pelas observações dela. Curiosamente, ela e seu marido – o diplomata William Hunter – provinham de famílias de traficantes de escravos do nordeste dos Estados Unidos.⁵ A profusão de pessoas de todas as cores pelas ruas não é propriamente uma responsabilização dos africanos pelas doenças que vitimavam tantos indivíduos no Rio de Janeiro daquele período. Mas há evidências mais claras – e em muitos casos, afirmações categóricas – de que os africanos trouxeram para o Brasil doenças desconhecidas até que o tráfico fosse implementado. Exemplos disso são as afirmações, feitas por Octávio de Freitas pouco mais de um século depois, acerca

⁴ KARASH, Mary C. *Slave Life in Rio de Janeiro (1808-1850)*. Princeton: Princeton University Press, 1987, p. 92-104; HONORATO, Cláudio de Paula. Controle sanitário dos negros novos no Valongo (Rio de Janeiro, 1758-1831). In: PORTO, Ângela (Org.). *Doenças e escravidão: sistemas de saúde e práticas terapêuticas*. Simpósio temático do XII Encontro Regional de História – Anpuh/RH, 2006. Disponível em: <<http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Claudio%20de%20Paula%20Honorato.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2010; PEREIRA, Júlio César Medeiros da Silva. *À flor da terra: o cemitério dos pretos novos no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond; Iphan, 2007.

⁵ CHERPAK, Evelyn M. (Ed.). Reminiscences of Brazilian Life, 1834-1848: selections from the Diary of Mary Robinson Hunter. *The Americas*, 49 (1): jul. 1992; BARBOSA, Rosana. Immigration and Xenophobia: Portuguese Immigrants in Early 19th Century Rio de Janeiro. Laham: Univesity Press of America, 2009, p. 100; HORNE, Gerald. *O sul mais distante: os Estados Unidos, o Brasil e o tráfico de escravos africanos*. São Paulo: Cia. das Letras, 2010, p. 32 e 117-121.

da imagem do Brasil como lugar de uma “salubridade admirável”, tendo os africanos vindo contaminar uma terra “salubérrima” com suas doenças peculiares.⁶

2. Em agosto de 1904, o entomologista Emílio Goeldi apresentou uma conferência no Congresso Internacional de Zoologia reunido em Berna, na Suíça. Nessa conferência, ele contrariou a versão corrente entre os epidemiologistas da época, que situavam nas Antilhas, a pátria do mosquito transmissor da febre amarela. As ilhas caribenhas e a cidade de Nova Orleans, onde os casos se multiplicavam, não tinham, para ele, a primazia do berço. Este, segundo Goeldi, encontrava-se na África:

Ao contrário da opinião até agora assaz divulgada, que supõe a pátria da *Stegomyia fasciata* ser a região antilhana, ligando o seu primeiro aparecimento com a viagem da descoberta de Colombo, eu não hesito [...] em estabelecer esta outra de que a pátria, proveniência e centro de dispersão desta perigosa espécie de mosquito deve ser procurada na África.⁷

Nessa época, diferentemente dos meados do século XIX, a transmissão da febre amarela pelo mosquito *Stegomyia fasciata* (modernamente denominado *Aedes aegypti*) já não era questionada nos meios científicos, como reafirmaram os membros do V Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, reunido no Rio de Janeiro em 1903.⁸ A chegada do mosquito ao continente americano, de acordo com Goeldi, se dera pelo tráfico de africanos, responsável também por “não poucos outros transmissores que

⁶ FREITAS, Octávio de. *Doenças africanas no Brasil*. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1935, p. 11-20.

⁷ GOELDI, Emílio. *Os mosquitos no Pará*. Pará: C. Wiegandt, 1905, p. 147.

⁸ TEIXEIRA, Luiz Antônio. Da transmissão hídrica a culicidiana: a febre amarela na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Revista Brasileira de História*, 21 (41): 217-242, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882001000200012&lng=en&nrm=iso>.

hoje no Brasil se costumam atribuir ao inventário aparentemente indígena de moléstias”.⁹ Surta na América portuguesa em 1685, a febre amarela aparentemente fez suas primeiras vítimas seguindo o percurso de uma embarcação que, saída de São Tomé, fez escala em São Domingos e dali dirigiu-se a Pernambuco, tendo vitimado centenas no Recife e em Olinda.¹⁰ Contudo, o que Goeldi julgou ser uma descoberta original já havia sido anunciado no relatório sobre a saúde pública da Corte em 1854, elaborado por Francisco de Paula Cândido. Nesse relatório, o médico era claro ao afirmar que a febre amarela provinha das costas da África; dois anos depois, Cândido reiterava suas afirmações, agora referindo-se à cólera:

Sempre os navios, ou homens e suas bagagens, servindo para transportar as epidemias, sempre os portos de mar as vítimas prediletas da febre amarela. Exemplo de casa. Da costa d’África à Bahia, daí, e da África diretamente, ao Rio de Janeiro, a Pernambuco, ao Pará, ao norte; ao sul até Santos e Santa Catarina.¹¹

Sidney Chalhoub observou que o comércio de africanos era visto entre parlamentares e médicos da década de 1850 (especialmente entre os opositores do tráfico) como responsável pela introdução da febre amarela, embora algumas autoridades de saúde pública na Corte fossem mais céticas quanto a isso (os que não se opunham tanto assim ao tráfico).¹² A julgar pelo estudo de Kaori Kodama, a conexão entre o tráfico negreiro e

⁹ GOELDI, 1905, p. 148.

¹⁰ GURGEL, Cristina. *Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos*. São Paulo: Contexto, 2010, p. 161-162.

¹¹ CANDIDO, Francisco de Paula. Relatório acerca da saúde pública compreendendo: 1) a história sucinta do cholera-morbus; 2) a discussão das providências sanitárias que convêm adotar-se. Rio de Janeiro: Tip. Nacional, 1856, p. 60 e 57-58. Sobre este médico e os debates em torno das formas de contágio da febre amarela e as medidas para enfrentá-la no âmbito das políticas de saúde pública, ver CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.

¹² CHALHOUB, 1996, p. 66 et seq.

a disseminação da febre amarela vinha de algumas décadas antes da extinção legal desse comércio no Brasil. O caso de Barcelona, atingida fortemente pela doença em forma epidêmica nos meados de 1821, fora analisado, entre outros, pelo médico francês Mathieu François Maxime Audouard, para quem os navios negreiros eram os responsáveis pela propagação da doença. Para ele, “os miasmas que causavam a doença eram produzidos não no ambiente das cidades e portos, mas nos porões dos navios que teriam tido envolvimento com o tráfico negreiro, através da madeira impregnada com as excreções corporais dos cativos”.¹³

Embora contrário à escravidão, Audouard compartilhava a ideia da existência de diferenças raciais entre negros e brancos, “e por isso, os primeiros também seriam capazes de produzir doenças específicas que poderiam se transmitir de forma letal sobre o organismo dos últimos”.¹⁴ Suas concepções sobre a propagação da febre amarela repercutiram no Brasil de fins da década de 1840 e dos primeiros anos da década seguinte. Os editores do jornal *O Philantropo*, militantes pelo fim do tráfico negreiro, encarregaram-se de estabelecer uma relação estreita entre esse comércio e a epidemia de febre amarela que então grassava na capital do Império. Na edição de 29 de setembro de 1850, era publicado naquele periódico um texto de autoria de Audouard:

Segundo o doutor francês, a febre amarela não era derivada de um clima particular, embora ela pudesse ser potencializada pelo calor. Ao identificar os navios negreiros como o lugar de origem da doença, a questão do médico vinha ao encontro dos problemas debatidos amplamente em 1850, e certamente ajudaria como um argumento a mais a pressionar o término do tráfico.¹⁵

¹³ KODAMA, Kaori. O doutor Audouard em Barcelona (1821) e a repercussão de sua tese sobre a febre amarela no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (4): dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000500007&lng=pt&nrm=iso>.

¹⁴ KODAMA, op. cit.

¹⁵ KODAMA, op. cit. Ver também: CHALHOUB, 1996, p. 73; BENCHIMOL, Jaime.

A febre amarela e, mais lateralmente, o cólera,¹⁶ não foram os únicos casos em que o tráfico foi considerado o difusor das doenças. Também parece haver um consenso entre os historiadores da medicina em torno da afirmação de que determinadas moléstias inexistiam na América antes da conquista europeia, sendo a lepra um dos casos mais recorrentes.¹⁷ Em Cuba, por exemplo, a doença foi vista como própria dos africanos. Miguel Gonzalez-Prendes supôs que a lepra teria chegado à ilha no início do século XVII, a bordo dos navios negreiros que contrabandeavam escravos a partir de grandes focos de lepra situados nas costas da África e, assim, se esquivavam da inspeção de saúde nos portos fiscalizados.¹⁸

Identificada a inexistência da lepra na América, alguns autores empenharam-se em buscar as origens dela na África, como fez José Lourenço Magalhães ao afirmar que “les historiens de cette maladie la décrevent comme étant répandue dans toute l’Afrique, qui est, pour cette raison, considérée comme son berceau”. Sendo a África o berço da lepra, a dedução natural era que tivesse sido introduzida no Brasil pelo tráfico, ainda que o autor preferisse atribuir a responsabilidade por tal afirmação a Raimundo Nina Rodrigues.¹⁹

3. Depois de encerrado legalmente e uma vez findo em sua forma clandestina, o comércio de escravos ainda era tema discutido entre os acadêmicos da medicina que atribuíam à África

Febre amarela e a instituição da Microbiologia no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 57-97, 2004.

¹⁶ BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera: o flagelo da Belém do Grã-Pará*. Belém: Ed. da UFPA; Goeldi Editoração, 2004.

¹⁷ MAURANO, Flavio. *História da lepra em São Paulo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939, p. 7.

¹⁸ GONZALEZ-PRENDES, Miguel Angel. *Consideraciones acerca de la lepra*. Havana: Min. de Salud Publica, 1965, p. 9-11.

¹⁹ MAGALHÃES, José Lourenço. *Étude sur la lèpre du Brésil*. Rio de Janeiro: Tip. de Pereira Braga & Cia., 1900, p. 112.

a origem de muitos dos males que acometiam os brasileiros. Em 1867, José Francisco da Silva Lima, influente médico que então militava no Hospital de Caridade de Salvador, acreditava ter descoberto uma nova doença: o *ainhum*, vocábulo nagô, que ele soube pela boca de “alguns pretos mais inteligentes” querer dizer *serrar*. O *ainhum* atacava os dedos mínimos dos pés que, com a degeneração provocada pela moléstia, acabavam sendo “estrangulados” e caíam, como que *serrados*. Até onde Lima sabia, as causas eram desconhecidas e provavelmente se deviam “a alguma peculiaridade orgânica da raça etiópica”, raramente atingindo os mestiços. A conclusão a que este médico chegara era que a enfermidade ocorria por deficiência nutricional.²⁰ No ano seguinte, o médico-chefe da marinha britânica Collas desmentia essa versão, depois de ler a tradução do artigo de Lima nos *Archives de Médecine Navale*. De acordo com Collas, o *ainhum* não era “peculiar à raça negra”, pois quando estivera a serviço na Índia, ele identificou a doença entre os tamis (tamoul), “indivíduos da raça ariana cruzada”.²¹

Do que foi dito até aqui sobre febre amarela, cólera, lepra, *ainhum* e outras moléstias, três pontos ganham relevo. Primeiramente, o fato de que algumas doenças tinham em sua origem uma carência alimentar e, portanto, não eram contagiosas.

²⁰ LIMA, J. F. da Silva. Estudo sobre o *ainhum*. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 1, n. 13, p. 146-151, 10 jan. 1867, p. 146-151. José Francisco da Silva Lima (Vilarinho, Portugal, 15 jan. 1826/Salvador, 1910), um dos fundadores desse importante periódico médico, era formado na Faculdade de Medicina da Bahia em 1851, conforme GIFFONI, O. Carneiro. *Dicionário bio-bibliográfico brasileiro de escritores médicos (1500-1899)*. São Paulo: Nobel, 1972, p. 159 e JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, 78 (2): p. 86-93, 2008.

²¹ COLLAS, A. Nota sobre a moléstia descrita com o nome de *ainhum*, observada nos índios. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 2, n. 37, p. 151-155, 15 jan. 1868. Ver também: SHEPPARD, Dalila de Sousa. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 8(1): mar./jun. 2001.

Em segundo lugar, que as moléstias que afetavam exclusivamente os africanos e seus descendentes na América tiveram poucos avanços profiláticos e terapêuticos. Por fim, que em razão dessas moléstias afetarem um grupo socialmente delimitado e submetido, elas provocaram pouca discussão intelectual entre os médicos brasileiros dos séculos XIX e início do XX. Nas poucas vezes em que essas doenças suscitaram debates, se tratava de discussões muito menos significativas do ponto de vista biológico e muito menos politizadas no meio médico. Quando se empenharam em afirmar que as doenças mais graves sofridas pela população do país eram heranças africanas, aí sim praticavam uma assumida politização da medicina.

As décadas finais do século XIX e as primeiras do século XX foram um desses momentos merecedores de reflexão no interior do campo médico acerca da disseminação das doenças pelo território brasileiro. Belisário Penna (1868-1939), por exemplo, procurava motivos de “ordem social e política” para explicar “o incremento e a extensão das endemias no Brasil” desse período. A abolição da escravidão, em 1888, entrava no rol desses motivos. Naquela data, os negros teriam sido “abandonados e relegados a coisa abaixo dos animais” e, dentre as consequências desse abandono, estavam as doenças que “espalharam-se por toda parte” na medida em que a população negra também se espalhava pelo território no pós-abolição. O processo foi assim resumido por Penna:

[os ex-escravos] contraíram doenças de que se não trataram, constituíram-se em focos delas, poluíram as terras e as águas, infectaram mosquitos e barbeiros e contaminaram toda a população, vingando-se assim, inconscientemente dos brancos, que os escravizaram por quase três séculos [...]. *Foi sobretudo a partir da data em que demos ao negro a liberdade de adoecer sem se tratar; de se alcoolizar, sem corretivo; de conviver com o barbeiro e os mosquitos, sem sombra de assistência; de levar vida de judeu*

*errante, a poluir por toda parte a terra e as águas, à vontade, que as doenças se intensificaram, se alastraram e se tornaram endêmicas.*²²

Ainda que reconhecesse que a liberdade se fizera sem qualquer assistência ou acesso dos ex-escravos aos serviços públicos e à cidadania, as afirmações de Penna ecoavam a culpa atribuída aos negros por outros doutores brancos que estudaram as doenças trazidas da África por meio do tráfico transatlântico. Se não tratavam de definir a origem das moléstias, as palavras desse destacado médico sanitarista continuavam a identificar o suposto mal social causado pelos negros, mesmo que provocado de forma inconsciente por eles. “Nem a raça nem o clima” influíam na disseminação das endemias pelo território, mas fatores sociais e econômicos nos quais a presença da população negra era reforçada de forma negativa, como uma vingança pela longa escravização sofrida no Brasil. Mantinha-se em pauta, portanto, o elo entre a existência de negros na população e as doenças (em forma endêmica ou epidêmica). Ainda que determinantes naturais como raça e clima fossem negados, sua análise emprestava argumentos de uma discussão impregnada de racismo.

4. Abordar o tema da doença por meio das falas eruditas produzidas sobre ela, como fiz até aqui, não abrange um espectro amplo de possibilidades. De fato, deixa de lado a percepção do doente – neste caso, o africano – sobre seu próprio estado. Este aspecto – que evidentemente não é um mero detalhe – é

²² PENNA, *Belisário* Augusto de Oliveira. Campanha sanitária contra a ancylostomose. *Arquivo Central da Faculdade de Saúde Pública/USP*, Pasta CCEX 1921/0001 (I Curso de Higiene Rural para Médicos), p. 6-7, texto datilografado. O destaque é meu. A citação, conforme o texto menciona, foi retirada de um artigo publicado por Penna na *Revista do Brasil* de agosto de 1818 (sic, devendo tratar-se de 1918). O texto foi escrito em meio à atividade de seu autor na direção do Serviço de Profilaxia Rural (assumida em 1918) e como do diretor de saneamento rural do Departamento Nacional de Saúde (cargo que ocupou em 1920 e 1922). Disponível em: <http://www.cpdoc.fgv.br/nav_historia/htm/biografias/ev_bio_belisariopena.htm>. Acesso em: 18 set. 2006.

sugerido pela diferenciação do termo “doença” em outros idiomas. Enquanto o francês dispõe de apenas um vocábulo – *maladie* – para designar *doença*, a língua inglesa conta com três palavras que remetem a significados diversos. Primeiramente, *disease* – ou a doença como o conhecimento biomédico objetivamente a define, fundamentado nos sintomas físicos do doente e que relega a um plano secundário aspectos subjetivos, existenciais e sociais da doença. Depois, *illness* – ou a doença a partir da subjetividade do doente, incluindo tradições médicas populares e abordagens eruditas tais como a homeopatia e a psicanálise. Finalmente, *sickness* – uma condição menos grave e mais incerta que *illness*, “tal como o enjôo em viagens marítimas, a opressão no coração e, de maneira mais geral, o mal-estar”.²³

O antropólogo francês François Laplantine, após notar essa distinção linguística do vocábulo em inglês, procurou demonstrar sua insuficiência como modelo de análise, em função do dualismo primário de oposições tais como sujeito/sociedade, doença-objeto/doença-sujeito, popular/erudito, empírico/simbólico, objetividade/subjetividade. Insuficiente ou não, essa distinção tríplice recorrente na bibliografia médico-antropológica sobre as doenças nos países de língua inglesa ainda se ressentem de uma presença mais incisiva nos estudos historiográficos brasileiros. Nos estudos sobre medicina e epidemiologia no Brasil, a experiência do doente acerca de seu próprio estado e as manifestações de sua subjetividade são presenças menos comuns. Essa percepção ganha força quando comparada à abordagem das doenças como parte do campo do conhecimento médico, das instituições de assistência e isolamento, dos grandes vultos da medicina, das práticas terapêuticas eruditas, das políticas públicas e da legislação. Nas palavras de Silveira e Nascimento,

Considerar a saúde e a doença como realidades orgânicas independentes tanto do espaço e do tempo, quanto das

²³ LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991, p. 15-16.

características dos indivíduos e dos grupos atingidos por uma doença, é restringi-las à leitura exclusiva do saber médico e não percebê-las como realidades que têm dimensões sociais.²⁴

Vimos aqui alguns médicos manifestando suas opiniões – mais do que seu conhecimento objetivo – sobre as doenças que supostamente teriam vindo junto com os africanos para o Brasil. O conhecimento que alguns médicos do início do século XX revelaram sobre a origem de febres ou outras doenças, tais como a lepra e a varíola, parece ter sido produto muito mais de uma leitura particular da crônica colonial, da literatura dos viajantes e da historiografia, do que de uma objetividade de conhecimento empírico tal como o termo *disease* denota em língua inglesa. Não poderia ser diferente, se considerarmos, como Laplantine, que “não há nenhuma razão para se dotar a medicina (e, por conseqüência, a noção de *disease*) de um *status* de extraterritorialidade social, cultural e histórica”.²⁵

Os autores sobre os quais nos debruçamos criaram algumas das bases para as discussões raciais que ganharam corpo no Brasil do século XX. Bom exemplo são os escritos de Gilberto Freyre que, apesar de paradigmáticos, suscitaram interpretações discordantes. Em *Casa grande e senzala*, de 1933, Freyre elaborou uma interpretação da história do Brasil baseada no paternalismo senhorial e na benignidade da escravidão. De outro lado, e no que se refere à discussão proposta aqui, seu contemporâneo e conterrâneo Octávio de Freitas relativizou essa benignidade, utilizando-se da culpa que atribuía aos africanos pela introdução de inúmeras moléstias, em *Doenças africanas no Brasil*, livro editado em 1935. A miscigenação, de certa forma, era o alvo que o médico Freitas pretendia atingir: os males que o tráfico introduziu não deveriam ser espalhados ainda mais pela mistura que se instituiu no “paraíso racial” brasileiro.

²⁴ SILVEIRA, Anny J. T. da; NASCIMENTO, Dilene R. do. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene R. do; CARVALHO, Diana M. de (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 29.

²⁵ LAPLANTINE, 1991, p. 16.

Certamente, Freitas não foi o precursor da idéia de que a mistura das raças criava uma situação de perigo nosológico. Antes dele, intelectuais como Raimundo Nina Rodrigues apontavam os supostos perigos da miscigenação.²⁶ Apenas para citar um caso ainda anterior às propostas do ilustre médico baiano, a Academia Imperial de Medicina lançava, em 1868, um programa de questões para o ano seguinte. A primeira delas era saber se “o cruzamento das raças acarreta e produz a degradação intelectual e moral do produto híbrido resultante”. Como prêmio, a Academia se propunha a distribuir medalhas de ouro para os autores dos melhores trabalhos.²⁷ Porém, o contexto da produção do livro de Freitas exigia outras armas para o enfrentamento da questão racial. Embora o objetivo não fosse a obtenção da láurea dourada de alguma academia científica, ele e outros autores menos incisivos lançaram sobre os africanos o estigma da culpa pela introdução das doenças, mesmo que objetivamente não pudessem comprovar a responsabilidade valendo-se do instrumental historiográfico que utilizaram na escrita de seus textos. Como argutamente afirmou Diana de Carvalho,

Seu preconceito é tão óbvio e sua argumentação tão precária que hoje ninguém o refere para fundamentar análises da situação de saúde dos africanos no Brasil. No entanto, sua tese, compartilhada por muitos autores seus contemporâneos, de que a maioria das doenças infecciosas que se observam no território brasileiro a partir dos 1500 ‘migra’ da África, sendo a tuberculose uma das poucas exceções, parece resistir ao tempo.²⁸

²⁶ SCHWARCZ, Lília M. Espetáculo da miscigenação. *Estudos Avançados*, v. 8, n. 20, p. 137-152, 1994.

²⁷ GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 1868, p. 10.

²⁸ CARVALHO, Diana Maul de. Doenças dos escravizados, doenças africanas? In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 12, 2006, Rio de Janeiro. Anais... Disponível em: <<http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Diana%20Maul%20de%20Carvalho.pdf>>.

Naquele contexto, talvez não fosse necessária a objetividade científica do discurso biomédico sobre doenças, moléstias ou enfermidades (também o português é pródigo em sinônimos para o termo). Utilizando-se de argumentos opinativos – portanto, da subjetividade –, puderam criar um cenário onde o africano tornou-se culpado por aportar no litoral brasileiro como vítima e objeto de transação do tráfico. Se a proposta era atacar a miscigenação, não poderia ser diferente e o discurso médico não seria o lugar onde se expressaria certa dose de compadecimento para com a situação dos escravos.

5. Quero tecer algumas considerações a respeito do desafio que é a recuperação da doença como experiência dos africanos desembarcados no Brasil. Será este um objetivo alcançável? Os historiadores da saúde, da medicina e da escravidão no Brasil ainda hoje têm dificuldade em enfrentar o tema, o que se pode atribuir, em parte, à aridez das fontes. Mas penso que ainda é preciso proceder a uma busca mais intensiva para saber se se trata de um obstáculo intransponível.²⁹

Penso existir um amplo campo de análise a respeito das percepções de doença/cura entre as diferentes culturas africanas importadas pelo tráfico de escravos e sobre suas repercussões nos saberes/fazeres curativos/religiosos no Brasil e na África.

Desde meados do século XX, quando foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de *saúde* como objeto da intervenção dos poderes públicos não é apenas a ausência

²⁹ Para um balanço da historiografia acerca do tema da saúde dos escravos no século XIX, cf. os estudos de PORTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 13(4): dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000400013&lng=pt&nrm=iso>. PORTO, Ângela. Fontes e debates em torno da saúde do escravo no Brasil do século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2010.

de doenças, mas o bem-estar do corpo, mental e social.³⁰ Se atentarmos para o conceito de saúde compartilhado por muitas culturas africanas, veremos que o Ocidente precisou evoluir muito até alcançá-lo: nas culturas da África Ocidental e Centro-Occidental, saúde envolve a fertilidade das mulheres, a caça produtiva, as boas colheitas, as chuvas regulares, o bom entendimento na comunidade onde se vive, a força contra os feiticeiros e a boa relação com os antepassados. Ou seja, um conceito muito mais permeado pela vida social do que pela doença nos limites do corpo do indivíduo. A *saúde* é entendida como equilíbrio e a *doença* como condição social transitória de desequilíbrio, para o que cabe a ação dos sacerdotes – já que religião e cura não são saberes distintos na quase totalidade dessas culturas. Religião, magia e cura confundem-se nos saberes/fazerem curativos e é legítimo usar as forças naturais e sobrenaturais para intervir, desde que as divindades sejam respeitadas.

A saúde como bem-estar corporal, social e mental, na concepção de milhões de africanos, inclui, também, uma prática que o Ocidente vem incorporando apenas recentemente: o conforto familiar. Em muitas partes da África, o indivíduo não vive seu mal sozinho, mas sim com sua família. Os profissionais de instituições hospitalares ocidentais apenas recentemente vêm se dando conta da importância da presença de um familiar no acompanhamento e na evolução para a cura de internados por longos períodos, sobretudo crianças.

Exemplos de epidemias de varíola (no Brasil e no mundo) poderiam ser utilizados para tratar dos conhecimentos profiláticos e terapêuticos de povos de diferentes culturas africanas. As reflexões de Mary Karash e Sidney Chalhoub acerca da estrutura demográfica e das epidemias de varíola no Rio de

³⁰ Para a definição de saúde pela OMS como “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” do indivíduo e uma crítica ao conceito, ver, entre outros: SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5): out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>.

Janeiro dos séculos XIX e XX poderiam ser retomadas aqui no sentido de ajudar a compreender como as resistências populares (especialmente entre a população afrodescendente) à medicina branca e acadêmica tinham fortes razões de ser. No início do século XX, além de ser historicamente pouco eficiente, essa medicina era invasiva e desrespeitosa, não apenas com relação aos indivíduos, mas também em uma dimensão social, pois muitas culturas africanas entendiam doença e cura como um binômio que se realizava em função da vontade de suas divindades, a partir da ruptura de certas normas ou interdições rituais por parte da comunidade ou de algum de seus membros.

Por isso, quando a vacina contra a varíola tornou-se obrigatória em 1904, o poder público e a elite branca que publicava trabalhos na imprensa e nas academias médicas não se deram conta de que a resistência, que chamamos de Revolta da Vacina, era algo mais do que simples ignorância. Era, talvez, a expressão de uma concepção africana de doença/cura ainda presente entre os descendentes daqueles que haviam sido traficados para trabalhar na América portuguesa e no Brasil Imperial.

Mais recentemente, nas últimas campanhas de vacinação antivariólica na África, ocorreram episódios semelhantes de recusa às práticas médicas acadêmicas ocidentais. Na década de 1950, equipes de vacinadores da OMS foram enviadas à Nigéria (terra dos iorubá) para debelar a varíola que persistia em certas regiões do país. Muitas dessas equipes foram atacadas ou então ocorreram fugas em massa da população para escapar delas. Um dos erros básicos talvez tenha sido fazer a polícia, tradicionalmente violenta no trato com a população civil, acompanhar essas equipes. Depois de constatar os primeiros resultados desastrosos da campanha de erradicação da varíola pela imunização obrigatória feita por equipes estranhas às comunidades, a OMS suspendeu os trabalhos e resolveu entender o que estava acontecendo.

Ao conhecer melhor as concepções de doença e cura entre os iorubá e ibos, os dirigentes da entidade compreenderam que não se podia quebrar o fluxo da doença, tido como de origem

sobrenatural e punitivo, dom de Sapata/Xaponã³¹ – também conhecido como Obaluaiê ou Omulu nas religiões afro-brasileiras. Os técnicos da OMS entenderam que o melhor caminho era a negociação. Trouxeram, então, para o diálogo, os chamados “curandeiros” e os convenceram da importância da vacinação. Reconheceram, portanto, a figura e o saber tradicional dos praticantes nigerianos da cura e passaram também a usar o termo *tradipraticante* para definir os responsáveis pela recuperação da saúde em uma comunidade.³²

A varíola foi erradicada no mundo na década de 1960, sendo os últimos casos registrados na Somália em 1968. Desde então, a África vem sendo assolada por outras epidemias, sendo a de Aids a mais preocupante em função do número de contaminados pelo HIV em países como Angola, Moçambique, Botsuana e África do Sul, entre muitos outros. É africana a maioria das presumíveis 70 milhões de vítimas mortais da doença até 2022, nos termos de um relatório do programa da ONU para a luta contra a Aids, continente onde, mantidas as condições atuais de prevenção, haverá 43 milhões de novos casos até 2025.³³ As lições retiradas das campanhas de vacinação contra a varíola podem ser levadas em conta na definição de estratégias de negociação entre tradipraticantes e poderes locais para a aceitação de métodos de

³¹ LÉPINE, Claude. *Os dois reis do Danxome: varíola e monarquia na África Ocidental (1650-1800)*. Marília: Unesp; São Paulo: Fapesp, 2000.

³² APPELBOOM, Thierry et al. *A arte de curar em África: entre a tradição e a modernidade*. Bruxelas: Musée de la Médecine; Budapeste: Semmelweis Orvostörténeti Múzeum; Lisboa: Sociedade de Geografia de Lisboa; Maputo: Associação para o Desenvolvimento de Nampula, 2005.

³³ UNAIDS. *AIDS in Africa: Three scenarios to 2025*. Genebra: Unaid, 2005. Disponível em: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1058-aidsinafrica_en.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2010, p. 22. OLUTAYO, Akinpelu Olanrewaju; OLUTAYO, Molatokunbo Abiola Oluwaseun; OMOBOWALE, Ayokunle Olumuyiwa. TINA, Aids, and the underdevelopment problem in África. *Revista de Economia Política*, 28(2), jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2010.

prevenção contra a doença. Caso contrário, o que se pode prever é a dizimação de populações inteiras naquele continente, antes mesmo que alguns de seus hábitos possam se transformar para preservar o conjunto da população.³⁴

Recebido em: 6/3/2012

Aprovado em: 9/5/2012

³⁴ Um exemplo pode ser visto na situação das mulheres de certas regiões moçambicanas nas quais o papel delas na geração e definição do sexo dos filhos ou na promoção de doenças as coloca em vulnerabilidade social, sobretudo no contexto da epidemia de Aids. Ver: PASSADOR, Luiz Henrique. Tradition, person, gender, and STD/HIV/AIDS in Southern Mozambique. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2010.