

ARTIGOS

Urbanização e diversidade: endemias, males cardíovasculares e escravidão (Rio de Janeiro e Niterói, 1838-1875)

CARLOS ALBERTO MEDEIROS LIMA

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de História, Curitiba/PR, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0712-4594>
aulas2021lima@gmail.com

Entre a modelagem e a relevância de comparar

Aborda-se a incidência de males cardíovasculares nas partes centrais do Rio de Janeiro, no extremo oeste da mesma cidade e na freguesia de São Lourenço (então incluindo o Fonseca), em Niterói, entre meados da década de 1850 e o início da de 1870, acrescentando-se uma incursão comparativa relativa à década de 1840 – os casos da freguesia do Engenho Velho e da Candelária, da cidade do Rio. Objetiva-se verificar, sob esse ângulo, o impacto muito rápido da urbanização, a intensa vulnerabilidade da população escravizada às variações conjunturais e a necessidade de pesar a importância dos choques mórbidos derivados da colonização e da presença europeia em face dos males derivados da opressão e da relação com o meio ambiente reformulado por séculos de ocupação luso-brasileira.

Apesar do foco estar direcionado para Rio de Janeiro e para Niterói, um relato vindo da cidade de São Paulo pode introduzir muitas questões:

Ataque - em a rua do palácio foi ontem repentinamente acometido de um ataque, um preto liberto de nome Gabriel Cruz. Compareceu o sr. subdelegado do norte, que fez com que fossem ministados os prontos socorros ao enfermo. O sr. Pires de Albuquerque, que tem o seu estabelecimento farmacêutico próximo ao lugar em que se deu o sucesso acorreu logo com seu trabalho e remédio, o que foi de muito efeito para o doente que deu sinais de vida. O sr. Aurelio Fernandes, por sua vez, prestou um benefício facilitando a entrada do aludido enfermo para o hospital da Santa Casa da Misericórdia, dando-lhe a respectiva guia (*Correio Paulistano*, n. 2804, 1/10/1865, p. 2).

Como será visto, cenas assim se tornavam mais frequentes na cidade do Rio de Janeiro. Mas o que se quer abordar neste momento é o tom com que se fez referência ao “ataque”. Ele difere daquele tradicionalmente acionado pelas doenças. Antes dessa época, o que se seguia à aterradora visão dos efeitos das mesmas era uma sensação de ameaça aos observadores, que se evadiam, ou do corpo doente ou do agente externo que supunham tê-lo acometido, o que condizia fortemente com a origem infecciosa de parcela enorme dos padecimentos. Europeus haviam passado séculos isolando doentes, mesmo que não dispusessem de nada parecido com uma teoria microbiana da infecção e do contágio (Harrison, 2012: 8-79); deve-se levar em conta igualmente que o debate médico no Rio de Janeiro, mesmo que contivesse anticontagionistas, opostos, evidentemente, a contagionistas, enfatizava fatores externos aos corpos e assim a vulnerabilidade destes últimos (cf.: Pimenta, Barbosa, & Kodama, 2015: 156-157; Marinho, 2014: 14). Pela altura de 1865 até leigos corriam para acudir um doente. É claro que alguma coisa parecida sempre aconteceu; a novidade estava na naturalidade expressa no texto jornalístico e é essa naturalidade que sugere mudança nas concepções.

Elá indicia que ganhava espaço a percepção do corpo doente como a origem mesma do mal que o acometia. Decisões rápidas e, além disso, tomadas por leigos indicam que a endogenia suposta começava a fazer parte de um conjunto compartilhado de concepções, sinal de que a percepção vigente acerca do corpo enfrentava mudanças, acrescentando-se aos temores despertados pela “insalubridade” do ambiente e pelos contágios. Um corpo passava a ser visto como possível *locus* de degeneração e não mais apenas como um ponto de suscetibilidade em relação a agentes externos, fossem eles “miasmas”, vetores/patógenos ou os contatos com outros acometidos.

A urbanização diferenciava as áreas estudadas, que, embora próximas, diferiam muito quanto à urbanização, aqui entendida mais como modo de vida diferenciado do rural e menos como um agregado de funções urbanas (atividades econômicas, etc.) ou como um fenômeno construtivo e arquitetônico (isso será mais explicitado adiante). A primeira delas é a parte mais central da cidade do Rio de Janeiro entre 1856 e 1875. No extremo da ausência de urbanização no período, está o curato de Santa Cruz (Pereira, 2011). No meio do caminho, esteve a área do Fonseca/São Lourenço, em Niterói, marcada por estruturação rural combinada ao intenso trânsito para ali de gente e de negócios provenientes da cidade do Rio de Janeiro, impondo este caso o acréscimo da análise das conexões ao raciocínio comparativo que está no centro do presente estudo. Isso significa que, para além do paralelismo – observado para analisar convergências ou divergências –, há de considerar processos, influências concretas de cada caso (especialmente da cidade do Rio de Janeiro) nos outros (conexões acrescidas às comparações aparecem em Prado, 2005 e Marques, & Silva Jr., 2019).

O Rio de Janeiro foi o maior porto de desembarque de africanos capturados da história registrada da humanidade, ficando atrás apenas de Luanda como porto escravista (vide D. Eltis *et al.*, s/d), impondo considerar (sem pretensão de resolver) uma polêmica sobre os sistemas circulatórios de descendentes de africanos. Na década de 1980, Kiple (1984: 46), levando em conta um consenso que se estabeleceu entre muitos médicos quanto à medição desproporcionalmente alta da hipertensão entre afrodescendentes nas Américas do final do século XX, contribuiu para que passasse a circular entre historiadores uma hipótese que apontava para fenômenos desenrolados na África. A falta de sal em diversas paragens desse continente – especial-

mente de áreas interioranas onde eram sequestrados muitos dos prisioneiros do tráfico atlântico – teria acionado uma espécie de gatilho para que tivessem maior chance de sobrevivência as pessoas casualmente aptas a reter o mineral em seus organismos. O tráfico de pessoas escravizadas, drenando-as com muita violência para as Américas, teria implicado sua transferência para um ambiente onde, inversamente, o sal era abundante, e essa hipertrofia da oferta teria transformado em desvantagem e risco o que Kiple entende como vantagem adaptativa às condições do continente de origem.

Provavelmente em virtude do sequestro da hipótese por diversos racismos, Curtin (1992) reagiu duramente a ela, negando que faltasse sal na costa ocidental da África e que a pressão arterial dos afrodescendentes americanos fosse efetivamente mais alta. Mais frontalmente, Laguardia (2005: 375) apontou falhas graves em modelos ligados à transmissão mendeliana da suposta propensão à hipertensão. Vinculou as influências sobre esta a uma gama diversa de regiões cromossomiais, acrescentando a natureza multifatorial de sua determinação. O “caráter não-mendeliano da hipertensão e a associação entre a pressão sanguínea e polimorfismos em múltiplos genes ao longo de grupos raciais” criam dúvidas sobre o motor da tragédia: se é metabolismo interno ou a pressão sobre ele exercida pelo meio, especialmente pela desigualdade. Vincular ancestralidade africana e tendência à hipertensão é simplista e reducionista. Acrescentou-se (Armelagos, 2005; Lujan, & DiCarlo, 2018: 413) que a capacidade de reter sal não diferencia resistentes e suscetíveis ao mineral. Assim sendo, mesmo havendo tendência à retenção salina, isso, isoladamente, não aumentaria riscos cardiovasculares.

Esses debates envolvem o problema dos choques civilizacionais e étnicos ocorridos no âmbito alargado das relações e interações, através da colonização e do tráfico de africanos escravizados, entre pessoas provenientes da América, da Europa e da África. Abordar doenças degenerativas calibra as concepções centradas exclusivamente na transmissão da Europa para a América de patógenos, imunidades e adaptações. Muitos realizam esse ajuste ainda em relação ao longo período de prevalência quase absoluta da morbidade infecto parasitária (Livi Bacci, 2007), e o fazem apontando para um ambiente endêmico avassalador, composto de males que, endógenos ou exógenos ao continente americano, enraizaram-se e endemizaram-se, produzindo mais uma tragédia quotidiana do que uma sucessão de crises alarmantes. É preciso evitar resumir a histórias das doenças no continente a trocas microbianas súbitas. A sugestão de Kiple aponta para uma abordagem atlântica, inclusive das doenças degenerativas, mas as aborda entendendo o oceano como cruzamento de rotas pelas quais transitavam os resultados da operação de longos processos de adaptação a condições ambientais ocorridos nas localidades conectadas. Essas transferências podiam inclusive transformar sucessos adaptativos em desvantagens após os deslocamentos. Isso por si só aponta para o fato do mundo das trocas intercontinentais de doenças ter sido mais complexo que o da imagem corrente de um gigantesco circuito de conexões rápidas. Ao lado das catástrofes subitamente inseridas nas ordens coloniais pelos portos e das endemias rurais capacitadas para exercer uma opressão lenta, operava um tipo de morbidade muito enraizado em dinâmicas multisseculares de opressão, escravidão e carência.

Pensar como Curtin ou Laguardia também calibra as abordagens centradas na dimensão relacionada à saúde dos choques entre pessoas provenientes de diferentes continentes e postas em contato pela colonização e pelo tráfico de gente em cativeiro. A diferença reside no fato dos resultados serem mais centrados em movimentos intrínsecos às sociedades locais, dando ainda mais lugar a dominação, cativeiro e privação.

Observar indícios acerca do aumento da importância de males degenerativos ou da atenção àqueles que podiam ser interpretados como sintomas seus implica atentar para mudanças na sociedade brasileira do século XIX. Não se pode, evidentemente, fazer referência a uma transição epidemiológica no Brasil desse século, entendendo-a como a passagem da prevalência de doenças infecto parasitárias para a das degenerativas e externas. Num apanhado recente dessas discussões, Scott (2020: 28ss) aponta queda nas taxas de mortalidade e redução de suas crises, diminuição do impacto das doenças infectocontagiosas e ampliação da incidência das crônicas e degenerativas. Scott lança mão das ideias de Lebrão (2007: 139), sugerindo uma fase intermediária, de recuo das pandemias, entre a época da prevalência absoluta das doenças infecto parasitárias e aquela das doenças degenerativas (transição também de baixas para altas expectativas de vida). Essa fase intermediária teria sido marcada por incrementos no saneamento e na saúde pública (Scott, 2020: 32). Ver-se-á que a cidade do Rio parece ter passado por recuo das endemias enquanto explodiam as pandemias, com aquele recuo abrindo caminho ao aumento da importância dos males degenerativos, embora não com a intensidade que as análises de Lebrão e Scott apontaram, com razão, para períodos posteriores.

A plena consumação da transição se ligou, segundo minha leitura, à instauração de uma perspectiva sobre corpo e sujeito marcada por uma ideia de externalidade do primeiro em relação ao segundo. Penso ser possível por acento na circunstância de que enxergar a degeneração como algo endógeno relaciona-se a considerar o próprio corpo como uma espécie de ameaça. Essa foi uma das fontes do isolamento do sujeito quanto a seu próprio corpo, visto como potencial ameaça ao sujeito. Isso se ligaria, quando se manifestasse, a uma “cesura”, um isolamento do sujeito “em relação a ele mesmo (ter um corpo, mais que ser o seu corpo)”, conforme Le Breton (2011: 9).

A transição se ligou à instauração da “cesura”, mas aqui não se sugere ter havido relação causal entre ambas ou que a instauração tenha sido completa ou onipresente. Le Breton (2011: cap. 2) se referiu tanto a pessoas e grupos atravessando transições às vezes longas para essa percepção do corpo que considera moderna quanto a respeito de épocas inteiras durante as quais grupos sociais diferentes se relacionaram diversamente com tudo isso. Faz-se referência aqui tão somente à afinidade entre o aumento da importância dos males degenerativos e a sua chegada às percepções correntes, de um lado, e a instauração de um externalidade entre corpo e sujeito, de outro.

Lembrando o caso brevemente referido acima, é preciso manter em mente que o “preto liberto” Gabriel Cruz e as pessoas que o atenderam provavelmente mantinham relações diversas com a instauração da “cesura”. Mas é necessário igualmente recordar um achado importantíssimo de Juliana Barreto Farias no interior do trabalho de João do Rio. Em texto jornalístico de 1905, no qual inseriu frases que lhe teriam sido ditas por um *alufá*, João do Rio atribuiu-lhe a seguinte: “houve escravas, como a mãe de Henrique, que juntaram dinheiro para comprar o próprio corpo e mais o das filhas” (*apud* Farias, Soares, & Gomes, 2005: 111). Nem sua liberdade, nem sua pessoa; seu corpo (e os das filhas).¹

¹ É verdade que o uso da expressão corpo articulava-se, nesse caso, à relação entre corpo e alma em termos religiosos. Mas uma enunciação assim tão enfática da externalidade do corpo em relação ao sujeito não era algo comum até esse final do século XIX e início do seguinte.

Embora seja difícil usar o conceito de transição epidemiológica, uma incidência provavelmente menor das endemias tradicionais (associadas a parasitas, à qualidade da água ou à malária) permitiu que doenças degenerativas aparecessem mais nas fontes, mesmo que pandemias e males ligados à aglomeração ainda fossem muito importantes ou que tenham ganhado mais relevância. Isso não abafava o aumento da relevância das doenças degenerativas, pois aquilo que sempre o fizera fora o conjunto dos impactos ambientais, os quais haviam tido mais efeitos sobre crianças.

Contextos e endemias rurais

O problema da urbanização importa na análise também pelo fato de médicos interferirem mais na produção dos registros (a imposição dos campos santos pela Câmara da cidade, em 1832, tornou imprescindível atestados de óbito lavrados por formados em Medicina; cf. Rodrigues, 1997: 90). Quem conhece assentos de óbito rurais percebe o contraste: nos urbanos, era bem maior a capacidade de identificar doenças degenerativas.

A especificidade da situação das cidades motivou a abordar também áreas menos urbanizadas, com suas incontornáveis endemias impondo barreiras à difusão de males degenerativos, mas também de males ligados à aglomeração ou de pandemias (não se registraram casos de febre amarela em Santa Cruz entre 1861 e 1869). As comparações se relacionam ao intervalo circundante à década de 1860, e são aqui precedidas por uma avaliação rápida, dada a menor qualidade das fontes, da urbana freguesia da Candelária e da paróquia tida por suburbana do Engenho Velho (a enormidade desta última fazia com que ela abarcasse áreas de chácaras, partes “aristocráticas” – São Cristóvão – e fazendas ainda produtivas, como a do Macaco; em 1835-43, eram africanos cerca de 2/3 das dezenas de pessoas em cativeiro nesta fazenda e que morreram em idade adulta).

A documentação usada para a cidade em seu conjunto soberrepresenta sua parte mais central, a mais densamente povoada. Constituem-na os obituários publicados em três jornais: *O Globo* (1875), o *Diário do Rio de Janeiro* (1861 e 1870) e o *Correio Mercantil* (maio/1856 a abril/1857 e 1866; sobre esse tipo de registro, vide Kodama *et al.*, 2012). Pela falta dos dados de alguns dias, buscar toda a informação disponível criaria distorções derivadas da sazonalidade, preferindo-se tratar de um a cada quatro dias (também se usa, quanto a 1875, uma amostragem maior, com dados de um a cada dois dias). No tocante ao período 1856-1857, falhas de cobertura quanto a 1857 conduziram a iniciar o levantamento em maio de 1856 e neste mês ainda se esbarrou com os últimos casos da epidemia de cólera que vinha do ano anterior.

Esses obituários eram nominativos em relação aos livres, quase sempre expondo nomes, idades, procedências, causas de morte e estado conjugal ou filiação. A propensão a comunicar cores e condições jurídicas será discutida adiante. Já quanto às pessoas escravizadas, os obituários só expunham os números de mortos por cada causa, sem quaisquer detalhes sobre gênero, idade ou procedência. A falta de dados sobre as pessoas sujeitadas à escravidão na amostra mais robusta – a da cidade do Rio – levou que todos os casos fossem observados sem considerar idade e gênero.

As mortes de libertos e libertas (ou então o reconhecimento dessa condição) só apareceram de modo um pouco mais consistente em 1875, mas mesmo nesse ano os números foram pequenos, o que se estima considerando que as taxas de alforria cresciam fortemente então (Florentino, 2005: 338; uma taxa de alforria é uma medida da proporção entre o número de pessoas alforriadas em um ano e o tamanho da população escravizada nesse mesmo ano). Sua relativa escassez nos obituários sugere escamoteamento dessa condição. Parece haver falha também por ser grande demais a presença de gente vinda da África entre as pessoas referidas como alforriadas. Em 1875, entre as 5033 pessoas que não eram escravizadas na amostra ampliada, foram registrados apenas 158 libertos e libertas, dois terços dos quais anotados como provenientes do continente africano. Da mesma forma, as cores das pessoas mortas sem terem vivido em escravidão raramente eram informadas, deixando mal identificada a gente branca e aquela que, embora livre, descendia de escravizados e escravizadas, apesar de sua participação na população provavelmente ter sido alta (Florentino, & Góes, 2013: 7). As referências aos escravizados não eram nominativas, mas aquelas a africanos livres e ingênuos (crianças precariamente libertadas pela Lei do Vento Livre, de 1871) eram semelhantes às referentes aos livres.

Quanto aos assentos de óbitos de Engenho Velho, Candelária, Santa Cruz e São Lourenço, as atribuições de causas de morte nem sempre foram boas. Isso se tornou menos grave em São Lourenço a partir de 1858, na verdade tornando ótimos, como fontes, os até então péssimos registros. Essas questões levaram a selecionar, dentre os registros coletados, aqueles referentes a anos completos com informações mais ricas. Mas havia em geral falhas quanto às condições jurídicas de forros e forras e em relação às cores atribuídas socialmente às pessoas livres. Isso não parece problemático em São Lourenço, mas é gravíssimo no tocante a Santa Cruz, Engenho Velho e Candelária. Tudo isso deve permanecer como indicativo de precaução na leitura das informações.

Foram considerados os registros que contivessem as palavras “coração”, “centro circulatório”, “aneurisma”, “aorta”, “angina de peito”, “congestão”, “eclampsia”, “mitral”, “hipertrofia”, “derramamento”, “hemiplegia”, “apoplexia” (às vezes, com a expressão “cerebral” associada a si), “moléstia de peito” e “síncope”, ou então alguma derivação da palavra “artéria” e da partícula “cárdio”. A isso, acrescentaram-se os registros referindo afecção, amolecimento, ataque, comoção ou anemia cerebrais, além dos que apontassem para apoplexia, cianose, congestão ou embolia pulmonares e para “estupor”, “hemorragia”, “hiperemia” (nesses dois últimos casos, especialmente quando aparecia juntamente a expressão “cerebral”), “paralisia” e “de ar que lhe tocou”. Isso totaliza 57 causas, quando se pensa no Rio de Janeiro mais central, 40, no caso de São Lourenço, e tão somente sete em Santa Cruz. Essas diferenças nas categorias deixam bem claro o impacto da urbanização sobre a incidência de males cardiovasculares sobre a identificação desse tipo de mal na hora de registrar óbitos ou sobre ambos os elementos. Em geral, as categorias fazem referência à endogenia dos males, apontando para a “cesura” sujeito/corpo a que se refere Le Breton. Mas a incompletude dessa transformação se manifesta no manejo de expressões como “ar que lhe tocou”, embora a ocorrência tenha sido muito rara. Importa ressaltar esse impacto sem precedentes da urbanização. Observe-se que, ao se fazer referência à vida urbana, o que se tem em mente não é estresse, correria ou o que seja (seria anacrônico). Antes, e mais simplesmente, o uso dessa expressão serve para por ênfase no recuo das endemias rurais ou então o aumento da importância daquilo que se denominava “solo enxuto”

(a expressão era mais usada para fazer referência a áreas cafeeiras, com seus declives, e confrontadas às daavoura canavieira; mas a percepção também era usual para aludir a áreas urbanizadas, comparadas às rurais; cf., por exemplo, o Projeto de um dicionário geográfico do Brasil, 1990: 147).

Recuando no tempo, as causas consideradas foram 21 na Candelária de 1845-49 e 24 no Engenho Velho de 1838-40. Embora esta fosse uma freguesia menos urbanizada que a primeira – por conter fazendas, chácaras e sítios –, a maior diversidade de causas provavelmente ligadas ao sistema circulatório devia-se ao fato de São Cristóvão, onde viviam o imperador e seus áulicos, fazer parte do Engenho Velho nessa época, espalhando médicos pela área (além disso, os dois cemitérios públicos municipais estavam em seu âmbito).

Segundo o primeiro recenseamento imperial, de 1872, havia na cidade do Rio de Janeiro quase 50 mil pessoas mantidas sob cativeiro e mais de 230 mil livres. Apesar desses números, tudo indica ter se reduzido o peso de escravizados e escravizadas na população. Observando a amostra utilizada e considerando a evolução da quantidade de óbitos como indício indireto acerca do avanço ou recuo da população, estima-se pela amostragem em quase 2.550 o número total de enterros de gente escravizada nos cemitérios públicos em 1856-1857; diversamente, foram bem menos que 2.000 em 1870 e 1875, enquanto o total de sepultamentos de livres passou de cerca de 6.000 em 1856-1857 para quase 10.000 em 1875 (*O Globo*, 1875; *Correio Mercantil*, 1856-57). O fato de menos homens e mulheres escravizadas morrerem na cidade no último ano significava que menos pessoas *haviam vivido* sob essa condição.

O fato de haver mais livres e menos gente sob cativeiro na população atesta a relevância do tráfico interno, exportando pessoas escravizadas para o campo. No conjunto do Império, esses deslocamentos (inter ou intraprovinciais) certamente movimentaram algo como 400 mil pessoas de 1850 a 1888 (Slenes, 1999; Motta, 2012: 64-67), enquanto a população escravizada de todo o país se aproximava de 1,5 milhão em 1872.

Por vezes, idealizam-se as condições de vida de quem vivia sob o escravismo das cidades da época. Florentino (2005), no entanto, mostrou quanto ao início do século uma dependência maior de suas vidas quanto ao mercado, aprofundando o isolamento e o desenraizamento constitutivos do cativeiro (alta africandade, alta masculinidade e proporção de crianças menor do que no campo). A mobilidade física e o trabalho sem supervisão, embora presentes, eram circunscritos: quem trabalhava ao ganho costumava também estar sujeito ao serviço doméstico; nem todas as ocupações exercidas em cativeiro eram marcadas por mobilidade e ausência de supervisão (o trabalho artesanal em oficinas, por exemplo). Um único elemento dava suporte à idealização: o elevado grau de hierarquização social vigente nas urbes se combinava frequentemente com a vigência de chances de mobilidade social para poucos. Paralelamente, o fim do tráfico africano em 1850 e o tráfico interno inverteram a preponderância numérica masculina, inversão esta que ocorreu na segunda metade do século (Farias *et al.*, 2006: 11-13; Motta, Nozoe, & Costa, 2004: 164-165; Lago, 2014: 119).

Era surpreendentemente masculina a população livre da parte central da cidade, repleta como era de marinheiros, migrantes internos e imigrantes portugueses. Há na amostra indicações sobre sua presença: continentais e vindos das Ilhas Atlânticas eram 38% do total de homens adultos livres sepultados (*O Globo*, 1875; Alencastro, 1988).

Em meados do século chegaram as pandemias. As informações aqui coletadas sobre o período maio/1856-abril/1857 mostram os últimos casos da epidemia de febre amarela iniciada no verão de 1855-56 ocorrendo em maio e junho (3 ou 4% dos falecimentos); os primeiros poucos casos da temporada seguinte incidindo em novembro (apenas 3% dos óbitos do mês), com progressão a partir de então, até alcançarem grandes proporções em fevereiro de 1857 (36% dos óbitos) e se tornarem catástrofe em março do mesmo ano, auge da incidência (41% dos falecimentos). A doença foi responsável por 16% do total de mortes de 1856-57; 3% em 1861; um caso na amostra em 1866 e 10-11% em 1870 e 1875 (*O Globo*, 1875; *Correio Mercantil*, 1856-1866; *Diário do Rio de Janeiro*, 1861-1870; vide Chalhoub, 2017: 86). Assim, a febre amarela de 1873 assustou novamente e o alerta ainda devia estar vigente em 1875. As mais graves epidemias dos anos 1870 ocorreram em 1873, 1875 e 1876 (Pimenta *et al.*, 2015: 151). Para comparar, a tuberculose oscilou na casa dos 16-18% das mortes durante todo o período, sem modificações.

Paralelamente, alterava-se com alguma importância a incidência de endemias tradicionais. Desde o início do século, a cidade era vista como um imenso foco de “miasmas” supostamente provenientes de matéria orgânica putrefata. Quando da entrada da febre amarela, em 1849-50, as autoridades misturaram as preocupações com as pandemias e com os “miasmas” e passaram a agir. Em 1850, estabeleceram-se a Junta Central de Higiene Pública e, subordinadas a ela, comissões de saúde pública nas freguesias. Paralelamente, a Câmara Municipal legislou sobre a coleta do lixo e dejetos, em 1863, tendo antes disso contratado uma empresa inglesa “para instalar uma rede subterrânea de água e esgotos”. A Guerra do Paraguai (1865-1870) e a redução da incidência da febre amarela nos anos 1860 minimizaram os esforços, mas eles foram renovados pelo difícil retorno do vômito negro no início dos anos 1870 (Graham, 1992: 131-132). Criaram-se comitês destinados a propor e reclamar medidas para o fornecimento de água potável, a limpeza das ruas e um sistema de esgotos adequado (Araújo, 1982: 101). Apesar de timidez das medidas tomadas, houve algumas intervenções, especialmente no sentido de dar continuidade a esforços para drenar pântanos, esforços esses que vinham do século anterior. As endemias retrocederam em alguma medida. Algumas, como a malária, costumavam recuar, ao menos na Europa, pelo simples fato de uma maior aglomeração substituir terreno abandonado (a presença humana, mesmo quando desordenada, tomava lugares antes ocupados por matos ou poças). Havia tempo que se notava a redução da importância do paludismo conforme avançasse a urbanização (vide os posicionamentos setecentistas colecionados no século seguinte por Colin, 1870: 77-83, 508-509).

O recuo das endemias, que afetavam majoritariamente crianças, teve relação com o avanço dos males cardiovasculares. Estes, por outro lado, não foram muito afetados pelo peso continuado das pandemias nos anos 60 e 70, pois estas incidiam majoritariamente em adultos. A varíola, novamente crescente no século XIX em virtude da desorganização da vacinação, dada a turbulência política geral, afetava, no Rio, mais crianças que adultos entre 1856 e 1861, mas tomou um rumo mais adulto a partir de 1866. Já quanto à febre amarela, a esmagadora maioria dos mortos entre 1856 e 1875 foram adultos (entre 85 e 93% do total, conforme o ano).

Assim, anotam-se aqui aspectos importantes da experiência da vida urbana. Percepções de tipo político ou social também trataram o intervalo ao redor de 1870 como marco para a urbanização das experiências. Carvalho (2003: 72) enfatizou a decadência rápida nesse intervalo daquilo que chama de “metáfora do ‘jardim sóbrio e firme’ com que os conservadores representavam a permanência da civilização agrária brasileira”. Holloway (1997: 238-239) tratou a revolta do vintém de 1879-1880 – uma rebelião carioca motivada pelo custo do transporte público – como resultado das pressões derivadas do crescimento urbano, diferenciando-a das “rebeliões políticas de 1831”. A industrialização induzida pelo complexo cafeeiro, mesmo que incipiente, manifestou-se, no que toca ao café fluminense, nos arredores da cidade do Rio a partir do final da Guerra do Paraguai (Cano, 1981: 245). Igualmente eloquente é a datação da década de 1870 do surgimento desse indiscutível indicador de modo de vida urbano constituído pela difusão de danças populares de salão (vide o relato sobre o maxixe em Sandroni, 2001: 69). Aqui se propõe ter tido marco temporal semelhante à experiência da redução do impacto, até mesmo sobre crianças de elite, de vermes, mosquitos, água de má qualidade e assim por diante.

Embora não se tratasse da transição epidemiológica, ainda assim é visível que as endemias estavam se reduzindo. Propõe-se um indicador: a participação, no total de mortes de livres, dos falecimentos de crianças por causas endêmicas. Crianças livres mortas por endemias semelhantes às rurais foram treze por cento em 1861 e tão somente nove por cento em 1875 (*O Globo*, 1875; *Diário do Rio de Janeiro*, 1861). Essas mudanças no ambiente mórbido ficam mais evidentes caso se aborde uma paróquia central e aristocrática da cidade do Rio, tendo em vista um período mais longo. Na freguesia da Candelária, entre 1813-1814 e 1861-1862, a proporção de infantes falecidos por malária, febre tifoide, vermes e outras endemias frente aos falecimentos de livres de todas as idades caiu de dez por cento, no primeiro biênio, para cerca de cinco por cento, no segundo, tendo sido de 8% em 1845-1849 (Paróquia de Nossa Senhora da Candelária, Óbitos, 1793-1867).

A incidência dos males ligados à relação com o ambiente rural degradado pode ser avaliada observando a mesma coisa no tocante a uma paróquia “suburbana” da cidade do Rio de Janeiro em 1838-40 (*Paróquia de São Francisco Xavier do Engenho Velho, Óbitos, 1819-1842*): o número de crianças livres mortas por endemias análogas às rurais foi de 12% do total de falecimentos de livres de qualquer idade. Serão vistos indícios de que os males cardiovasculares incidiam mais quando e onde fosse menor o valor alcançado por esse indicador. Em Niterói, na freguesia de São Lourenço, viam-se então traços de um ambiente agrário marcado também pela importância da pesca.² Segundo o recenseamento de 1872, 3/5 dos homens com ocupação declarada eram lavradores.

Havia ali também uma fundição de proporções importantes para os padrões da época, mas essa parte de Niterói era pouco urbanizada. O Fonseca se projetava na direção do interior e, assim, demoraram as iniciativas de disciplinarização citadina da municipalidade. Atividades propriamente urbanas, voltadas para o comércio atacadista e a construção naval, afetavam áreas próximas ao mar

2 Em 1835, enquanto ainda se tratava de aldeamento indígena, foi feito um censo parcial. Nele, apareciam entre as ocupações dos chefes de domicílio “viver de culturas”, “viver de pescarias”, “fabricar louça”, ou “ter sítio”. Mais urbanizadas eram as do mundo dos ofícios e as de remeiros junto à fortaleza de Villegagnon, de soldados reformados e de patrões de embarcações. Ver Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro, fundo PP, notação 0206, maço 1, caixa 0075.

(Martins, 2010: 176-177), mas o conjunto da freguesia era rural. Segundo Campos (1990: 44-45), Niterói aparecia em textos do XIX como uma “chácara urbanizada” (ver também Souza, 1974: 22).

O cultivo da cana entrara em decadência, mas proprietários tradicionais ainda controlavam o solo e, portanto, no século XIX, puderam comandar a conversão para maior ênfase nas atividades de abastecimento (Campos, 1990: 44; Motta, 1997). A preservação de alguma pujança agrária, ainda que abastecedora, explica a permanência de uma alta participação das pessoas escravizadas na população. Entre 1870 e 1873, os sepultamentos de gente escravizada compunham 28% do total de óbitos, participação que no Rio de Janeiro mais central não chegava a 20% em 1870.

Havia migrantes internos, especialmente da Corte (voluntários ou não). Fazia tempo que essa ligação impunha choques microbianos ali, vitimando especialmente a aldeia indígena, sendo que esta fornecera à sociedade colonial trabalhadores em serviços públicos (Almeida, 2003: 202-205). Com efeitos provavelmente semelhantes, a ligação com o Rio conduziu ao recurso ao tráfico de africanos, levando a enorme participação de gente escravizada na população.³ Em 1857-60, 3/5 dos falecidos provenientes desse último segmento eram africanos (Freguesia de S. Lourenço, óbitos, 1776-1873). Assim, a população cresceu velozmente (Campos, 1990: 43).

Migrações de livres também transparecem na alta participação dos óbitos masculinos naqueles de adultos livres; em 1858-69, eram homens quase 3/5 deles. A alta participação masculina nos óbitos de adultos indica que o mesmo se passava com a população e isso indicia que migrações tinham o local por destino (a movimentação geográfica dessa época, fosse ela intercontinental, fosse ela interna aos países, ainda era algo muito próprio de homens adultos; fora de São Paulo e do Sul brasileiro, a imigração de famílias ainda iria demorar a se tornar mais importante).

Após terem se tornado raros em seguida a 1845, os registros de óbito voltaram a serem feitos em 1857, desaparecidas as referências aos indígenas. O aldeamento foi extinto em 1855 (Freguesia de S. Lourenço, óbitos, 1776-1873; ver detalhes sobre a apropriação da terra do aldeamento em Motta, 1998: 89-91 e Melo, 2022). Endemias rurais assolavam a freguesia, mas sua natureza híbrida de rural e urbano aproximava seu caso daquele do Rio de Janeiro. Caso se tomem em consideração os males ligados ao habitat (Marcílio, 1984), sua incidência, no Fonseca, era de 26%. Ademais, os paroquianos sofriam com os aportes de padecimentos ligados à circulação de pessoas, para além das doenças ligadas à aglomeração (como a tísica).

Houve muitas referências à febre amarela durante os anos sessenta.⁴ Em 1860-61, a doença causou 7% dos falecimentos, mais que no Rio central em 1861 (Freguesia de S. Lourenço, óbitos, 1776-1873). Os portugueses residentes ali foram os alvos principais e 69% dos mortos faleceram adultos.

Ocorriam outros tipos de conexão com o Rio. Em 1865, durante a Guerra do Paraguai, “voluntários da pátria” foram reunidos na freguesia para posterior envio ao teatro de operações, o que parece ter potencializado um contágio relativamente importante de varíola. Pode-se assegurar a conexão do surto com a presença militar pelo fato de os soldados terem sido muito atingidos por ela. Antes deles,

³ Alberto da Costa e Silva (2011: 46) aceitou a exagerada estimativa de época de que a gente escravizada de Niterói constituía 4/5 da população em 1833.

⁴ 1860: 1º caso em março e auge em abril e maio. 1861: casos entre fevereiro e julho, com auge em março.

os casos eram relativamente esporádicos: de 1858 a 1861, apenas uma morte; 1862 teve um pouco mais de falecimentos desse tipo (foram doze, principalmente em setembro e outubro, com números semelhantes de crianças livres e adultos em cativeiro falecidos). Em 1865, aportados os soldados, houve 29 casos, com auge em maio e junho (soldados foram 25% dos mortos). Quase todos os falecidos eram adultos (o surto começou em abril, morrendo nele o primeiro soldado a falecer, o qual foi o segundo vitimado por “bexigas” durante o contágio). Deve-se recordar ter havido surto epidêmico de varíola em diversos municípios do Rio de Janeiro, incluindo Niterói, exatamente em 1865 (Pimenta, Barbosa, & Kodama, 2015: 159). Tudo arrefeceu em 1866-1868 (13 falecidos), tendo, aliás, acabado as menções locais a “voluntários da pátria”. Essa movimentação não se ligou à cólera, no entanto. Só apareceram referências a ela em 1868 (doze casos, com início em maio e apogeu em junho), mas os óbitos por esta causa foram poucos (somente 4,5% do total de falecimentos do ano), o que provavelmente se deveu ao caráter ainda rural da freguesia. Quanto à Niterói mais urbanizada, reportou-se enorme impacto da cólera em 1855-1856 (*A Pátria*, janeiro-maio de 1856).

Mais conexões forçadas apareciam no provável envio para Niterói dos “bens do evento”, ou seja, pessoas que, por serem negras, eram suspeitas, sem provas, de serem escravizados fugitivos (Chalhoub, 2009: 26, 56), e no estabelecimento da fundição de Ponta d’Areia, que operou de 1844 até os anos 1860 (Momesso, 2007: 55-82). O capítulo das conexões leva a chamar atenção igualmente para a imigração portuguesa: entre 1858 e 1873, lusos foram 30% dos homens livres mortos em idade adulta (Freguesia de S. Lourenço, óbitos, 1858-1873).

Já o curato de Santa Cruz era eminentemente agrário. No Oeste extremo da cidade do Rio, fizera parte da enorme fazenda de Santa Cruz, a que se ligaram, inicialmente, aldeamentos indígenas organizados pelos jesuítas, mas na qual se estabeleceu uma das maiores escravarias do Sudeste. Após a expulsão dos inacianos, em 1759, instalaram-se engenhos e unidades abastecedoras e pecuaristas (Pedroza, 2018; Engemann, 2005).

Observando aspectos da vida social com a ajuda dos óbitos, tem-se que, de 1862 a 1869, 52% dos falecidos e falecidas tinham gemido sob o cativeiro, sendo essa uma proporção muito alta para o Brasil dessa época. Já em 1872, segundo o censo, o número correspondente caiu a pouco mais de um décimo da população local. Nos anos 1860, quase três quartos dos adultos e adultas enterrados no curato tinham pertencido, em vida, à Imperial Fazenda, resultante da estatização das propriedades jesuíticas (Graham, 1979: 41-57; antes, chegara a haver mais de mil pessoas escravizadas na fazenda; cf. Engemann, 2005). O patamar de 1872 se explica pela libertação, através da Lei do Ventre Livre, das pessoas escravizadas pelo Estado brasileiro (Rocha, 2012: 299).

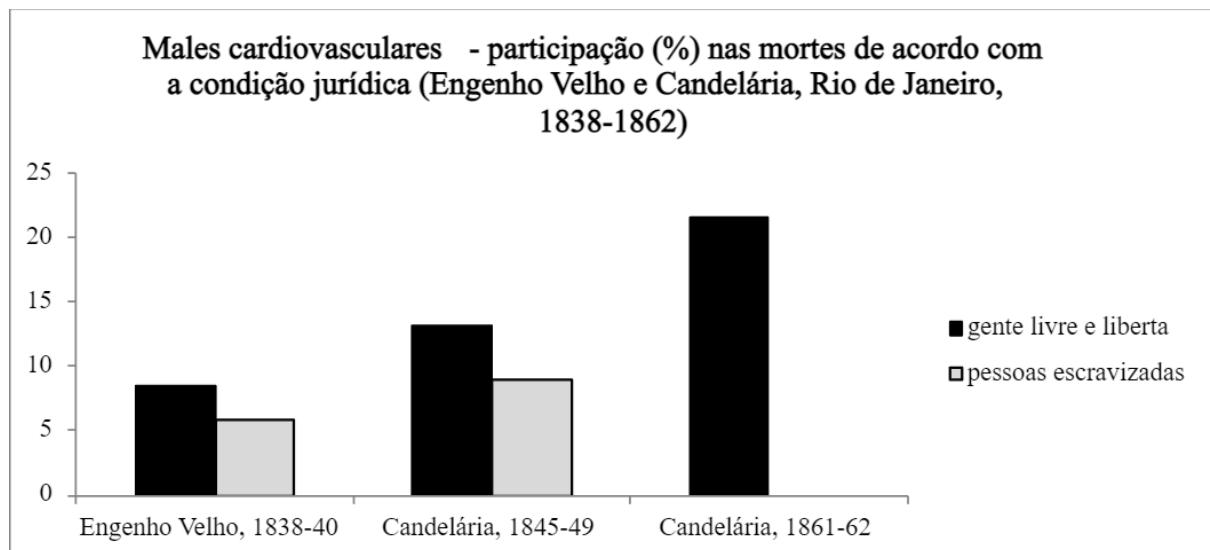
O impacto das endemias rurais era imenso. Quase metade dos falecimentos no curato se deveu a isso e inexistem traços de que as pandemias oitocentistas tenham manifestado seus efeitos nessa área rural, pelo menos nos anos 1860 (Curato de Santa Cruz, óbitos, 1861-1878).

Incidências comparadas

As enfermidades cardiovasculares associam-se diferentemente aos diversos grupos de idade e gênero, de modo que seria interessante observar a incidência tendo em vista essas variáveis.⁵ Mas as características das amostras tornam-no impossível.

No gráfico 1, comparam-se o Engenho Velho, parte então chamada de suburbana do Rio (“subúrbio” não tinha relação com moradia popular, mas com hibridez de rural e urbano), e a Candelária, muito central, nos anos 1840, adicionando-se avaliação sobre as mortes de livres em 1861-62. No gráfico 2 são realizadas comparações entre Santa Cruz (1862-1869), São Lourenço (1858-1869) e Rio mais central (1866). O gráfico 3 se refere exclusivamente ao Rio de Janeiro central (1856-1875) e o de número 4, a São Lourenço (1858-1873). Nestes dois últimos casos, a abordagem foi longitudinal. Segue-se a primeira imagem e nela, em virtude da escassez de anos com informações satisfatórias, as pessoas alforriadas e a mal identificada gente negra e parda livre ficam incluídas entre os livres.

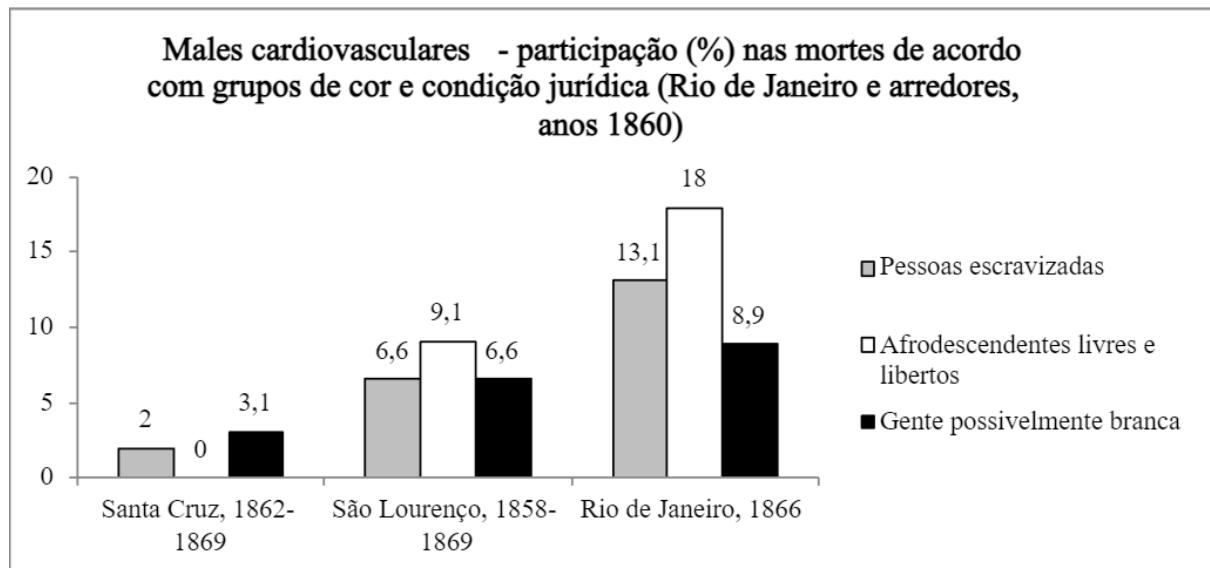
Gráfico 1: Males cardiovasculares - participação (%) nas mortes de acordo com a condição jurídica (Engenho Velho e Candelária, Rio de Janeiro, 1838-1862)



Fontes: *Paróquia de São Francisco Xavier do Engenho Velho, Óbitos, 1819-1842*; Paróquia de Nossa Senhora da Candelária, Óbitos, 1793-1867.

⁵ O caso do Fonseca é ilustrativo quanto à variável idade. Os males referidos compunham, entre os mortos com menos de 30 anos (qualquer gênero e qualquer condição), entre 2 e 3% dos falecimentos, indicador que oscilava entre 5 e 6% entre os mortos com 30 a 49 anos, 15% entre mortos com 60 a 69 e 24% entre aqueles com 70 ou mais anos de idade.

Gráfico 2: Males cardíacos - participação (%) nas mortes de acordo com grupos de cor e condição jurídica (Rio de Janeiro e arredores, anos 1860)

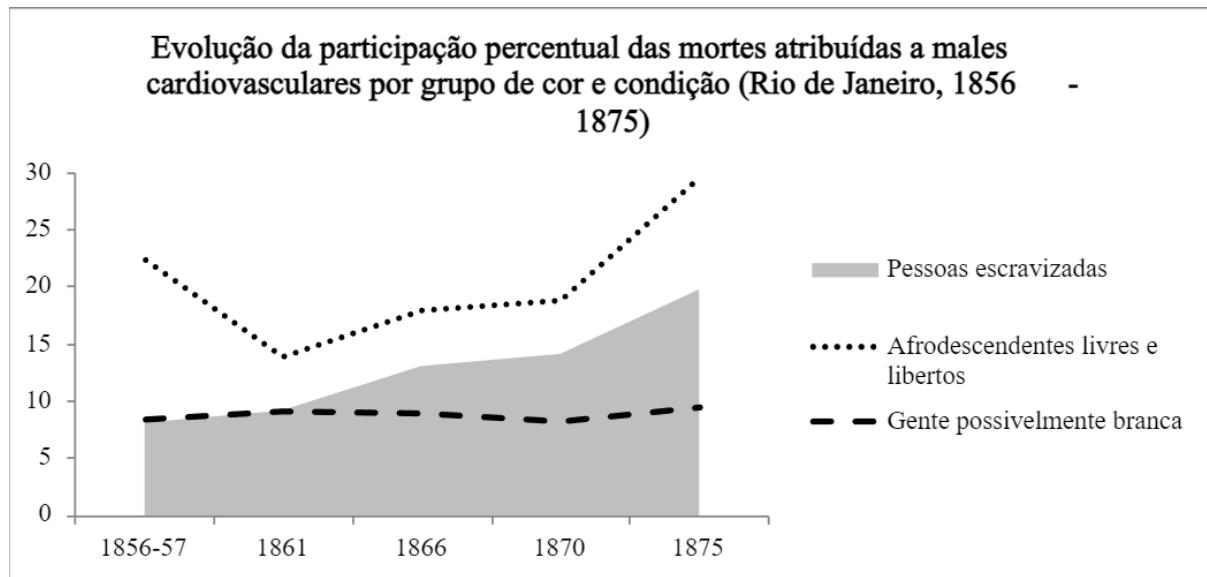


Fontes: Correio Mercantil, Rio de Janeiro, 1866; Freguesia de S. Lourenço, óbitos, 1776-1871; Curado de Santa Cruz, óbitos, 1861-1878.

Portanto, observando uma paróquia central, a da Candelária, e outra classificada como suburbana, a do Engenho Velho (Holloway, 1997: 204), e considerando períodos próximos, nota-se, ao passar da freguesia suburbana para uma nitidamente urbanizada, a incidência dos males aqui observados aumentar entre livres, do mesmo modo que no tocante às pessoas escravizadas. Percebe-se também que a passagem do tempo na Candelária fez com que a incidência dos males cardíacos entre os não escravizados aumentasse fortemente. Por outro lado, a incidência entre a gente em cativeiro numa época de acelerado trânsito de africanos era menor que entre livres e libertos. O gráfico 2 mostra que a incidência dos males cardíacos era muito afetada pelo grau de urbanização. Os níveis urbanos eram maiores que os da área transitiva (Niterói) e, especialmente, que os da área plenamente rural (Santa Cruz).

No tocante aos destinos dos diferentes grupos, o gráfico indica, quanto ao ambiente urbano e ao transitivo, que os afrodescendentes eram muito mais afetados por enfermidades cardíacas que gente sob cativeiro e os supostamente brancos. Contudo, nada disso ocorria na área rural, sendo que o destaque para corações afrodescendentes não é muito claro no caso de São Lourenço, conforme se voltará a discutir. Ele indica igualmente uma progressão contínua da incidência entre os escravizados conforme se transitava do plenamente rural ao plenamente urbano. De fato, isso se passava com os três grupos. Mas a incidência quanto à gente em cativeiro passava de menor que a dos brancos, no campo, para maior que a destes, na cidade. A prevalência entre descendentes livres de escravizados e escravizadas identificados nas fontes era a maior de todas.

Gráfico 3: Evolução da participação percentual das mortes atribuídas a males cardiovasculares por grupo de cor e condição (Rio de Janeiro, 1856-1875)



Observação: os ingênuos de 1875 foram incluídos entre os escravizados e escravizadas.

Fontes: *O Globo*, Rio de Janeiro, 1875; *Correio Mercantil*, Rio de Janeiro, 1856-1866; *Diário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 1861-1870.

O gráfico 3 mostra os dados do Rio mais central observados longitudinalmente. Eles indicam estabilidade na incidência quanto aos provavelmente brancos, avanço forte entre as pessoas escravizadas e, no tocante a afrodescendentes livres e libertos, os mais afetados durante todo o intervalo 1856-1875, um movimento um pouco mais complicado. A incidência entre essas pessoas aparentemente caiu no final dos anos 1850 para passar a rumar para cima, paralelamente àquela observada entre quem vivia em cativeiro, até 1875. A prevalência entre pessoas escravizadas avançou firmemente, ultrapassando o dobro da relativa aos possivelmente brancos em 1875.

Essa adesão progressiva aos escravizados e escravizadas não pode, no entanto, ser explicada de modo determinista. Afinal, nos anos 1850, os supostos brancos não se diferenciavam dos homens e mulheres viventes sob o jugo da escravidão. Da mesma forma, viu-se no gráfico 2 que nenhum caso foi detectado entre as pessoas alforriadas que morreram em Santa Cruz. É impossível aventar, como explicação, que melhorara a acurácia das fontes. Se isso tivesse ocorrido, tudo teria se aplicado especialmente aos supostos brancos. Mas tal não se deu, prevalecendo a estabilidade. O mais provável é a mudança efetiva na morbidade entre a gente submetida ao cativeiro.

O tráfico interno pode explicar o aumento da incidência entre essas últimas pessoas. Ao drenar da cidade os adultos jovens, aumentou muito a idade média da população adulta. Martins (2018: 169) notou a redução drástica da participação dos homens com idades entre os 11 e os 40 anos de idade na população escravizada do Rio de Janeiro nos anos 1870. Como a incidência das enfermidades circulatórias aumenta com a idade, uma explicação residia nesse processo.

Historiadores da escravidão insistiram nessas alterações bruscas na estruturação das populações escravizadas como algo relacionado aos processos de migração forçada, aos choques microbianos e à enorme

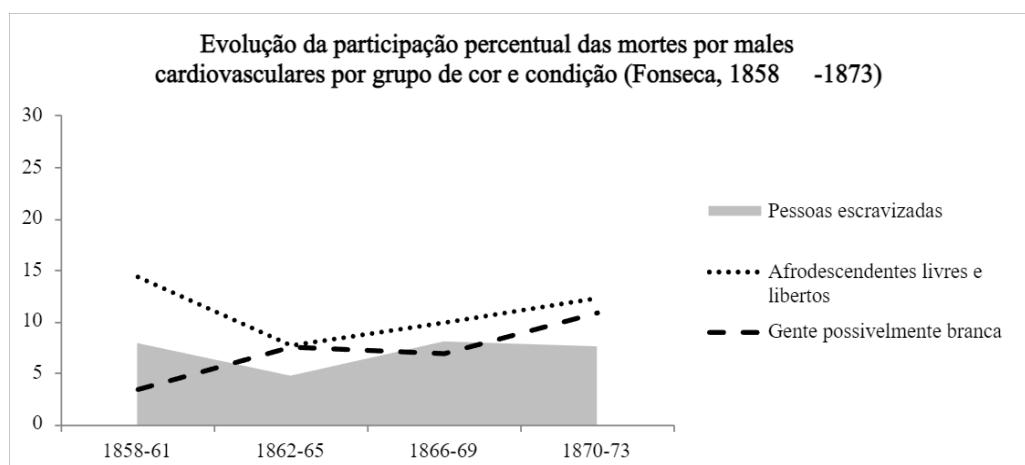
capacidade dos proprietários para interferir em aspectos íntimos das vidas dos escravizados, impondo-lhes deslocamentos e a recomposição de suas comunidades. Tratava-se, dado o desenraizamento que lhe era constitutivo, de uma população cujas características eram significativamente mais mutáveis que as de outros grupos (Florentino, & Góes, 1997: 70).

O caso do avanço da incidência entre os afrodescendentes livres e libertos demanda outras análises. Uma explicação reside no fato de que, dos passíveis de identificação na fonte, uma proporção muito alta era composta por africanos livres, ou seja, pessoas libertadas dos famigerados navios negreiros antes de desembarcarem (Mamigonian, 2017, cap. 3; Eltis, 2010). Extinto o tráfico africano em 1850, seu contingente não era mais renovado com jovens, e suas idades médias avançavam ao longo dos anos 1860, aumentando a chance de males cardíacos.

Outra possível explicação relacionada aos libertos volta a apelar para o tráfico interno de gente escravizada, embora com mediações. A drenagem da população urbana sob cativeiro alterou a oferta de trabalho nessa cidade que crescia e se diversificava. O desaparecimento das pessoas que fossem individualmente menos especializadas deve ter favorecido os trabalhadores urbanos mais especializados. Quanto às pessoas alforriadas e aos outros afrodescendentes livres, isso pode ter melhorado suas posições no mercado de trabalho citadino, abrindo caminho a processos discretos de mobilidade social ascendente em meio a essa sociedade cruelmente desigual.

As pessoas avançavam, embora modestamente, em suas condições de vida. Mas há indícios na historiografia a respeito de uma armadilha contida na dieta dos que lograssem melhorar um pouco suas vidas. É possível que, nesse segmento social, o avanço alimentar pudesse significar a multiplicação da quantidade consumida de sal, pois, a cada degrau da ascensão social, o que melhorava na dieta era o acesso a carnes e peixes salgados (Brown, 1986: 67-68). A sugestão de Kiple de que os africanos traficados eram transferidos para um ambiente de grande abundância de sal pode ser mais interessante para explicar a movimentação dos indicadores relativos aos afrodescendentes do Rio.

Gráfico 4: Evolução da participação percentual das mortes por males cardíacos por grupo de cor e condição (Fonseca, 1858-1873)



Fontes: Freguesia de S. Lourenço, óbitos, 1776-1873.

Segundo o gráfico 4, nem sempre a incidência parecia maior entre os negros e pardos livres que entre os supostamente brancos, e a vigente entre quem gemia sob o cativeiro não se destacou nem um pouco frente à dos segundos. A permanência niteroiense, comparada ao avanço verificado entre as pessoas escravizadas do Rio de Janeiro, pode ter derivado do tráfico interno ter reduzido menos a população cativa do Fonseca. Recorrendo novamente à estratégia de avaliar a composição da população observando o movimento executado pelos óbitos em acordo à condição jurídica, nota-se que em São Lourenço os dois contingentes avançaram de modo paralelo. Isso significa que o comércio interno de escravizados não foi tão forte quanto o carioca, o que se ligava ao caráter rural de São Lourenço.

Abordar o caso carioca de outra forma conduz a resultados aparentados. Uma amostragem, feita a partir dos jornais, sobre causas de morte na Santa Casa da Misericórdia e enfermarias anexas (sobre o hospital e as enfermarias, ver Sousa, 2004; Araújo, 1982) mostra avanço consistente dos males estudados. Eles passaram de 5,3% em 1861 para 10,3%, em 1875 (*Diário do Rio de Janeiro*, 1861; *O Globo*, 1875). Mas há peculiaridades nessa nova amostra. Ela é composta pelo cômputo diário das causas de morte dos falecidos no hospital, que não eram nominativas e não classificavam os falecimentos por procedência, gênero ou condição jurídica. Além disso, e apesar do nome, o acesso ao hospital era seletivo, com pouca gente escravizada e, talvez, raros afrodescendentes livres, diferentemente do ocorrido na primeira metade do século (Sousa, 2004; Pôrto, 2007). Os cômputos diários de internados de 1875, que discriminavam condições e origens, mostram pouquíssimas pessoas escravizadas (cerca de um décimo), talvez cerca do dobro disso de nacionais livres e uma franca maioria de livres estrangeiros. Mulheres de qualquer posição social também parecem ter ficado barradas nas portas da Santa Casa ou então precisavam menos de atendimento médico, o que não é crível.

As percepções também se consolidam quando se acrescentam algumas informações comparativas. Uma delas vem da parte mais central de Itaocara, província do Rio de Janeiro, entre 1889 e 1892. Ali, a participação das mortes de origem cardiovascular alcançou 13,3%. Outro dado: numa área de Niterói diferente daquela abordada com mais calma neste artigo – abarcando Icaraí e Santa Rosa, grosso modo –, em 1917, é possível avaliar a incidência por cor, e não houve diferenças: 14% entre brancos e afrodescendentes, sem distinção.⁶

Considerações finais

Na passagem da ruralidade para a vida urbana, progredia a incidência ou a identificação dos males cardiovasculares (provavelmente as duas coisas). Isso se aplicava aos três grupos considerados e se ligava tanto a uma nova diferenciação entre campo e cidade, quanto a uma nova percepção em relação aos corpos das pessoas, agregando uma imagem de propensão à degeneração àquela, vigente de longa data, de vulnerabilidade a agentes externos. No século XIX, inclusive entre médicos higienistas, um corpo fora uma espécie de ponto de vulnerabilidade frente à ação do meio, fosse este pensado como meio ambiente (modificado ou não pela presença colonial), como uma massa de potenciais contami-

⁶ Registro Civil de Itaocara, Paróquia de São José de Leonissa, 1889-1893; Registro Civil da Segunda Circunscrição do município de Niterói, Óbitos, 1916, fev.-1917, jan.; Óbitos, 1917, jan.-nov.; Óbitos, 1917, Nov.-1918, jun.

nados capazes de contagiar, ou mesmo como o abrigo de micro-organismos (a revolução pasteuriana estava em curso entre os médicos). Embora numa quadra de incidência de pandemias oitocentistas – a cólera, a febre amarela –, que com certeza difundiram expectativas relacionadas à suscetibilidade ao contágio, a atenção a potencialidades degenerativas de corpos humanos estava se somando a tudo isso.

No Rio de Janeiro central, a incidência comparativamente alta dos males cardíacos como causa de morte de gente submetida ao cativeiro teve relação estreita, embora inversa, com o movimento das afecções ligadas ao habitat, as quais foram referidas ao longo deste artigo como endemias rurais. A redução relativa do impacto das endemias abria caminho para as doenças degenerativas em todos os grupos. No que respeita às pessoas escravizadas, importaram igualmente as muito grandes modificações na estruturação do grupo em virtude do tráfico interno; isso fica evidenciado pela circunstância do avanço da incidência ter se mostrado mais evidente no Rio mais central.

Tratava-se de três ambientes muito diferentes. A parte mais central da cidade do Rio vivenciava endemias comparativamente controladas, sendo avassalada por pandemias e por males mais ligados à aglomeração (a tuberculose, por exemplo). No Fonseca, tinha vigência uma mistura singular de endemias e doenças de aglomeração, enquanto a parte mais urbanizada de Niterói foi impactada pela epidemia de cólera. Santa Cruz era a área mais isolada e rural e assim marcada por endemias, as quais, mesmo quando exógenas, tinham um longo trajeto no continente americano, expandindo-se desde o início da colonização. Pandemias não chegavam ali e males degenerativos não encontravam caminho para aumentar sua importância. Os deslocamentos e diferenciações (no eixo rural/urbano) incidentes na estrutura da população, no modo de vida e no ambiente mórbido são o que mais ajuda a entender os padrões da incidência.

Chama atenção a periodização do impacto da vida urbana sobre os aspectos mais íntimos da vida, tendo sido lenta a definição desse impacto. Por volta de 1860, a incidência dos males cardíacos era parecida em São Lourenço e no Rio de Janeiro, caso se observem todos os grupos de cor e condição jurídica considerados. Já em 1875 tudo era diferente. Se bem tenha havido pouca variação quanto aos possivelmente brancos, a incidência entre afrodescendentes livres e libertos, no Rio, era mais que o dobro da niteroiense, proporção que alcançava o triplo entre as pessoas escravizadas.

Carlos Alberto Medeiros Lima é doutor em História Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Professor Titular da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

FINANCIAMENTO

Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.

REFERÊNCIAS

- Alencastro, L. F. de (1988). Proletários e escravos: imigrantes portugueses e cativos africanos no Rio de Janeiro, 1850-1872. *Novos estudos CEBRAP*, 21, 30-56.
- Almeida, M. R. C. de (2003). *Metamorfoses indígenas. Identidade e cultura nas aldeias coloniais do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.
- Araújo, A. R. de (1982). *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro: MEC / CFC.
- Armelagos, G. J. (2005). The slavery hypertension hypothesis – natural selection and scientific investigation: a commentary. *Transforming Anthropology*, 13(2), 119-124.
<https://doi.org/10.1525/tran.2006.14.1.67>
- Brown, L. V. (1986). *Internal commerce in a colonial economy*. Tese (PhD Diss.). University of Virginia, Charlottesville.
- Campos, A. V. de (1990). Posturas municipais na província fluminense: o caso de Campos e Niterói. *Cadernos do ICHF*, (17), 31-53.
- Cano, W. (1981). *Raízes da concentração industrial em São Paulo*. 2ª ed. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Carvalho, M. A. R. de (2003). Vertentes do republicanismo no Oitocentos brasileiro. *Revista USP*, (59), 72-85. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i59p72-85>
- Challhoub, S. (2017). *Cidade febril*. 2ª ed., São Paulo: Cia. das Letras.
- Chalhoub, S. (2009). Costumes senhoriais: escravização ilegal e precarização da liberdade no Brasil Império. In E. Azevedo et al. *Trabalhadores na cidade: cotidiano e cultura no Rio de Janeiro e em São Paulo, séculos XIX e XX* (pp. 23-62). Campinas: Ed. da Unicamp.
- Colin, L. (1870). *Traité des fièvres intermittentes*. Paris: J. B. Baillière et Fils.
- Curtin, P. D. (1992). The slavery hypothesis for hypertension among African Americans: the historical evidence. *American Journal of Public Health*, 82(12), 1681-1686.
<https://doi.org/10.2105%2Fajph.82.12.1681>
- Eltis, D. (2010). O significado da investigação sobre os africanos escapados de navios negreiros no século XIX. *História: questões & debates*, 52(1), 13-39. <https://doi.org/10.5380/his.v52i1.24108>
- Eltis, D. et al. (s/d). Slave Voyages. Disponível em: www.slavevoyages.org. Acesso em 10/12/2020.
- Engemann, C. (2005). Da comunidade escrava e suas possibilidades, séculos XVII-XIX. In M. Florentino (org.). *Tráfico, cativeiro e liberdade* (pp. 169-205). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Farias, J., Gomes, F., Soares, C. E., & Araújo, C. E. (2006). *Cidades negras*. 2^a ed. São Paulo: Alameda.
- Farias, J., Soares, C. E., & Gomes, F. (2005). *No labirinto das nações. Africanos e identidades no Rio de Janeiro, século XIX*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.
- Florentino, M. (2005). Sobre minas, crioulos e a liberdade costumeira no Rio de Janeiro, 1789-1871. In M. Florentino (org.). *Tráfico, cativeiro e liberdade* (pp. 331-366). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Florentino, M., & Góes, J. R. (1997). *A paz das senzalas. Famílias escravas e tráfico atlântico, Rio de Janeiro, c.1790-c.1850*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Florentino, M., & Góes, J. R. P. de (2013). Padrões de mobilidade e miscigenação racial no Brasil escravista, Rio de Janeiro, século XIX. *América Latina en la Historia Económica*, 20(3), 5-27. <https://doi.org/10.18232/alhe.v20i3.547>
- Graham, R. (1979). *Escravidão, reforma e imperialismo*. São Paulo: Perspectiva.
- Graham, S. L. (1992). *Proteção e obediência. Criadas e seus patrões no Rio de Janeiro, 1860-1910*. São Paulo: Cia. das Letras.
- Harrison, M. (2012). *Contagion. How commerce spread disease*. New Haven: Yale U. P.
- Holloway, T. H. (1997). *Policia no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ed. da FGV.
- Kiple, K. F. (1984). *The Caribbean slave: a biological history*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511572876>
- Kodama, K., Pimenta, T. S., Bastos, F. I., & Bellido, J. G. (2012). Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 19(supl.), 59-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000500005>
- Lago, L. A. C. (2014). *Da escravidão ao trabalho livre*. São Paulo: Cia. das Letras.
- Laguardia, J. (2005). Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenio? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12(2), 371-393. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000200008>
- Lebrão, M. L. (2007). O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde coletiva*, 4(17), 135-140.
- Le Breton, D. (2011). *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes.
- Livi Bacci, M. (2007). *Conquista*. Lisboa: Edições 70.
- Lujan, H. L., & DiCarlo, S. J. (2018). Editorial: The ‘African gene’ theory: it is time to stop teaching and promoting the slavery hypertension hypothesis. *Advances in Physiological Education*, (42), 412-416. <https://doi.org/10.1152/advan.00070.2018>

Mamigonian, B. G. (2017). *Africanos livres: A abolição do tráfico de escravos no Brasil*. São Paulo: Cia. das Letras.

Marcílio, M. L. (1984). Sistemas demográficos no Brasil do século XIX. In M. Marcílio (org.). *População e sociedade* (pp. 193-207). Petrópolis: Vozes.

Marinho, M. G. S. M. C. (2014). Arnaldo Vieira de Carvalho: um percurso pela formação intelectual e rede de sociabilidades (1880-1913). In M. Marinho, & A. Mota (org.). *Medicina, saúde e história* (pp. 11-31). São Paulo: USP / Faculdade de Medicina; UFABC; CD.G Casa de Soluções e Editora.

Marques, L., & Silva Jr., W. L. da (2019). Migrações senhoriais no longo século XIX: comparações, conexões e integrações. *Revista de História Comparada*, 13(1), 152-191.

Martins, I. de L. (2010). Imigração, inserção social e urbanização. Um estudo de caso: o Hospital Santa Cruz da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Niterói. In F. de Sousa *et al.* (coord.). *Entre mares. O Brasil dos portugueses* (p. 174-185). Belém: Paka-Tatu.

Martins, R. B. (2018). *Crescendo em silêncio. A incrível economia escravista de Minas Gerais no século XIX*. Belo Horizonte: ICAM / ABPHE.

Melo, P. (2022). Entre ‘abusos, usurpações e desacertos’: terras indígenas no Rio de Janeiro, século XIX. *Almanack*, (30), 1-33. <https://doi.org/10.1590/2236-463330ea00121>

Momesso, B. P. (2007). *Indústria e trabalho no século XIX: o Estabelecimento de Fundição e Máquinas de Ponta d’Areia*. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Motta, J. F. (2012). *Escravos daqui, dali e de mais além*. São Paulo: Alameda/Fapesp.

Motta, J. F., Nozoe, N., & Costa, I. del N. da (2004). Às vésperas da abolição - um estudo sobre a estrutura de posse de escravos em São Cristóvão (RJ), 1870. *Estudos econômicos*, 34(1), 157-213. <https://doi.org/10.1590/S0101-41612004000100006>

Motta, M. M. M. (1997). Niterói rural: elite de ontem e arrendatários de outrora (1808-1888). In I. Martins, & P. Knauss (orgs.). *Cidade múltipla: temas de história de Niterói* (pp. 169-183). Niterói: Niterói Livros.

Motta, M. M. M. (1998). Terra, nação e tradições inventadas (uma outra abordagem sobre a Lei de Terras de 1850). In S. Mendonça, & M. Motta (orgs.). *Nação e poder: as dimensões da História* (p. 81-92). Niterói: EdUFF.

Pedroza, M. (2018). Some possibilities of non-market accumulation by members of the elite in nineteenth century Brazil (The Imperial Estate of Fazenda de Santa Cruz, Rio de Janeiro, 1808-1860). In: European Social Science History Conference, Belfast. *Annals....* Belfast.

Pereira, J. C. M. da S. (2011). *Trabalho, folga e cuidados terapêuticos: a sociabilidade escrava na Imperial*

Fazenda Santa Cruz, na segunda metade do século XIX. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro.

Pimenta, T. S., Barbosa, K., & Kodama, K. (2015) A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia. *Dimensões*, 34, 145-183.

Pôrto, Â. (2007). Fontes documentais do arquivo da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro para a história do tratamento de escravos na segunda metade do século XIX. In: 3º Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis.

Prado, M. L. C. (2005). Repensando a história comparada da América Latina. *Revista de História*, 153(2), 11-33. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9141.v0i153p11-33>

Projeto de um dicionário geográfico do Brasil – I parte. (1990). *Annaes da Biblioteca Nacional*, 110, 91-230.

Rocha, I. P. (2012). “*Escravos da nação*”: o público e o privado na escravidão brasileira, 1760-1876. Tese (Doutorado em História Econômica). Programa de Pós-Graduação em História Econômica, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Rodrigues, C. (1997). *Lugares dos mortos na cidade dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura.

Sandroni, C. (2001). *Feitiço decente. Transformações do samba no Rio de Janeiro (1917-1933)*. Rio de Janeiro: Zahar.

Scott, D. (2020). *Livres e escravos: população e mortalidade na Madre de Deus de Porto Alegre (1772-1872)*. Tese (Doutorado em Demografia), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas.

Silva, A. da C. e (2011). População e sociedade. In A. da C. e Silva (coord.). *Crise colonial e Independência, 1808-1830* (pp. 35-73). Madri: Mapfre; Rio de Janeiro: Objetiva.

Slenes, R. W. (1999). *Na senzala uma flor*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Sousa, J. P. de (2004). Anotação a respeito de uma fonte: os registros de óbitos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)*, XI(1).

Souza, P. J. S. de (1974). Da Vila Real da Praia Grande à Imperial Cidade de Niterói. *Revista do instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, 303, 3-165.

URBANIZAÇÃO E DIVERSIDADE: ENDEMIAS, MALES CARDIOVASCULARES E ESCRAVIDÃO (RIO DE JANEIRO E NITERÓI, 1838-1875)

Resumo: Pesquisa-se o impacto das doenças cardiovasculares no Rio de Janeiro do século XIX. Elas tiveram impacto maior no ambiente urbano, menor em áreas transitivas entre o rural e o urbano, e menor ainda no ambiente nitidamente rural. Esse impacto também foi crescente ao longo da segunda metade do século XIX, o que se ligava, na cidade, à redução da importância dos males endêmicos, mesmo que não dos epidêmicos. Quanto aos sujeitados ao cativeiro, a maior incidência se devia, na cidade, ao impacto do tráfico interno de pessoas escravizadas, que mudou a estrutura etária dessa população. A análoga superexposição de libertos, libertas e descendentes livres de gente escravizada devia-se, muito provavelmente, à especificidade da dieta de pobres em situação de mobilidade social. Apesar de, na contemporaneidade das discussões entre historiadores e médicos, os debates sobre sistemas circulatórios envolverem os problemas dos choques étnicos e civilizacionais, explicações baseadas na herança de processos adaptativos africanos são inadequadas: na década de 1850, não havia nenhuma diferença na incidência entre pessoas escravizadas e provavelmente brancas.

Palavras-chave: enfermidades cardiovasculares; endemias rurais; escravidão; urbanização; tráfico interno.

URBANIZATION AND DIVERSITY: ENDEMICS, HEART DISEASES AND SLAVERY (RIO DE JANEIRO AND NITERÓI, 1838-1875)

Abstract: In nineteenth-century Rio de Janeiro, vascular diseases had a greater impact in the city, a lower impact in areas in transition from rural to urban, and an even lower one at rural environments. This impact of those diseases was also increasing throughout the second half of the century. This trend was connected to the decreasing importance of endemic diseases, even though epidemic ones gained momentum. In the case of urban slaves, the higher incidence was due to the internal slave trade, which changed the age structure of the population. Higher exposure among freedmen and their descendants was probably related to particularities of the diet available for poor people in situations of social mobility. Although contemporary debates among historians and physicians involve issues related to ethnic and civilizational shocks, explanations based on the inheritance of the results of adaptive processes which took place in Africa can't be accepted. In the 1850s, for example, there were no differences in the incidence among slaves and white people.

Keywords: Heart diseases; rural endemic diseases; slavery; urbanization; internal slave trade.

URBANIZACIÓN Y DIVERSIDAD: ENDEMIAS, MALES CARDIOVASCULARES Y ESCLAVITUD (RIO DE JANEIRO Y NITERÓI, 1838-1875)

Resumen: Según las investigaciones especializadas, el impacto de las enfermedades cardiovasculares en el Rio de Janeiro del siglo XIX fue mayor en el ambiente urbano, menor en las áreas de transición entre el espacio rural y urbano, y menor aún en el ambiente nítidamente rural. Ese impacto creció a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, vinculado, en la ciudad, a la reducción de la importancia de los males endémicos, aunque no de los epidémicos. La mayor incidencia entre las personas en régimen de cautiverio se debía, en la ciudad, al impacto del tráfico interno de personas esclavizadas, lo que cambió la estructura etaria de esa población. La hiperexposición análoga de libertos, libertas y descendientes libres de gentes esclavizadas se debía, muy probablemente, a las características específicas de la dieta de las personas pobres en situación de movilidad social. A pesar de que en la contemporaneidad las discusiones entre historiadores y médicos sobre los sistemas de circulación de personas se refieran a los problemas de los choques étnicos y civilizacionales, explicaciones basadas en la herencia de los procesos adaptativos africanos son inadecuadas: en la década de 1850 no había ninguna diferencia en la incidencia entre personas esclavizadas y probablemente blancas.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares; endemias rurales; esclavitud; urbanización; tráfico interno.

RECEBIDO: 10/10/2021

ACEITO: 05/08/2022

PUBLICADO: 23/12/2022



Este é um material publicado em acesso aberto sob a licença Creative Commons BY-NC