

EPIDEMIAS NO RIO DE JANEIRO OITOCENTISTA E A COVID-19: HISTÓRIA E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DO BRASIL.

EPIDEMICS IN 19TH CENTURY RIO DE JANEIRO AND COVID-19: HISTORY AND HEALTH
OF THE BLACK POPULATION IN BRAZIL.

Adriana Meireles Melonio
Instituto Pretos Novos

Silvio Cezar de Souza Lima
Universidade Federal Fluminense

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo traçar um panorama acerca das condições de vida e saúde da população escravizada na cidade do Rio de Janeiro no período oitocentista, das políticas pública de saúde, bem como analisar como a febre amarela e o cólera, as duas principais epidemias do século XIX, afetaram os cativos e seus descendentes. Após, pretende-se evidenciar como as condições de vida e saúde da população negra da atualidade a tornou mais vulnerável na pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: Escravidão; Epidemias do século XIX; COVID-19.

Abstract: The present work aims to draw an overview on life and health conditions of the enslaved population in the city of Rio de Janeiro in the 1800s, the public health policies, as well as analyse how the two main epidemics of the XIX century affected the captives and descendants. Thereafter, it is intended to highlight how life and health conditions of the black population in current days has made this group more vulnerable during the COVID-19 epidemic.

Keywords: Slavery; Epidemics in the XIX century; COVID-19

Introdução

No dia 22 de abril, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 913/2022¹, que declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Em que pese esta norma não signifique o fim da pandemia, decretada pela Organização Mundial de Saúde em 11.03.2020, trata-se de importante marco temporal que nos leva à reflexão sobre o modo como a pandemia afetou a população negra brasileira, bem como ajuda a traçar um panorama histórico e comparativo acerca das políticas públicas e de saúde da população de escravizados, livres e libertos durante as epidemias que grassaram no país durante os Oitocentos.

À data da publicação da Portaria 913/22, segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil contava com 662.557 óbitos por SARS-COVID². Em março de 2020, período em que foram constatados os primeiros óbitos pela doença no Brasil, a primeira impressão era a de que o vírus não escolhia suas vítimas. A falsa aparência democrática da moléstia teve como um de seus fundamentos o fato de os boletins do Ministério da Saúde não separarem os dados dos doentes por cor, o que só passou ser feito após pressão da Coalizão Negra por Direitos³. A entidade, em 08.04.2020, enviou carta ao Ministério da Saúde, solicitando, com base na Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011), que fossem divulgados o número de mortos por COVID-19 por raça, gênero, quilombos e comunidades tradicionais, cidades e bairros⁴.

Além do requerimento mencionado, em 05.05.20, por decisão do Juiz Federal Dimitri Vasconcelos, em ação civil pública movida pela Defensoria Pública da União e pelo Instituto Luiz Gama, foi determinado à União que expedisse diretrizes de preenchimento obrigatório dos marcadores etnorraciais, conforme categorias do IBGE, de localização e de gênero, para a produção de dados oficiais de contaminação e mortalidade pelo novo coronavírus nos registros realizados pelas Secretarias de Saúde e o Ministério da Saúde. Bem como que tais informações passassem a fazer parte da

¹<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-913-de-22-de-abril-de-2022-394545491> Acesso em 23.04.2022

² <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 23.04.2022.

³ A Coalizão Negra por Direitos é uma reunião de entidades do movimento negro de todo o país para a incidência política no Congresso Nacional e fóruns internacionais.

⁴https://coalizaonegra.files.wordpress.com/2020/04/coalizaonegra_lai_mortesnegrascovid19_ms_final.pdf Acesso em 23.04.2022

apresentação pública dos dados de infecção e mortalidade, a fim de melhor direcionar as políticas públicas de proteção à saúde da população mais vulnerável.⁵

Assim, com a propagação da doença e o recrudescimento no número de mortes, restou patente que a população negra no Brasil era a mais afetada, o que pode ser verificado estatisticamente. Segundo O Boletim Epidemiológico¹⁷ do Ministério da Saúde – BEE-17, de 25.05.2020, havia uma equalização entre negros e brancos internados por Covid-19: os primeiros correspondem a 49,1% dos hospitalizados, enquanto os últimos representam 49% deste total. No entanto, não há equilíbrio no número de mortos. Enquanto pretos e pardos representam 57% dos óbitos, brancos correspondem 41% dos mortos pela doença⁶.

Apesar do aparente caráter igualitário de epidemias e pandemias, os meios de proteção em face dos agravos não são os mesmos para todos os indivíduos. Na epidemia de peste bubônica de 1665, há notícias de que os cidadãos mais ricos de Londres se refugiavam fora da cidade infecta, já que podiam desobrigar-se dos serviços e negócios, enquanto os trabalhadores braçais, desempregados ou desabrigados sucumbiam diante da doença, sem chance de defesa. A partir do século XIX, com a ascensão da Medicina ao *status* de ciência social, passou a existir a percepção de que determinadas doenças afetavam de modo mais prejudicial determinados segmentos sociais⁷.

Conforme veremos mais adiante, à época, o governo brasileiro optou por políticas higienistas distintas no trato das epidemias de febre amarela (1849-1850) e cólera (1855-1856). Na primeira, por afetar especialmente os imigrantes europeus e ser um obstáculo à incipiente política imigratória nacional, foram envidados esforços, como a criação da Junta Central de Higiene Pública, para organização de serviços de saúde e prestar atendimento à população. Já no caso do cólera, para os quais os africanos tinham 60% de chance de morte, o que se notou é que no Cemitério de São Francisco Xavier, o

⁵ Tutela antecipada deferida nos autos do Ação Civil Pública n.º 5023907-46.2020.4.02.5101/RJ - https://eproc.jfrj.jus.br/eproc/controlador.php?acao=acessar_documento_publico&doc=511588601571309705567549218932&evento=511588601571309705567549241658&key=84e8d4bb7c3caaf9b96857e87a3eb7afb3065c395d4bebef67de79c234d422a9&hash=8810f38f62ee2aaf60e32b90e0372de7 - Consulta em 23.04.2022.

⁶<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim-epidemiologico-covid-19-no-17.pdf/view>

⁷ KODAMA, kaori e PIMENTA, Tânia S. Condições de ida e vulnerabilidades nas epidemias: do cólera no século 19 à covid-19. Casa de Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/en/todas-as-noticias/1794-condicoes-de-vida-e-vulnerabilidades-nas-epidemias-do-colera-no-seculo-19-a-covid-19.html>. Acesso em 31.05.2022.

principal da cidade, mais da metade dos mortos eram escravizados. Na cidade do Recife, foi tamanho o morticínio de cativos, que se chegou a suspeitar que as autoridades sanitárias pretendiam utilizar a doença como meio de branqueamento da população. A maior taxa de mortalidade pelo cólera era de negros (as) que tinham por ocupação a lavagem de roupas, a pesca, trabalhadores no comércio, em ofícios manuais e os tigres, os recolhedores de dejetos humanos⁸. E hoje? O Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal do Município de São Paulo, datado de 30.04.2020, evidenciava que o risco de pessoas negras morrerem por COVID-19 naquela cidade era de 62% em comparação com a população branca. Esses números evidenciam que a maior mortalidade decorre das piores condições de vida a que é submetida a população negra, à moradias precárias, à falta de saneamento básico, baixa renda e insegurança alimentar⁹.

Segundo o filósofo camaronês Achille Mbembe, a necropolítica é a decisão estatal de ditar quem vive e quem morre.¹⁰ Ao compararmos as políticas de saúde destinadas à população negra do século XIX, durante as grandes epidemias, com as medidas de saúde à proteção de pretos e pardos na pandemia de COVID-19, o que se percebe é que houve uma opção política do Estado Brasileiro, no mínimo omissiva, para com estas pessoas. No passado, escravizados. Na atualidade, a falta de políticas de reparação pela escravidão e o racismo estrutural são as bases dos piores indicadores no que tange à educação, ao emprego, à distribuição de renda, à saúde e moradia¹¹.

Para melhor entender tais vulnerabilidades, importa fazer um recorte geográfico para tratar das condições de vida dos escravizados, a saúde pública, o atendimento médico e as principais moléstias que atingiam a população negra da Capital do Império.

Rio de Janeiro: uma Corte escravista e insalubre

O Brasil, entre os séculos XVII e XVIII, recebeu cerca de seis milhões de africanos escravizados. O Rio de Janeiro, em meados do século XIX, recebeu o nada honroso título

⁸ KODAMA, Kaori e PIMENTA, Tânia S, op. cit

⁹ ABRASCO – **A População Negra e o direito à saúde: risco de negros morrerem por COVID-19 e 62% maior se comparados aos brancos** – Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/a-populacao-negra-e-o-direito-a-saude-risco-de-negros-morrerem-por-covid-19-e-62-maior-se-comparado-aos-brancos/47741/>. Acesso em 31.05.2022.

¹⁰ MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. São Paulo : n-1 edições, 2018. Edição do Kindle, p.4

¹¹Relatório Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil – IBGE, 2019: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em 30.05.2022.

de maior cidade escravista das Américas. O Cais do Valongo, localizado na região portuária carioca, foi considerado o maior porto escravista americano nesse período¹².

O Rio de Janeiro não era apenas uma cidade com pessoas escravizadas. Tratava-se, em verdade, de uma cidade escravista¹³, ou seja, uma urbe totalmente dependente da mão-de-obra forçada para seu funcionamento público e particular. Além dos maus tratos e dos castigos cruéis a que era submetida a população escravizada, a omissão e o descaso contribuíam de forma mais significativa para as altas taxas de mortalidade. A má alimentação levava a carências nutricionais, que aliadas a péssimas moradias e cuidados médicos inadequados, impactavam a saúde dos escravizados e os tornavam mais suscetíveis às doenças. Tudo isso sem olvidar as condições de trabalho que também levavam à morte prematura dessas pessoas.

Ainda que morassem com seus senhores, poucos escravizados na capital do Império tinham locais apropriados para preservar sua saúde na época de chuvas. Segundo relatos médicos do ano de 1832, mesmo os escravizados de pessoas ricas dormiam em locais úmidos, escuros e sem ventilação, nos corredores ao lado dos quartos de seus senhores ou em esteiras estendidas sobre o chão úmido em que disputavam espaço com mercadorias e animais como porcos, galinhas, ratos e insetos. Tais condições os expunham a doenças fatais, como a leptospirose e doenças do trato respiratório¹⁴.

A alguns escravizados, em especial aos de ganho, era permitido o morar sobre si. Era o viver às suas próprias expensas, longe dos olhos do senhor, desde que pagassem a jornada do dia de trabalho estipulada. Tal arranjo, na maioria das vezes permitia ao escravo maior mobilidade urbana e melhores condições de vida, mas nem sempre era assim. Esse foi o caso da escravizada crioula Mécia¹⁵. Segundo Ynaê Lopes (2010), em oito de julho de 1836, seu corpo foi encontrado carbonizado junto às ruínas de uma pequena casa de sapê, na freguesia da Lagoa Rodrigo de Freitas, de propriedade de D.

¹² HONORATO, Cláudio de Paula. **Valongo: O Mercado de Almas da Praça Carioca**. Curitiba: Appris Editora, 2019, p. 19.

¹³ SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Global porque escravista: uma análise das dinâmicas urbanas do Rio de Janeiro entre 1790 e 1815**. In. Revista Almanack, no. 24, 2020. Disponível em: http://old.scielo.br/pdf/alm/n24/pt_2236-4633-alm-24-ed00519.pdf. Acesso em 24.01.2021.

¹⁴ KARASCH, M. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808 - 1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

¹⁵ SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Além da Senzala**. Arranjos escravos de moradia no Rio de Janeiro (1808-1850). São Paulo: HUCITEC, 2010, p.137.

Inácia Luísa da Conceição. A situação chamou a atenção da polícia, desconfiada da grande possibilidade de ter ocorrido um homicídio.

Descobriu-se que Mécia era de propriedade de João Vieira, casado com a sobrinha de D. Inácia. Por conta do grave estado de saúde de Mécia, seu proprietário pediu à parenta que cuidasse da escravizada, a quem foi cedida uma casa de pau a pique coberta de sapê para moradia. No dia do ocorrido, a alegação de D. Inácia é que tinha visto um clarão da janela de sua cozinha, mas que não teve tempo de acudir Mécia. A senhora acrescentou em seu interrogatório que não havia razão para matar a escravizada e que a culpa de sua morte era dela própria, que deixava uma vela acesa todas as noites antes de dormir.

Seria verdadeira a versão de D. Inácia? Embora a morte de Mécia, inicialmente representasse um prejuízo financeiro a João Vieira, a historiografia é repleta de casos de escravizados enfermos que eram alforriados ou abandonados pelos seus senhores, a fim de livrar-se de quaisquer despesas com o doente. Mécia pode ter sido vítima desse suposto abandono. A doença gerou uma situação contraditória, pois embora longe do olhar senhorial, a escrava teve uma piora em sua qualidade de vida material, já que morreu sozinha, sem que ninguém por ela zelasse.

A inexistência de abrigos, somada às vestimentas inadequadas geravam uma combinação perigosa à vida do escravizado. Os pretos novos, os africanos recém-chegados, usavam apenas uma saia curta fornecida pelos mercadores. Outros usavam apenas calça e camisa de algodão, ou um camisolão. As crianças e bebês andavam nus, enquanto as mulheres usavam um pano amarrado com saia, salvo se pertencessem a uma família rica ou se fossem vendedoras de rua ricamente adornadas¹⁶.

Os sapatos, que eram considerados símbolos da liberdade eram proibidos para a maioria dos escravizados. Tal prática acabava os expondo a acidentes como cortes ou machucados nos pés, que por sua vez eram porta de entrada para o tétano, doença muitas vezes fatal. A falta de calçados e pisadura em solo contaminado causava a opilação (ancilostomose) e o bicho-de-pé, sendo o primeiro, uma das causas de morte de escravos por anemia, enquanto o último causava aleijões e incapacitava para o trabalho.

¹⁶ KARASCH, op. cit.p.187

As condições de salubridade do Rio de Janeiro oitocentista certamente impunham impacto negativo à vida e sobrevivência dos escravizados. Os “miasmas”¹⁷, emanações de pântanos e águas estagnadas, verdadeiros criadouros de mosquitos vetores de doenças como malária, dengue, febre amarela e filariose, atingiam comumente os escravos, moradores e trabalhadores dessas áreas, entre elas a região que vai da rua do Catumbi até o começo da rua de Matacavalos, atual rua do Riachuelo¹⁸. A cidade não possuía sistema de esgoto, as casas não tinham latrinas, nem banheiros. Lixo e dejetos, carcaças de grandes animais como cavalos, excrementos de animais, escravizados doentes irrecuperáveis lançados por seus donos na rua, somados às valas e praias sujas eram elementos que, decompondo-se a céu aberto, geravam, nas palavras de Pereira Rego, “incessante emanação de miasmas infectos”.

Segundo o Higienista, estes fatores somados a “certo tipo de gente” – africanos e imigrantes pobres a um espaço urbano repleto de deterioração decorrente da decomposição de matéria animal e vegetal – eram elementos combustíveis para a produção de um desfecho, “o mais terrível para a humanidade”¹⁹. Este quadro de insalubridade era uma tentativa de explicar o flagelo da Febre Amarela, porém poderia se estender outras epidemias que assolaram o Rio de Janeiro Oitocentista.

A saúde do escravizado no Rio de Janeiro

As condições de insalubridade na cidade, somadas aos maus tratos físicos, péssimas moradias, vestuário, dieta e alimentação inadequados eram uma combinação que tornava a população escravizada bastante vulnerável às moléstias que se multiplicavam em terras cariocas. Esse ambiente não era hostil apenas aos africanos recém-chegados, mas também aos indígenas vindos do interior, bem como aos escravizados vindos de áreas rurais. Diversamente do interior, onde os cativos quase não tinham contato com pessoas de fora, na Corte o porto tinha grande afluência de

¹⁷ Durante o século XIX até a institucionalização da Medicina Tropical, a teoria dos miasmas se constituía como paradigma médico, sendo a teoria mais aceita entre os higienistas e sendo utilizada nas estratégias de Saúde Pública de combate as doenças. Desta forma, políticas públicas como drenagem de pântanos e águas estagnadas, limpeza de solos, fiscalização de matadouros e construção de cemitérios fora das igrejas foram idealizadas à partir desta percepção teórica.

¹⁸ KARASCH, op. cit.

¹⁹ CHALHOUB, Sidney. **Posfácio**. In: REGO, José Pereira. História e descrição da febre amarela epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850. São Paulo, Chão Editora, 2020, p.248.

peças da África, Europa e outros países da América Latina. Ao longo do século XIX, com o avanço das buscas por escravos no interior da África Central, mais populações, que antes viviam isoladamente, chegavam à cidade do Rio de Janeiro, misturando-se à eclética população da cidade, forçando-os à sobrevivência em um ambiente extremamente desfavorável à saúde²⁰.

No Rio de Janeiro oitocentista, a tuberculose era a principal causa de morte dos escravizados. A doença era endêmica e associada à pobreza e más condições de vida na cidade, sendo a principal causa de morte no Rio de Janeiro, conforme relatório médico de 1853. Entre os cativos sepultados pela Santa Casa de Misericórdia, era a principal causa de morte. No entanto, a população livre também era vitimada, já que segundo o médico Dr. Horner, “não era comum entre os opulentos, mas era ordinária entre os indigentes”. Para trazer mais clareza acerca da forma como a tuberculose atingia os escravizados, Mary Karasch relata que o Dr. Haddock Lobo mencionou que no ano de 1847 havia na Santa Casa, acometidos de tuberculose pulmonar, 215 mulheres livres e 336 homens livres doentes, contra 167 escravas e 183 escravos. As taxas de mortalidade por 100 mil pessoas revelam que as escravas apresentavam a taxa mais alta (532,01), os homens livres, 489,97. As mulheres livres tinham taxa de 450,31 e os homens escravos, 385,54. Tais taxas demonstram que a tuberculose matava mais mulheres escravas que homens na mesma condição.²¹

A água e alimentos contaminados por dejetos humanos que ordinariamente eram consumidos pelos cativos causavam diversas doenças do trato digestivo, como a disenteria, que foi identificada pelos médicos da época como a segunda maior causa de mortes de escravizados no século XIX. As qualificações dadas eram variadas, tais como “crônica”, “maligna”, “violenta”, “alarmante” e “sangrenta”²², sendo esta última grande ceifadora de vidas nos navios negreiros, nas prisões ou em quaisquer lugares em que os escravizados fossem aglomerados e recebessem suprimentos contaminados. Em alguns

²⁰ KARASCH, op. cit.

²¹ KARASCH, op. cit, p.211.

²² É importante problematizar o diagnóstico das doenças no século XIX, sobretudo em comparação com a classificação destas nos tempos atuais. A classificação das doenças não era padronizada, e sua verificação e diagnose dependiam de fatores como quem descrevia a doença, o tipo de documentação e as percepções médicas do período. Sobre este tema ver: VIANA, Iamara. da S; GOMES; PIMENTA, Tania S. **Doenças do trabalho: africanos, enfermidades e médicos nas plantations, sudeste escravista (aproximações).** Revista Mundos do Trabalho, Florianópolis, v. 12, p. 1-16, 2020.

casos, a disenteria era especialmente voraz, pois suas vítimas rapidamente perdiam as forças, tinham febre e sofriam contrações intestinais e evacuações que se tornavam cada vez mais frequentes, com sangue e muco, até a morte que ocorria em cerca de três ou quatro dias. Em sua forma mais leve, era endêmica, acometendo a maioria dos escravizados que com ela conviviam por toda a vida²³.

O tétano era outra das doenças especialmente associada aos escravizados. Atacava especialmente o sistema nervoso central, sendo seus principais sintomas a rigidez muscular em todo o corpo, especialmente no pescoço, dificuldade de abrir a boca e engolir e espasmos nos músculos da face. A contração muscular pode atingir músculos ligados à respiração e causar a morte. Segundo o Dr. Imbert (1847), os negros tinham maior propensão ao mal, pois andavam descalços calçados na cidade imunda, eram mordidos por animais ou feridos por instrumentos que cortavam a pele durante trabalhos braçais ou em decorrência de punições com instrumentos que também perfuravam a epiderme. Os médicos Cruz Jobim²⁴ e Xavier Sigaud²⁵ também afirmaram que a doença era muito comum entre escravos e rara entre brancos, sendo especialmente comum em meninos negros. Além disso, os recém-nascidos escravos tinham nessa doença uma das causas mais comuns de mortalidade.²⁶

As muitas doenças que acometiam os cativos, como o tétano, tuberculose e a disenteria evidenciam que, mais que oriundas de epidemias e baixa imunidade a novas doenças, eram crueldade e o desdém da sociedade escravista a responsável pelo alto índice de mortalidade dos escravos. Para os médicos, identificar os males que acometiam a população fortalecia sua identidade profissional e dava prestígio perante a sociedade. E para entender saúde e doença no Brasil, buscaram compreender quais as relações que entremeavam saúde, doença, condições de vida e constituição física dos pacientes. Logo, as doenças dos escravizados estavam em mira dos médicos para descrição, diagnóstico e prescrição de tratamentos para estes males. O interesse dos médicos pelas doenças dos escravizados e libertos vindos de África ou nascidos no Brasil

²³ KARASCH, op. cit, pp.212-213.

²⁴ LIMA, Silvio Cezar de Souza. Cruz Jobim e as doenças da classe pobre: o corpo escravo e a produção do conhecimento médico na primeira metade do século XIX. *Almanack*, Guarulhos, n. 22, p. 250-278, ago. 2019. p. 268.

²⁵ SIGAUD, J.F.X. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.119.

²⁶ KARASCH, op. cit, pp.216-217.

dava visibilidade às suas condições precárias de vida, alimentação e moradia, além do excesso de trabalho. O tráfico ilegal passou a ser duramente criticado pelos médicos como um dos fatores responsáveis pela insalubridade da Província do Rio de Janeiro. Culpavam o comércio transatlântico pelo grande número de cativos mortos e por ser meio de disseminação de doenças trazidas de África.²⁷

Especialmente a partir do fim dos anos 1840, o tráfico de escravos passou ser visto como um problema de saúde pública. Sílvia Lima (2020) relata que o Dr. Haddock Lobo, organizador, entre os anos 1845 e 1847, dos primeiros estudos estatísticos sobre a mortalidade escrava no Rio de Janeiro, afirmou que dentre as origens das doenças que atingiam a população carioca estava o fluxo grande e contínuo de cativos que entravam no Brasil ilegalmente. Estes, aglomerados em depósitos minúsculos e mal ventilados, sem condições de higiene e tratamento, adoeciam de graves males, os quais disseminavam entre a população do Rio de Janeiro e também pelo interior do Estado.²⁸

Além da disseminação de doenças consideradas endêmicas entre os africanos, a propagação de doenças de caráter epidêmico, como a febre amarela e o cólera, que na década de 1850 fizeram muitas vítimas no Brasil, também foram atribuídas ao tráfico de escravos. A preocupação crescente com o tráfico de cativos como problema de saúde pública, somou-se ao recrudescimento dos cuidados com as condições de salubridade e saúde dos plantéis de escravos. Com o advento, em setembro de 1850, da Lei Eusébio de Queiroz, houve o fim do tráfico transatlântico e então muitos proprietários passaram a melhor cuidar da saúde dos escravizados, já que a partir daí haveria uma dificuldade cada vez maior de reposição dos cativos mortos, gerando prejuízo financeiro. Ademais, o cuidado com a escravaria era um meio eficaz de controle dessa população, pois evitava revoltas e fugas.²⁹

Em que pese os médicos estivessem inseridos na estrutura política e social que tinha a escravidão como fundamento, não é correto afirmar que seus interesses sobre os corpos dos escravizados decorriam simplesmente do fato de estarem inseridos no

²⁷ LIMA, Sílvia C. de S, **Olhares Médicos sobre o corpo dos escravizados no Império do Brasil**. Escravidão e luta pela liberdade no Rio de Janeiro. Histórias, Arquivos e Patrimônio – Rio de Janeiro. Prefeitura do Rio de Janeiro/Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, 2020, p.101. Disponível em http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204430/4304914/MEL_revista_201203.pdf. Acesso em 14.04.2022.

²⁸ LIMA, op. cit, p.107.

²⁹ LIMA, op. cit, p.108.

aparato escravista, seja como proprietários ou por vinculação às elites escravocratas. Para além do cuidado médico que tinha como escopo a preservação da vida dos cativos para evitar prejuízos financeiros aos senhores por perda do investimento, certamente havia a disposição dos esculápios brasileiros no desenvolvimento do ofício de cura, bem como no desenvolvimento da ciência médica e na compreensão das dinâmicas de saúde e doença no clima tropical que caracteriza tanto o Brasil quanto a África.

As principais epidemias da Corte oitocentista e seus reflexos sobre corpo escravizado

A historiografia das doenças na Província do Rio de Janeiro demonstra diversas facetas da organização de saúde pública, lutas políticas, o crescimento da medicina e sua luta pelo monopólio do exercício da arte de curar. Os relatórios dos presidentes de província e ministros do Império classificavam estas doenças como surtos, epidemias e endemias. Segundo um importante dicionário médico do século XIX, o "Dicionário de Medicina Popular", do Dr. Chernovitz, endemia ocorreria quando uma doença se espalhava por determinado lugar em estado de quase permanência. Uma epidemia ocorre quando uma moléstia atacava "ao mesmo tempo e no mesmo lugar grande número de pessoas por vez" e que tivesse dependência "de uma causa comum e geral sobrevivendo acidentalmente".³⁰

A partir daqui, trataremos das duas principais epidemias que atacaram o Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX, e como o tratamento dado a estas moléstias em relação aos escravizados revela a interação entre política, economia e saúde da população escravizada.

Embora houvesse notícias de casos esparsos decorrentes do tráfico transatlântico já no início do século XIX, a primeira epidemia de febre amarela em terras brasileiras ocorreu no verão de 1849-50. Seu impacto foi de tal magnitude que compeliu o governo imperial a tomar algumas providências a respeito dos serviços sanitários, como a criação da Comissão Central de Saúde Pública, em fevereiro de 1850. Tal órgão foi substituído

³⁰ PIMENTA, Tânia S.; BARBOSA, Keith; KODAMA, Kaori. **A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia**. Dimensões, vol. 34, setembro. 2015, p.147.

em setembro do mesmo ano pela Junta Central de Higiene Pública. O enfrentamento da epidemia de febre amarela institucionalizou a saúde pública no império e motivou ações políticas visíveis na estrutura sanitária do Império. Durante a essa primeira epidemia, fundaram-se hospitais e lazaretos, foram criados os primeiros cemitérios públicos e proibidos os enterramentos em igrejas, este último um requerimento dos médicos desde a década de 1830³¹.

Segundo nos conta Pereira Rego (1851), à época integrante da Comissão Central de Saúde Pública, a febre amarela chegou à Bahia importada pelo brigue americano de nome *Brasil*. A embarcação era oriunda de Nova Orleans e chegou a terras baianas em 30 de setembro de 1849, tendo antes passado por Havana³². A doença aportou no Rio de Janeiro em 13 de dezembro de 1849, a bordo da Corveta portuguesa *D. João I*, vinda da Bahia. Nesta época, o Rio de Janeiro contava com 266.466 almas, das quais 110.602 (41,5%) eram escravizadas. Dentre estes, 66 mil haviam nascido em África. A maior parte da população carioca era negra, cerca de 171 mil pessoas (64%), entre escravizados, libertos e livres.³³

Há estimativas de que um terço destes habitantes contraiu a doença, com 4.160 vítimas fatais³⁴, embora se estime que este número fosse, em verdade, de 10 a 15 mil pessoas, já que por conta de regulamento sanitário de março de 1850, as comissões paroquiais de saúde pública estavam proibidas de divulgar quaisquer informações sem consentimento da Comissão Central de Higiene, órgão coordenador do esforço de combate à epidemia. A ciência médica da década de 1850 não apresentava consenso sobre a forma de transmissão da moléstia. De modo geral, os médicos acreditavam que ela atacava de forma mais branda os africanos e habitantes negros da Corte, ao mesmo tempo que fez muitas vítimas entre pessoas brancas, principalmente entre estrangeiros não aclimatados.

A população alimentava a convicção generalizada numa etiologia sobrenatural da doença. E para exemplificação dessa crença, Chalhoub (2018) nos conta que na procissão da Quarta-Feira de Cinzas de 1849, a imagem de São Benedito, santo negro

³¹ PIMENTA, Tânia S.; BARBOSA, Keith; KODAMA, Kaori. op. cit, p.149.

³² REGO, José Pereira. **História e descrição da febre amarela epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850**. São Paulo, Chão Editora, 2020, posfácio de Sidney Chalhoub, p.76.

³³ CHALHOUB, Sidney. **Posfácio**. In: REGO, José Pereira. **História e descrição da febre amarela epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850**. São Paulo, Chão Editora, 2020, p.254.

³⁴ REGO, op. cit, p.229.

que ocupava lugar na procissão há dois séculos, foi deixada de lado. Isto porque alguns religiosos recusaram-se a carregar o seu andor ao argumento de que “branco não carrega negro nas costas, mesmo que seja Santo”³⁵. E como não houvesse quem o carregasse, o santo fora abandonado na sacristia da igreja. No verão seguinte, abateu-se a primeira epidemia de febre amarela na Corte. Foi então que correu entre as beatas cariocas que a peste era fruto da vingança do santo negro ofendido, até porque, como veremos a seguir, a doença provocava mais mortes entre brancos que entre negros³⁶.

O próprio Presidente da Junta Central de Higiene, na obra escrita para relatar a passagem do “vômito preto”, após o fim da epidemia de 1850, evidencia a constatação da época.

Ajuntai a tudo isto a predileção da moléstia por atacar de preferência e com mais violência os estrangeiros não aclimatados ou recém-chegados, os homens de mar, seu aparecimento nas povoações mais próximas ao litoral, o seu incremento ou diminuição de intensidade, segundo a maior ou menor elevação de temperatura marcada pela escala termométrica, e tereis um quadro completo de todos os caracteres e circunstâncias que constituem uma epidemia de febre amarela³⁷.

Partindo desta constatação, os higienistas formularam políticas públicas em que se escolheu priorizar algumas doenças em detrimento de outras. A febre amarela, flagelo dos imigrantes que, esperava-se, ocupariam o lugar dos negros nas lavouras do sudeste cafeeiro, tornou-se o centro dos esforços das autoridades e dos médicos.³⁸

Rui Barbosa assim descreveu as características da febre amarela:

É um mal, de que só a raça negra logra imunidade, raro desmentida apenas no curso das mais violentas epidemias, e em cujo obituário, nos centros onde avultava a imigração europeia, a contribuição das colônias estrangeiras subia a 92 por cento sobre o total de mortos. Conservadora do elemento africano, exterminadora do elemento europeu, a praga amarela, negreira e xenófoba, atacava a existência da nação na sua medula, na seiva regeneratriz do bom sangue ariano, com que a corrente imigratória nos vem depurar as veias da mestiçagem primitiva, e nos

³⁵ CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. Edição do Kindle, p.135.

³⁶ CHALHOUB, op. cit, p.134-135.

³⁷ REGO, José Pereira. **História e descrição da febre amarela epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850**. São Paulo, Chão Editora, 2020, posfácio de Sidney Chalhoub, p.54.

³⁸ CHALHOUB, op. cit, p.7.

dava, aos olhos do mundo civilizado, os ares de um matadouro da raça branca³⁹.

Suas palavras deixam claro o incômodo pelo fato de a doença afetar muito mais os brancos europeus que a população negra. Este caráter da moléstia era um obstáculo à política de branqueamento que, segundo a incipiente ciência eugenista da época, eliminaria gradualmente a herança africana de nossa sociedade. Com o advento da medicina tropical, comprovou-se no final do século XIX que a transmissão da febre amarela se dá através da picada do mosquito *Aedes aegypti*, comum nas Américas do Sul e Central e em algumas regiões de África. Portanto, não era verdade que negros fossem biologicamente menos propensos serem acometidos pela moléstia, mas sim que os africanos e brasileiros, em certa medida, eram mais expostos ao vírus por picadas do mosquito, o que acabava os tornando mais tolerantes à doença.

A epidemia de febre amarela foi tratada por meio de políticas públicas porque afetava a política de imigração europeia. No entanto, existiam outras doenças, no mesmo período, que afetavam mais a população preta e parda e ficaram invisibilizadas, como foi o caso do cólera na cidade do Rio de Janeiro.

O cólera chegou ao Brasil em maio de 1855, vinda a bordo da embarcação portuguesa *O Defensor*, que vinda da cidade do Porto, chegou ao Pará, fazendo 5 mil vítimas na província. Chegou ao Rio de Janeiro cerca de 4 meses depois, passando antes por Alagoas, Sergipe, Rio Grande do Norte e Pernambuco⁴⁰. Embora o número de vidas ceifadas variasse entre as províncias, um dado era certo: a alta mortalidade entre escravizados e “pessoas de cor”. Em 1855, os relatos médicos contemporâneos à epidemia já indicavam que a doença tinha nítidos contornos sociais, vitimando especialmente escravizados, livres e libertos⁴¹.

Segundo Pereira Rego, Presidente da Junta Central de Higiene, o cólera era uma moléstia que escolhia suas numerosas vítimas entre escravos e “indivíduos de ordem

³⁹ BARBOSA, Ruy. Oswaldo Cruz. **Discurso pronunciado na sessão cívica de 28 de maio de 1917, no Teatro Municipal do Rio de Janeiro**. Disponível em http://antigo.casaruibarbosa.gov.br/dados/DOC/artigos/ruibarbosa/FCRB_RuiBarbosa_OswaldoCruz.pdf. Acesso em 23.04.2022.

⁴⁰ KODAMA, Kaori; et al. **Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.19, supl., dez. 2012, p. 62.

⁴¹ KODAMA, Kaori; et al., op. cit, p.59

inferior”⁴², numa clara alusão aos libertos e homens livres de cor. Nas suas palavras, doença feria particularmente “as classes inferiores da sociedade”⁴³ que viviam em piores condições de higiene. Ainda segundo o futuro Barão do Lavradio, o cólera praticamente exterminou a população de rua carioca, já que era composta sobretudo de escravizados e libertos. Estima-se que a epidemia de cólera matou 4.828 africanos e seus descendentes na Corte⁴⁴.

Atualmente, sabemos que o cólera é uma doença infectocontagiosa aguda, causadora de diarreia volumosa, acompanhada de intensos vômitos. Ataca o intestino delgado e sua transmissão se dá através de água e alimentos contaminados por fezes ou manipulados por pessoas contaminadas. A taxa de óbitos mais alta entre os escravizados e a população mais pobre, decorria dos costumes, da dieta e do meio ambiente, segundo o pensamento médico dominante do período.

Ademais, eram enfatizados os “costumes viciosos”, na chamada aliança entre as predisponentes à doença e a moral. Kaori Kodama (2012) traz à tona os relatos do estudante de medicina João José da Silva, que em sua tese defendida no ano de 1857, afirmou que entre as principais causas de mortalidade dos escravizados estava o clima quente e úmido, as variações atmosféricas, e as habitações em lugares baixos, pequenos e mal arejados, com alta concentração de pessoas. Além disso, ele destacava a falta de asseio, a pobreza extrema, as “privações de todo o gênero”, o abuso de bebidas alcoólicas, alimentação de qualidade baixa e trabalhos rudes. Certamente essas eram condições impostas à população cativa e à maioria da população pobre da Corte⁴⁵.

O fato de a moléstia atacar com mais violência as camadas mais vulneráveis da população não tem um caráter biológico e deve ser visto sob as lentes das condições sociais da época. Um dos pontos de interesse nesta epidemia é a alta mortalidade de africanos, num tempo de escassa entrada de africanos no país, em decorrência da extinção do tráfico transatlântico. Interessa questionar o motivo da alta mortalidade dos africanos e seus descendentes. Uma possibilidade de relações sociais africanos e brasileiros. Sugere-se que enquanto os últimos tinham redes de apoio que permitiam

⁴² REGO, José Pereira. **Memória Histórica das Epidemias da Febre Amarela e Cholera-Morbo que tem reinado no Brasil**. Rio de Janeiro, Typographia Nacional, 1873. p. 218.

⁴³ REGO, José Pereira, 1873, op. cit, p.219.

⁴⁴ CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**, Companhia das Letras. Edição do Kindle, p.90.

⁴⁵ KODAMA, Kaori; et al.,op. cit, p.63.

maiores cuidados no momento da doença, os primeiros poderiam carecer desses laços que permitiriam maior cuidado e a sobrevivência à doença⁴⁶.

O fim do tráfico transatlântico dificultou a renovação dos plantéis de escravos, elevando o seu preço de aquisição e gerando críticas por parte dos esculápios do período, já que a melhoria de tratamento da escravaria daria maior expectativa de vida aos cativos, além de ser um imperativo de moral cristã. A despeito disso, o que se verificou foi que as políticas higienistas do período tinham o claro interesse em tornar o ambiente urbano salubre para um determinado setor da população em detrimento de outro. Combatiam-se as doenças inimigas da população branca, crendo que a miscigenação decorrente da imigração europeia, somados à força das doenças que afetavam mais os negros gerassem o embranquecimento da população, eliminando gradualmente a herança africana da sociedade brasileira.

Segundo Sidney Chalhoub (2018), sob olhar dos higienistas brasileiros da época, é perceptível que o cólera atingia a mão-de-obra escrava, homens de cor e seus descendentes. Já a febre amarela ameaçava o futuro da nação, afetava mercado de trabalho “livre”, cada vez mais associado à chegada massiva de imigrantes, do advento do trabalho assalariado e dos trabalhadores imigrantes brancos. Por isso precisava ser combatida⁴⁷.

O corpo negro e a pandemia de COVID-19

A ordem social é fruto de um processo histórico em que o passado deixa os traços no presente e nos dá chaves de leitura para sua compreensão. O cativeiro e todas as mazelas dele decorrentes após o Treze de Maio deixaram sequelas como segregação, falta de trabalho, de moradia e de acesso à educação⁴⁸. Estes fatores contribuem para a precarização das condições de vida para a população negra. Se nos Oitocentos a população negra escravizada, liberta e livre e seus descendentes sofriam com a falta de políticas de saúde pública, esse alijamento ainda persiste⁴⁹.

⁴⁶ KODAMA, Kaori; et al, op. cit.

⁴⁷ CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**, Companhia das Letras. Edição do Kindle, p.90.

⁴⁸Relatório Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil – IBGE, 2019: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em 30.05.2022.

⁴⁹Disponível em <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/10727-politicas-publicas-voltadas-para-saude-da-populacao-negra-sao-essenciais-para-minimizar-os-efeitos-do-racismo>. Acesso em 30.05.2022.

No Brasil, condições de vida, de habitação e renda inferiores são ligadas com o quesito raça/cor, ressaltando as desigualdades socioeconômicas que estruturam e são estruturas pelo racismo. O estudo do IBGE “Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população”, de 2021, evidencia a dificuldade desta camada da população no exercício do direito à saúde. Pessoas negras têm os menores índices quanto à educação, moradia, acesso ao mercado de trabalho formal e distribuição de renda⁵⁰.

A maior crise sanitária vivida em nosso tempo deixou claro como o racismo influenciou as taxas de mortalidade de populações mais vulneráveis e a população negra, que já experimenta condições de vida precarizada, foi empurrada mais ainda para a margem da sociedade. Podemos afirmar que assim com a epidemia de cólera de 1855, a pandemia de COVID-19 tem cor⁵¹.

Especificamente no que tange ao isolamento social, medida tão necessária no combate à pandemia, a Nota Técnica 46 do IPEA revela que o trabalho remoto foi a realidade para 17,6% dos ocupados brancos e para apenas 9% dos negros nessa situação. Somente um terço do total de trabalhadores ocupados em atividade remota era composto de trabalhadores negros⁵².

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2019 do IBGE demonstrou que os trabalhadores preto(as) e pardos(as) estavam em 47,4% das ocupações informais, ao passo que o percentual de trabalhadores brancos nestas ocupações é de 34,6%. Entre as pessoas abaixo da linha da pobreza, 70% eram de cor preta ou parda. A pobreza afetou mais as mulheres pretas ou pardas: elas eram 39,8% dos extremamente pobres e 38,1% dos pobres. A pesquisa constatou ainda que 45,2 milhões de pessoas residiam em 14,2 milhões de domicílios com algum tipo de inadequação. Dentre estes, 13,5 eram pessoas de cor branca e 31,3 milhões eram pretos ou pardos.⁵³

⁵⁰ Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=resultados>. Acesso em 08.05.2022.

⁵¹ SANTOS M.P.A. et al. **População negra e Covid-19**: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. Av.* 2020; 34(99): 225-44. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt>. Acesso em 10.05.2022.

⁵² Disponível https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/201110_diest_n_46.pdf. Acesso em 08.05.2022.

⁵³ Disponível em <https://censoagro2017.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29433-trabalho-renda-e-moradia-desigualdades-entre-brancos-e-pretos-ou-pardos-persistem-no-pais-divulgacao semanalpnad covid1.html?=&t=resultados>. Acesso em 12.05.2022.

Ao cotejar as estatísticas entre a COVID-19 e postos de trabalho, verificou-se que houve um maior número de internações e óbitos por Covid-19 entre faxineiras (os) e auxiliares de limpeza (62%); aposentados (as) (30%); empregadas domésticas (6,5%); diaristas e cozinheiras (6,5%); técnicos e profissionais de saúde de nível médio (0,3%); vendedores (as) (0,3%); caminhoneiros (0,3%); entregadores de mercadorias (0,3%); auxiliares de produção (0,3%); e outros (0,3%).⁵⁴

Quanto à moradia e o combate COVID-19, a prática revela que pessoas pretas e pardas não conseguem isolar-se de seus familiares quando doentes porque moram em locais com pequenos cômodos, onde muitas vezes há falta de água, o que só aumenta o risco de contaminação daqueles em seu convívio. Segundo o já citado Relatório Desigualdades Sociais 2019 do IBGE, no ano de 2018 foi constatado que maior proporção da população preta e parda residia em domicílios sem coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca), e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca). Estas condições geram maior exposição a riscos e geram maior vulnerabilidade a transmissores de doenças. Ademais, o mesmo relatório, ao analisar outras inadequações nas condições de moradia, verificou que o adensamento domiciliar excessivo – situação em que há mais de três moradores por cômodo utilizado como dormitório no domicílio – ocorreu entre as pessoas pretas ou pardas com uma frequência (7,0%) quase duas vezes maior do que a verificada entre as brancas (3,6%).⁵⁵

Os idosos negros são especialmente atingidos. A falta de vínculos formais ao longo da vida ativa retira o acesso à contribuição previdenciária e afeta o direito à aposentadoria na velhice, obrigando à permanência no trabalho e impedindo o direito ao isolamento necessário para proteção contra a COVID-19. Além disso, ainda quando obtém o direito ao benefício previdenciário, muitos vivem arranjos intergeracionais que

⁵⁴ BATISTA, Luís Eduardo; PROENÇA, Adriana; SILVA, Alexandre da. **Covid-19 e a População Negra**, Editorial Interface (Botucatu), 25, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/interface.210470>. Acesso em 10.05.2022

⁵⁵Relatório Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil – IBGE, 2019: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em 30.05.2022

os levam a viver com filhos e netos, em moradias com pequenos cômodos e poucos recursos materiais⁵⁶.

De acordo com o estudo “Os impactos desiguais da COVID-19 na população negra do Brasil”⁵⁷, da organização Raça e Saúde, homens negros tiveram um excesso de mortalidade 55% maior que homens brancos, enquanto pessoas pretas e pardas de mais de 80 anos morreram proporcionalmente duas vezes mais que pessoas brancas na mesma condição. A metodologia do estudo utilizou dados de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde de 2019, cruzando com dados do sistema de informação da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais - ARPEN-Brasil, bem como a PNAD COVID-19 do IBGE ⁵⁸.

O Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde da PUC – Rio, na 11ª Nota Técnica, analisou a taxa de letalidade da COVID-19 no país. Até 18.05.2020, foram estudados cerca de 30 mil casos mais graves encerrados das notificações de Síndrome Respiratória Aguda por COVID-19, disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Conforme estes registros, cerca de dez mil pessoas haviam se identificado como brancas e quase nove mil como pretas ou pardas. No entanto, apesar de números tão próximos, na avaliação dos óbitos as diferenças são claras: cerca de 55% dos falecidos eram pretos e pardos, enquanto entre pessoas brancas, esse percentual foi de 38%.⁵⁹

Do percentual dos óbitos ou recuperados por raça/cor, entre os 30 mil avaliados, a maior parte dos casos é de pessoas entre 50 e 70 anos, sendo que, para os acima de 60 anos, o óbito ficou acima de 60% e entre os que tinham mais de 90 anos, a taxa ficou em 84%. Ainda segundo o NOI, combinando os fatores raça e escolaridade, desigualdade fica ainda mais evidente, com um maior percentual de mortes entre pretos e pardos, em todos os níveis de escolaridade. Aqueles sem escolaridade mostraram uma proporção quatro vezes maior de morte do que brancos com nível superior (80,35% contra 19,65%). Ademais, pretos e pardos também apresentaram proporção de óbitos, em média 37% maior que pessoas brancas na mesma faixa de escolaridade, com a maior diferença sendo no nível superior.

⁵⁶ BATISTA, Op. Cit.

⁵⁷ Disponível em <https://www.racaesaude.org.br/> - Acesso em 23.04.2022.

⁵⁸ Disponível em <https://www.racaesaude.org.br/metodologia> . Acesso em 23.04.2022.

⁵⁹ Disponível em <https://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/>. Acesso em 23.04.2022.

A pandemia de COVID-19 evidencia como o desequilíbrio socioeconômico acarreta a perda da saúde e afeta a expectativa da população negra em cotejo com a população branca. Um círculo vicioso em que a desigualdade alimenta e é alimentada por falta de políticas públicas de saúde, acesso à moradias dignas, à mobilidade urbana, à educação, saneamento básico e ao emprego. Com a COVID-19, é perceptível o mesmo descaso do poder público para com a população negra, assim como foi nas epidemias de febre amarela e cólera no século XIX.

Conclusão

A pandemia de SARS-COVID vitimou mais de 600 mil brasileiros, sendo cerca de 342 mil deles pretos ou pardos, conforme demonstrou a PNAD COVID do IBGE de 2020. A discrepância entre o número óbitos entre negros e brancos decorre de um processo histórico que tem suas raízes na escravidão.

A violência, os maus tratos e as precárias condições de moradia, saúde e alimentação, a que eram submetidos os escravizados, aliadas ao ambiente infecto e insalubre da Província e principalmente, da cidade do Rio de Janeiro no século XIX provocavam diversas doenças que causavam sua morte prematura ou os inutilizava para o trabalho, sendo muitos deles abandonados em agonia por vielas da cidade, já que agora eram inservíveis ao fim a que se destinavam.

Por outro lado, o corpo do escravizado foi de extrema importância para a medicina brasileira no pós-independência. A elite médica nascente utilizou-se das moléstias que acometiam os escravos como meio de fortalecer sua identidade profissional, por meio de seu estudo, descrição e diagnóstico, bem como correlacionando as condições de vida a que eram submetidos os cativos com as doenças que mais os atacavam. Além disso, foi o saber médico, absorvido pelos interesses políticos, especialmente após a segunda metade dos oitocentos quem atribuiu ao tráfico de escravos o papel de grande problema de saúde pública e disseminar de doenças como o cólera e a febre amarela.

As altas taxas de mortalidade entre os imigrantes europeus, em detrimento da população escravizada, liberta e pobre, numa época de declínio do tráfico atlântico, fizeram com que ocorresse uma revolução na política higienista nacional nos anos 1850,

ressaltando o seu caráter racializado e o incipiente projeto de embranquecimento do País. O “vômito negro” reapareceu nos verões cariocas após epidemia de 1849-1850. Em seus retornos, a população mais rica da cidade, por recomendações médicas se refugiava em Petrópolis ou outros municípios da região serrana fluminense⁶⁰. Sob esse prisma, ao comparar-se os ataques da febre amarela com a pandemia de COVID-19, nota-se claramente em ambas, que a parte mais “afortunada” da população tinha e tem meios de mais eficazes de proteção e prevenção. Não se pode esquecer que a primeira vítima de COVID-19 Estado do Rio de Janeiro foi Cleonice Gonçalves, mulher negra de 63 anos, empregada doméstica, que residia com seus patrões e contraiu a doença na casa da família para quem trabalhava, que acabava de retornar da Itália infectada⁶¹.

O caráter racializado das políticas de saúde pública também fica evidenciado quando em 1855 uma epidemia de cólera abateu a cidade do Rio de Janeiro. Só que desta vez, pelo fato de atingir as pessoas mais pobres e em condições de vida precarizadas, justamente os africanos, seus descendentes, os libertos e pobres, ocorreu o contrário do que acontecera cinco anos antes: quase cinco mil africanos mortos e falta de políticas de combate à doença na cidade.

As epidemias de febre amarela e cólera e a pandemia de COVID-19 são a face histórica e escancarada de uma opção política brasileira pelo aniquilamento de corpos negros. A pandemia de COVID-19 afetou mais a população negra porque estas pessoas se encontram em um cenário de precarização da vida e de desigualdade socioeconômica. Os negros brasileiros ocupam a maioria dos postos nos setores econômicos com as piores condições de trabalho: agricultura, construção civil e trabalhos domésticos, além de ser a maioria dos profissionais sem vínculo de emprego formalizado.

A Constituição de 1988, em seus primeiros artigos⁶², é categórica em afirmar que o Brasil é um Estado Democrático de Direito, o qual tem entre seus fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana e entre seus objetivos, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; a erradicação da pobreza e a promoção do bem de

⁶⁰ CHALHOUB, op. cit, p.58.

⁶¹ Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>

⁶²Constituição Federal de 1988, artigo 6º, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao_Compilado.htm. Acesso em 13.05.22

todos, sem preconceitos de origem, raça, cor, sexo, idade ou quaisquer outras formas de discriminação.

A Lei Maior ainda prevê, no rol de direitos sociais, sem a exclusão de outros, a educação, a saúde, a moradia, a alimentação⁶³. No que tange ao direito a saúde, o art.196 prevê a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Todas estas normas não têm caráter meramente programático. O racismo estrutural precisa ser combatido com ações afirmativas e políticas públicas que reconheçam a vulnerabilidade histórica decorrente do processo escravista. São necessárias a efetiva implantação e manutenção de medidas que eliminem os obstáculos históricos, socioculturais e institucionais e para correção das distorções e desigualdades quanto à educação, cultura, esporte e lazer, saúde, segurança, trabalho, moradia, meios de comunicação de massa, financiamentos públicos, acesso à terra e à Justiça, conforme já preconizado no Estatuto da Igualdade Racial, a Lei 12.288/2010.

Esta norma prevê, em seu artigo 6º, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria n.º 992/2009. A PNSIPN objetiva a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde, a garantia e ampliação do acesso da população negra urbana, em especial de áreas periféricas, do campo, em especial aos quilombolas às ações e serviços de saúde.

Também visa, entre outros pontos⁶⁴, o aprimoramento da qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS, a identificação as necessidades de saúde da população negra e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades.

⁶³Constituição Federal de 1988, art.1º e art. 3º, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em 13.05.22

⁶⁴Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em 13.05.2022.

No entanto, após 10 anos de sua implantação, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra só foi implantada em 57 municípios do Brasil⁶⁵ o que comprova a necessidade da exigência, pela sociedade civil, de medidas concretas por parte do Estado para que se constitua uma nova realidade para a saúde da população negra do Brasil.

Referências bibliográficas

ABRASCO. **A População Negra e o direito à saúde: risco de negros morrerem por COVID-19 e 62% maior se comparados aos brancos**, 2020.

Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/a-populacao-negra-e-o-direito-a-saude-risco-de-negros-morrerem-por-covid-19-e-62-maior-se-comparado-aos-brancos/47741/>. Acesso em 31.05.2022.

BARBOSA, Ruy. Oswaldo Cruz. **Discurso pronunciado na sessão cívica de 28 de maio de 1917, no Teatro Municipal do Rio de Janeiro**. Disponível em http://antigo.casaruibarbosa.gov.br/dados/DOC/artigos/ruibarbosa/FCRB_RuiBarbosa_OswaldoCruz.pdf. Acesso em 23.04.2022.

BATISTA, Luís Eduardo; PROENÇA, Adriana; SILVA, Alexandre da. **Covid-19 e a População Negra**, Editorial Interface (**Botucatu**), **25**, **2021**. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/RRgJnJCtpsXFZYRhCGykzJb/?lang=pt>. Acesso em 30.04.2022

BRASIL, **Constituição Federal (1988)**, Título I – DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS – Artigos, 1º, 3º e 6º. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em 13.05.22

BRASIL, Lei 12.188/2010 – **Estatuto da Igualdade Racial** – artigos, 1º e 4º e 6º. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm. Acesso em 13.05.2022.

BRASIL, Portaria n.º 992/20019 - **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** – artigos 1º e 4º. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em 13.05.2022.

⁶⁵<https://www.epsvj.fiocruz.br/podcast/apos-10-anos-politica-de-saude-da-populacao-negra-so-foi-efetivada-em-57-municipios>.

COALIZÃO NEGRA POR DIREITOS, **Pedido de informação com base na lei 12.527/2011 e solicitação de providências, 2020.** Disponível em: https://coalizaonegra.files.wordpress.com/2020/04/coalizaonegra_lai_mortesnegrascovid19_ms_final.pdf. Acesso em 23.04.2022

BARREIRO, José Carlos. **O botânico George Gardner e suas impressões sobre a cultura escrava no Brasil:** Rio de Janeiro, 1810-1850. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.24, n.3, jul.-set. 2017, p.567-584. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-59702017000300002>. Acesso em 13.11.2022.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril:** cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. Edição do Kindle.

GALINDO, Ernesto P. e Jr., Jorge U.P, **A Cor da Moradia:** apontamentos sobre raça, habitação e pandemia – Boletim de Análise Político Institucional – Repositório do IPEA – n.º26, 2021. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10528/1/BAPI_26_CorMorada.pdf. Acesso em 13.05.2022.

HONORATO, Cláudio de Paula. **Valongo:** O Mercado de Almas da Praça Carioca. Curitiba: Appris Editora, 2019, Página 19.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Relatório Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil,** Brasil, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em 30.05.2022

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD/Covid19,** Brasil, 2020. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/27946-divulgacao-semanal-pnadcovid1.html>. Acesso em 12.05.2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população”, Brasil, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em 12.05.2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **Trabalho, renda e moradia:** desigualdades entre brancos e preto persistem no país”. Brasil, 2020. Disponível em <https://censoagro2017.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de->

noticias/noticias/29433-trabalho-renda-e-moradia-desigualdades-entre-brancos-e-pretos-ou-pardos-persistem-no-pais

divulgacao semanal pnad covid1.html?=&t=resultados. Acesso em 12.05.2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA – IPEA - Nota Técnica 46 – Novembro/2020: **Trabalho, População negra e Pandemia:** notas sobre os primeiros resultados da PNAD covid-19, Brasil, 2020. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/201110_diest_n_46.pdf. Acesso em 08.05.2022.

KODAMA, Kaori; PIMENTA, Tânia S.; BASTOS, Francisco I; BELLIDO, Jaime G. **Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856):** uma análise preliminar. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, supl., p. 59-79, dez. 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/96rxHDChJMH3gRXWzQZQLXD/?lang=pt#:~:text=No%20Gr%C3%A1fico%20%2C%20tanto%20para,casos%20de%20morte%20por%20c%C3%B3lera>. Acesso em 14.04.2022

KODAMA, Kaori e PIMENTA, Tânia S. **Condições de vida e vulnerabilidades nas epidemias:** do cólera no século 19 à covid-19. Casa de Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/en/todas-as-noticias/1794-condicoes-de-vida-e-vulnerabilidades-nas-epidemias-do-colera-no-seculo-19-a-covid-19.html>. Acesso em 31.05.2022.

KARASCH, M. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808 – 1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LIMA, Silvio C. de S. **Cruz Jobim e as doenças da classe pobre:** o corpo escravo e a produção do conhecimento médico na primeira metade do século XIX. *Almanack*, Guarulhos (SP), n. 22, p. 250-278, maio-ago. 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/alm/a/qrQnHQFnv4sX6CbhVLbyRtn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14.04.2022.

LIMA, Silvio C. de S. **Olhares Médicos sobre o corpo dos escravizados no Império do Brasil.** *Escravidão e luta pela liberdade no Rio de Janeiro. Histórias, Arquivos e Patrimônio – Rio de Janeiro.* Prefeitura do Rio de Janeiro/Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, p.99-113, 2020. Disponível em

http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204430/4304914/MEL_revista_201203.pdf. Acesso em 14.04.2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo : n-1 edições, 2018. Edição do Kindle.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Painel de Controle**. 2022. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 23.04.2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Portaria** GM/MS n.º 913/2022. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-913-de-22-de-abril-de-2022-394545491>. Acesso em 23.04.2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Boletim Epidemiológico n.º 17** – COE Coronavírus (2021). última atualização em 21.12.2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim-epidemiologico-covid-19-no-17.pdf/view>. Acesso em 13.05.2022

PIMENTA, Tânia S.; BARBOSA, Keith; KODAMA, Kaori. **A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia**. Dimensões, vol. 34, p. 145-183, setembro. 2015. Disponível em <https://periodicos.ufes.br/index.php/dimensoes/article/view/11114>. Acesso em 14.04.2022.

PIMENTA, Tânia S. **Escravidão, doenças e pensamento médico**, Escravidão e luta pela liberdade no Rio de Janeiro. Histórias, Arquivos e Patrimônio – Rio de Janeiro. Prefeitura do Rio de Janeiro/Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, p.115-120, 2020. Disponível em http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204430/4304914/MEL_revista_201203.pdf. Acesso em 14.04.2022.

REGO, José Pereira. **História e descrição da febre amarela epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850**. São Paulo, Chão Editora, 2020, posfácio de Sidney Chalhoub.

REGO, José Pereira. **Memória Histórica das Epidemias da Febre Amarela e Cholera-Morbo que tem reinado no Brasil**. Rio de Janeiro, Typographia Nacional, 1873.

SANTOS M.P.A. et al. **População negra e Covid-19**: reflexões sobre racismo e saúde. Estud. 34 (99):225-44, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt>. Acesso em 10.05.2022.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Além da Senzala**. Arranjos escravos de moradia no Rio de Janeiro (1808-1850). São Paulo: HUCITEC, 2010.

SANTOS, Ynaê Lopes dos. **Global porque escravista**: uma análise das dinâmicas urbanas do Rio de Janeiro entre 1790 e 1815. In. Revista Almanack, no. 24, 2020. Disponível em: http://old.scielo.br/pdf/alm/n24/pt_2236-4633-alm-24-ed00519.pdf. Acesso em: 24.01.2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, **Políticas públicas voltadas para a saúde da população negra são essenciais para minimizar os efeitos do racismo**, Minas Gerais, 2018. Disponível em <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/10727-politicas-publicas-voltadas-para-saude-da-populacao-negra-sao-essenciais-para-minimizar-os-efeitos-do-racismo>. Acesso em 30.05.2022.

SIGAUD, J.F.X. **Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

VIANA, Iamara. da S; GOMES; PIMENTA, Tania S. **Doenças do trabalho**: africanos, enfermidades e médicos nas plantations, sudeste escravista (aproximações). Revista Mundos do Trabalho, Florianópolis, v. 12, p. 1-16, 2020. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/75202>. Acesso em 14.04.2022.

Recebido: 29/09/2022
Aprovado: 08/12/2022