



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI  
CAMPUS POETA TORQUATO NETO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE LICENCIATURA EM HISTÓRIA

SARAH EMANUELY DA SILVA AGUIAR

**AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE DOENÇAS DAS PESSOAS ESCRAVIZADAS EM  
TERESINA-PI ENTRE OS ANOS DE 1850 E 1888**

TERESINA - PI  
2025

SARAH EMANUELY DA SILVA AGUIAR

**AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE DOENÇAS DAS PESSOAS ESCRAVIZADAS EM  
TERESINA-PI ENTRE OS ANOS DE 1850 E 1888**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Estadual do Piauí (UESPI),  
como requisito parcial para conclusão do Curso  
de Graduação em Licenciatura em História.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joseanne Zingleara  
Soares Marinho.

TERESINA-PI  
2025

A282c Aguiar, Sarah Emanuely da Silva.

As condições de saúde das pessoas escravizados em Teresina  
entre os anos de 1850-1888 / Sarah Emanuely da Silva Aguiar. -  
84 f. 2025.

Monografia (graduação) - Licenciatura em História, Universidade  
Estadual do Piauí, 2025.

"Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Joseanne Zingleara Soares Marinho".

1. História. 2. Escravidão. 3. Medicina. 4. Artes de cura. I.  
Marinho, Joseanne Zingleara Soares . II. Título.

CDD 981.04

Dedico este trabalho à minha família e aos amigos, que me ensinam a caminhar entre extremos: entre o riso e o silêncio, entre o alto e o abismo. A todos que convivem com o transtorno bipolar e seguem inteiros, mesmo quando tudo parece fragmentar. Que nunca lhes falte coragem para recomeçar, mesmo quando o cansaço falar mais alto, pois existir, apesar de tudo, é um ato de coragem e também de amor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus pela presença constante, pela sabedoria concedida nos momentos de dúvida e pela serenidade nas horas em que o cansaço parecia maior que a vontade de continuar. Sem a Sua graça, nada disso seria possível.

Aos meus pais, Sandra Maria e Sérgio Ricardo e ao meu irmão Sanderson Henrique que são a base de tudo. Por acreditarem em mim, mesmo quando eu duvidei, por me serem amor, paciência e refúgio. Cada conquista minha é também de vocês, que me ensinaram a não desistir, a lutar pelos meus sonhos e a enxergar a beleza até nas batalhas mais silenciosas.

Aos meus familiares, que acompanharam de perto esse percurso, torcendo e compreendendo minhas ausências. Obrigada por cada gesto de carinho, por cada palavra de incentivo e por sempre me lembrarem quem eu sou e de onde venho.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joseanne Marinho, por sua orientação generosa, paciência e dedicação. Sua escuta atenta e suas observações precisas foram fundamentais para o amadurecimento deste trabalho. Agradeço por me ensinar não apenas a pesquisar, mas a olhar o mundo com mais sensibilidade e profundidade.

Aos amigos da universidade, que dividiram comigo não só o espaço da sala de aula, mas também as alegrias, as ansiedades e as longas conversas sobre a vida e o futuro. Cada risada nos corredores, cada madrugada de estudos, cada trabalho em grupo e cada abraço em meio ao caos tornaram essa caminhada mais leve e especial. Agradeço especialmente à Rakell Osório, que deixou sua marca na escrita deste trabalho, sendo presença essencial nos momentos mais difíceis, onde faltou palavras, seu apoio transbordou. Minha gratidão se estende também à Wanessa Estácio que me acompanha desde o ensino fundamental, Maria Luiza e Francisco Rafael, vocês foram o equilíbrio que me manteve firme quando tudo parecia desandar, que transformaram a rotina acadêmica em uma verdadeira rede de apoio.

Ao “*Clube da Luta*” Pedro Queiroz, Carla Vaniele, Hellen Vytoria, Deusimar Batista e Francisca dos Santos, fica o reconhecimento pelas conversas que curaram, pelas risadas que aliviaram e por me lembrarem que a vida universitária também é feita de acolhimento e alegrias compartilhadas.

Meu carinho também ao grupo “*Nota de Repúdio*” Maria Luysa Sousa, Maria Laura Leão, Maria Paula Sousa, Aryele Alcântara e Gustavo Henrique, e um agradecimento especial à Ana Caroline Marques, cuja indicação me levou a um espaço onde encontrei carinho, abraços, risadas e conforto. Mesmo chegando quase no fim do percurso, esse grupo

se tornou uma presença extremamente importante, daquelas que chegam depois, mas chegam no momento certo.

Aos amigos de fora da universidade, que acompanharam tudo de longe, mas sempre de coração perto. Aqueles que compreenderam minhas ausências, respeitaram meus silêncios e continuaram me oferecendo carinho, companhia e afeto. Obrigada por me lembrarem que existe vida além dos livros, por me arrancarem sorrisos nos dias difíceis e por acreditarem em mim quando eu mesma duvidava. Em especial Maria Luiza Bento, Ecillya Paz, Valdeane Timoteo, Diogo Wesley, Samara Mesquita, Luanna Savina, Mariana Andrade e Maria Clara Azevedo, Amanda Rafaela Prado, Amanda Moraes, Karina Ibiapina e Rayane Meile que mostraram amor e amizade durante o caminho, são laços que não pedem diploma, mas que sustentam qualquer jornada.

Agradeço a todos os professores do curso, em especial Professora Viviane Pedrazzani, professora Clarice Lira e ao professor Antônio Maurení por transmitirem não apenas conhecimento, mas também paixão pelo que fazem. Cada aula, cada conversa e cada incentivo deixaram marcas que ultrapassam os limites da academia. Agradeço também a minhas professoras do Ensino médio, Nercinda Pessoa e Raquel Luz, por acreditarem em mim.

À banca examinadora Prof. Dr. Antonio Maurení Vaz e Prof<sup>ª</sup>. Me. Ana Karoline Nery, meu agradecimento profundo. Obrigada pelas leituras generosas, pela atenção aos detalhes, pela paciência em percorrer comigo cada parte deste trabalho e, sobretudo, pelas contribuições que ampliaram minha visão e fortaleceram a construção desta pesquisa. Suas observações, feitas com rigor, sensibilidade e compromisso acadêmico, enriqueceram não apenas o texto, mas também o meu olhar como pesquisadora.

Aos funcionários e colaboradores da Universidade Estadual do Piauí, Arquivo Público pela disponibilidade durante as etapas de pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, estiveram presentes nesta trajetória com gestos, palavras ou simples demonstrações de carinho. Este trabalho é fruto de muitas mãos, corações e esperanças. Levo comigo que sou a continuação de um sonho e também a certeza de que nenhuma conquista é individual, e que a caminhada só faz sentido quando é compartilhada com amor e gratidão.

## RESUMO

Este trabalho analisa as práticas médicas e as estratégias de cura no Piauí oitocentista, com ênfase nas relações entre escravidão, saúde e doença durante a formação de Teresina e o funcionamento das instituições de caridade, especialmente a Santa Casa de Misericórdia da capital. Entre 1850 e 1888. A assistência sanitária priorizava o controle das epidemias urbanas e a preservação da ordem social, negligenciando, frequentemente, a população escravizada, cuja saúde era vista apenas sob a ótica da utilidade econômica. No Piauí, a Santa Casa de Misericórdia de Oeiras e, posteriormente, a de Teresina, tornaram-se os principais espaços de assistência aos pobres e enfermos, embora enfrentassem graves limitações estruturais e financeiras. Documentos oficiais e relatos jornalísticos revelam a precariedade desses estabelecimentos, que sobreviviam graças à caridade e à subvenção provincial. O atendimento aos cativos e desvalidos era limitado e, na maioria das vezes, motivado por preocupações de ordem pública e não humanitária. Paralelamente à medicina oficial, floresciam práticas populares de cura, sustentadas principalmente por saberes africanos e indígenas, transmitidos oralmente e baseados no uso de ervas, e rituais religiosos. Essas práticas, reprimidas pelo Estado e rotuladas como charlatanismo, constituíam formas de resistência cultural e de cuidado acessível para os grupos marginalizados. O estudo evidencia que, diante da ausência de políticas de saúde sistemáticas e inclusivas, praticantes de cura, com curandeiros, benzedeiras e rezadeiras, exerceram papel essencial na sobrevivência e na manutenção da identidade cultural da população escravizada. A metodologia empregada fundamenta-se na análise qualitativa e histórica, utilizando relatórios provinciais, periódicos, códigos de postura e documentos hospitalares entre 1850 e 1888. Como aporte teórico, destacam-se Sidney Chalhoub (1996), Gilberto Hochman (1998), Tania Salgado Pimenta (2003), Teresinha Queiroz (1995), Roberto Machado (1978) e Joseanne Marinho (2018). Conclui-se que a saúde na capital Teresina, na segunda metade do século XIX, foi marcada por contradições entre o discurso da caridade e a prática da exclusão, onde a medicina institucional e os saberes populares coexistiram em tensão, revelando os limites da assistência médica e o protagonismo das práticas tradicionais no cuidado aos escravizados.

**Palavras-chave:** História. Escravidão. Medicina. Artes de cura.

## ABSTRACT

This study analyzes medical practices and healing strategies in nineteenth-century Piauí, with emphasis on the relationships between slavery, health, and disease during the formation of Teresina and the functioning of charitable institutions, particularly the Santa Casa de Misericórdia of the capital, between 1850 and 1888. Sanitary assistance prioritized the control of urban epidemics and the preservation of social order, often neglecting the enslaved population, whose health was viewed solely through the lens of economic utility. In Piauí, the Santa Casa de Misericórdia of Oeiras and, later, that of Teresina became the main spaces for assisting the poor and the sick, although they faced severe structural and financial limitations. Official documents and newspaper reports reveal the precarious conditions of these establishments, which survived thanks to charity and provincial subsidies. Healthcare for enslaved people and the destitute was limited and, in most cases, motivated by concerns of public order rather than humanitarian interest. Parallel to official medicine, popular healing practices flourished, sustained mainly by African and Indigenous knowledge, transmitted orally and based on the use of herbs and religious rituals. These practices, repressed by the State and labeled as charlatanism, constituted forms of cultural resistance and accessible care for marginalized groups. The study shows that, in the absence of systematic and inclusive health policies, healers, such as folk healers, blessing practitioners, and prayer healers, played an essential role in the survival and cultural identity of the enslaved population. The methodology employed is based on qualitative and historical analysis, using provincial reports, newspapers, municipal codes, and hospital documents from 1850 to 1888. The theoretical framework includes the works of Sidney Chalhoub (1996), Gilberto Hochman (1998), Tania Salgado Pimenta (2003), Teresinha Queiroz (1995), Roberto Machado (1978), and Joseanne Marinho (2018). The study concludes that health conditions in the capital, Teresina, in the second half of the nineteenth century were marked by contradictions between the discourse of charity and the practice of exclusion, in which institutional medicine and popular knowledge coexisted in tension, revealing the limits of medical assistance and the central role of traditional practices in the care of enslaved populations.

**Keywords:** History. Slavery. Medicine. Healing practices.



## **LISTA DE SIGLAS**

ANPUH – Associação Nacional de História

APPI – Arquivo Público do Estado do Piauí

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

SANA – Grupo de Pesquisa em História da Saúde, Doenças e Ciências no Piauí

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 CORPOS ESCRAVIZADOS, CIDADE DOENTE: TRABALHO, SOFRIMENTO E SAÚDE NA FORMAÇÃO DE TERESINA (1850–1888) .....</b>	<b>26</b>
2.1 Trabalho, moradia e alimentação: impactos na saúde dos escravizados .....	26
2.2 Principais doenças e o quadro nosológico dos escravizados .....	36
<b>3 PRÁTICAS MÉDICAS E ESTRATÉGIAS DE CURA NO CONTEXTO ESCRAVOCRATA DO PIAUI .....</b>	<b>48</b>
3.1 Saúde negada: os escravizados e o atendimento medicina oficial piauiense .....	50
3.2 Entre fé, raízes e folhas: saberes de cura e resistências no Piauí oitocentista .....	65
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS .....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A História das Ciências, da Saúde e das Doenças, especialmente da Medicina, tem se mostrado um campo amplo para compreender as relações de poder, desigualdade e controle social ao longo do tempo. Nesse contexto destaca-se a importância da memória e dos lugares de saber na constituição das identidades e das narrativas históricas, além da micro-história, como abordagem historiográfica, que tem se mostrado fundamental para iluminar sujeitos historicamente marginalizados, como os escravizados doentes, frequentemente invisibilizados nas fontes tradicionais. Essa perspectiva é enriquecida por contribuições teóricas que enfatizam a importância da memória e da análise em escala reduzida para compreender as complexidades das experiências humanas. Essa questão sustenta a situação dos escravizados no Piauí, um grupo historicamente silenciado nos registros oficiais.

Percebemos que o silenciamento histórico dos escravizados no Piauí está diretamente ligado à forma como condições de saúde e as doenças que enfrentavam, foram negligenciadas. Os registros oficiais praticamente não documentavam o sofrimento físico dessas pessoas, o que contribuiu para a invisibilidade das enfermidades que acometia essa população. Essa falta de registro e cuidado reflete o descaso das instituições com a saúde dos escravizados, tornando difícil entender a real dimensão dos impactos das doenças no cotidiano deles. Assim, o apagamento simbólico e material reforça a exclusão social e dificulta a reconstrução histórica das condições sanitárias e das experiências de adoecimento dos escravizados. Jacques Le Goff, destaca que "a memória coletiva é não somente uma conquista, é também um instrumento e um objeto de poder" (2003, p.13). Essa afirmação ressalta como a seleção do que é lembrado ou esquecido influencia diretamente as narrativas históricas e as identidades coletivas.

Pierre Nora, por sua vez, desenvolve o conceito de "lugares de memória" (*lieux de mémoire*) para analisar como certos espaços, eventos ou objetos se tornam símbolos da memória coletiva. Ele observa que "a história era escrita sob a pressão das memórias coletivas, que buscam compensar o desenraizamento histórico do social e a ansiedade do futuro pela promoção de um passado que até agora não tinha sido vivido como tal" (1993, p. 7).

Esse contexto histórico, é importante para entender os fundamentos para discutir a exclusão da memória dos doentes escravizados dos lugares de reconhecimento histórico, quando se trata da saúde e da doença. A pesquisa, então, se insere num processo de disputa de memória, recuperando histórias que foram apagadas da narrativa dominante, sobre a formação da sociedade piauiense.

Jacques Revel, ao tratar da micro-história, chama atenção para os sujeitos esquecidos pela historiografia tradicional. Ao enfatizar que a micro-história permite "restituir uma parte ignorada ou escondida da existência social" (1998, p. 218). Essa abordagem é especialmente eficaz para iluminar sujeitos historicamente marginalizados, como os escravizados doentes. Podemos perceber essa exclusão dentro das universidades e nas escolas de ensino básico, já que autores trabalhados, em sua maioria com uma visão europeia, nos distanciam da história das pessoas escravizadas, que tiveram uma participação importante na construção do Brasil.

A micro-história, ao focar em casos específicos e cotidianos, oferece uma abordagem eficaz para iluminar sujeitos historicamente marginalizados, como os escravizados doentes. Quando se investiga fontes médicas, relatos da Santa Casa de Misericórdia de Teresina, autos de processos e documentos legais, é possível construir uma parte ignorada ou escondida da existência social, como propõe o próprio Revel (1998). Isso permite ouvir a voz dos sujeitos escravizados, não como números ou categorias genéricas, mas como indivíduos com trajetórias marcadas por sofrimento, resistência e estratégias de sobrevivência frente ao adoecimento.

Embora oriundo da sociologia, Erving Goffman (1988) colabora com a noção de estigma e representação social, essencial para entender como os corpos adoecidos dos cativos eram vistos e tratados. Este analisa como a sociedade define e trata indivíduos que possuem atributos considerados desviantes, o que é fundamental para compreender a marginalização dos escravizados doentes na história. A base de estudo do Goffman está relacionada à questão da estigmatização, então associa os corpos dos escravizados adoecidos, justamente marcados por esses estigmas associados à improdutividade, ao desvio e à degeneração, e é justamente esses estigmas que justificavam o abandono, o tratamento desumanizado ou a medicalização apenas para manter a força de trabalho.

Portanto, a micro-história, desempenha um papel crucial ao desafiar as narrativas tradicionais e ao destacar a importância de compreender a história a partir das experiências dos indivíduos comuns, muitas vezes esquecidos nos grandes relatos históricos. A centralidade europeia na produção do saber histórico, dialoga diretamente com a proposta de descolonizar a narrativa sobre a saúde no Brasil escravista, é importante estudar os escravizados doentes no Piauí não é apenas preencher uma lacuna histórica, mas romper com paradigmas excludentes que ainda informam a produção e o ensino da História

O que pode se concluir é que a partir dos aportes teóricos mais amplo desses autores, é possível construir uma perspectiva crítica e sensível ao sofrimento dos escravizados adoecidos no Piauí, destacando como a doença operava não apenas como condição física, mas como dispositivo de marginalização social e simbólica, permitindo iluminar essas trajetórias, muitas

vezes esquecidas, inserindo-as com dignidade no tecido da história brasileira. Este trabalho tem como finalidade analisar as condições de saúde e as doenças que acometeram a população escravizada em Teresina entre os anos de 1850 e 1888, buscando compreender as relações entre o sofrimento físico, o contexto social e os mecanismos de cuidado dentro da estrutura escravocrata local. Para alcançar esse propósito, estabelecem-se como objetivos específicos: discutir de que forma as condições de moradia, trabalho e alimentação repercutiam nas enfermidades que acometiam essa população; identificar as principais moléstias e os impactos que provocavam no cotidiano da estrutura escravocrata; e investigar tanto as artes de curar praticadas pelos próprios escravizados quanto as práticas médicas empregadas no tratamento das doenças e na preservação da saúde.

A pandemia da COVID-19 despertou renovado interesse pelo estudo da saúde pública, evidenciando as desigualdades estruturais que ainda afetam populações negras e periféricas. Esse cenário reforçou a relevância do campo da História da Saúde e das Doenças para a construção de políticas públicas mais justas. A produção historiográfica sobre a saúde no Brasil, representada por autoras e autores como Tânia Salgado Pimenta (2013), Gilberto Hochman (1998), Sidney Chalhoub (1996) e Gisele Sanglard (2008), tem evidenciado a articulação entre as políticas imperiais, os processos de medicalização e os mecanismos de controle social. Esses trabalhos apontam que a inserção do Estado imperial nas questões de saúde pública ocorreu de maneira paulatina e seletiva, geralmente orientada por uma racionalidade higienista voltada à normatização dos espaços urbanos e à disciplina dos segmentos sociais marginalizados.

De acordo com Joseanne Marinho e Gisele Sanglard (2021), a consolidação da História da Saúde e das Doenças no Piauí é fruto de um processo recente, mas fortemente articulado, que ganhou impulso a partir de 2018, quando iniciativas como a criação do Grupo de Pesquisa História da Saúde e das Ciências no Piauí (SANA) e do Grupo de Trabalho de História da Saúde e das Ciências da ANPUH-PI passaram a promover eventos acadêmicos especializados, incentivar a produção de dissertações, teses e monografias, e estimular publicações em periódicos e livros. As autoras ressaltam que, antes desse período, as pesquisas sobre saúde e doenças no estado eram pontuais, muitas vezes inseridas em campos consolidados como História urbana, História política, Gênero e Políticas públicas, sem uma articulação que configurasse um campo próprio.

Esse cenário mudou com o fortalecimento de agendas de pesquisa interdisciplinares, que abrangem desde práticas médicas e saberes populares até estudos sobre epidemias, políticas sanitárias e atuação de profissionais de saúde, possibilitando um diálogo mais amplo

com a historiografia nacional e internacional. Para as autoras esse movimento representa não apenas a ampliação de temas e fontes, mas também a legitimação da História da Saúde como um campo historiográfico em franca expansão no Piauí, dotado de vitalidade e relevância social, capaz de tensionar o passado e o presente a partir de demandas históricas e contemporâneas

No contexto piauiense, a produção acadêmica sobre o campo da história da saúde tem avançado nos últimos anos. As pesquisas de Joseane Marinho, Ana Karoline Nery e Danielle Santos, além de outros autores contribuem para o entendimento da saúde pública no estado, com destaque para instituições como a Santa Casa de Misericórdia, os lazaretos e o papel da imprensa na construção do discurso sanitário. No entanto, ainda são escassos os trabalhos que abordam de forma direta e sistemática a saúde dos escravizados durante o século XIX no Piauí. Pesquisas como as de Mirian Britto Knox, ao tratar da demografia e das relações sociais dos cativos, e estudos pontuais sobre causas de morte e enfermidades em Teresina, entre as décadas de 1860 e 1880, oferecem importantes subsídios, mas não se dedicam exclusivamente a essa temática. Nesse cenário, destacam-se, ainda, contribuições, como as de Talita Nepomuceno, que investigou as doenças e *causas mortis* de escravizados e libertos de Teresina entre 1869 e 1877, a partir de registros paroquiais, e anúncios de fuga em periódicos piauienses, nos quais emergem descrições de condições de saúde. De forma complementar, Rodrigo Caetano Silva tem explorado, o adoecimento e a mortalidade da população cativa, além de abordar, em sua tese de doutorado, a relação entre mortes, fugas e a dinâmica do processo abolicionista no Piauí. Também identificamos contribuições indiretas na produção de autoras como Joseanne Zingleara Soares Marinho, que investigam a história da saúde na província, e no uso eventual de relatórios provinciais e registros hospitalares em trabalhos mais amplos sobre escravidão

Nesse contexto, a pesquisa que se apresentamos propõe contribuir para investigar, de forma mais específica, as condições de saúde e as doenças que acometiam os escravizados em Teresina entre 1850 e 1888, articulando múltiplas fontes primárias como jornais locais, relatórios administrativos, registros hospitalares e manuais médicos, com a historiografia sobre a escravidão, a saúde e a estrutura social. Assim, pretendemos oferecer não apenas um levantamento epidemiológico, mas também uma análise que relacione práticas terapêuticas, saberes populares, discursos médicos e governamentais, iluminando as interações entre condições de vida, trabalho e adoecimento no contexto urbano piauiense do século XIX.

O interesse por esta temática surgiu ainda no início da graduação, a partir do contato com estudos sobre escravidão, sofrimento físico e abandono institucional. Percebi que as obras mais conhecidas abordam grandes centros urbanos como Salvador, Rio de Janeiro ou Recife,

e quase nada é dito sobre cidades do interior, como Teresina, capital em formação durante o período pesquisado. Essa ausência me provocou a investigar: como era tratada a doença entre os cativos na capital piauiense? Existia alguma preocupação médica ou higienista com esses corpos? O que os jornais e documentos da época diziam ou silenciavam sobre isso? escassez de pesquisas sobre a saúde dos cativos em cidades do interior, especialmente Teresina, surgiu a inquietação de investigar o modo como esses sujeitos eram tratados quando adoeciam. A pesquisa tornou-se não apenas um projeto acadêmico, mas também um compromisso pessoal com a memória de uma população historicamente silenciadas.

A participação no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) foi decisiva para a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso. A bolsa permitiu que eu me aprofundasse na pesquisa sobre as condições de saúde dos escravizados em Teresina, Piauí, entre os anos de 1850 e 1888, com período de vigência 2024 a 2025, sob orientação da professora doutora Joseane Zingleara Soares Marinho. Através do PIBIC, foi possível acessar fontes históricas como inventários, testamentos e registros hospitalares da época, permitindo uma análise detalhada das condições de vida e trabalho dos cativos. Esses documentos revelaram como suas condições físicas eram frequentemente negligenciadas ou utilizadas como justificativa para punições e outras formas de controle social.

Além disso, o PIBIC proporcionou uma formação metodológica, essencial para a análise crítica das fontes históricas. Através do programa, desenvolvi habilidades em pesquisa documental, análise de fontes primárias e elaboração de narrativas históricas que consideram as múltiplas dimensões da experiência humana. Essas competências foram fundamentais para a construção de uma narrativa que resgata a história dos escravizados, questionando as narrativas tradicionais que frequentemente os marginalizam ou os apresentam de forma estereotipada.

O recorte temporal de 1850 a 1888 foi escolhido para analisar as condições dos escravizados em Teresina, no Piauí, pois abrange o período entre a fundação e consolidação da cidade e o fim legal da escravidão no Brasil. Em 1852, a cidade foi planejada e construída para substituir Oeiras como capital da Província do Piauí. Durante esse período, Teresina experimentou um crescimento populacional acelerado, passando de 49 habitantes em 1851 para cerca de 8 mil em 1854 e alcançando 21.692 habitantes em 1872, conforme o Censo de 1872<sup>1</sup>. A cidade foi a primeira do Brasil construída com traçado geométrico, com ruas alinhadas e praças centrais, refletindo a busca por ordem e progresso. No entanto, esse desenvolvimento

---

<sup>1</sup> <https://semplan.pmt.pi.gov.br>

urbano não se traduziu em melhorias significativas para a população escravizada, que continuava a ser explorada nas atividades produtivas da cidade. A delimitação espacial na cidade de Teresina se justifica pela centralidade política da capital e pela presença de instituições como a Santa Casa de Misericórdia, cuja atuação será analisada neste trabalho.

A problemática que orienta esta pesquisa é: como eram tratadas as doenças dos escravizados em Teresina entre 1850 e 1888 e o que isso revela sobre as práticas sociais, políticas e discursivas da cidade? A partir dessa questão central, outras perguntas emergem: quais eram as principais enfermidades entre os cativos? De que maneira os discursos médicos e administrativos representavam o escravizado doente? Existia algum tipo de assistência efetiva ou predominava a negligência e o abandono? Como o silêncio das fontes revela as estratégias de invisibilização da dor negra?

As fontes históricas utilizadas neste trabalho foram, em sua maioria, acessadas por meio de acervos digitais públicos e privados que disponibilizam documentos históricos digitalizados. Esses acervos são fundamentais para a pesquisa sobre as condições dos escravizados em Teresina, Piauí, entre 1850 e 1888, pois permitem o acesso remoto a documentos que, de outra forma, estariam restritos a arquivos físicos.

Entre os acervos digitais públicos, destaca-se a Biblioteca Nacional do Brasil, que oferece a Hemeroteca Digital Brasileira<sup>2</sup>, um portal de periódicos nacionais que proporciona ampla consulta a jornais e revistas do século XIX e início do século XX. Outro importante acervo é o Arquivo Nacional, que disponibiliza documentos arquivísticos digitalizados, incluindo registros de entrada de estrangeiros e publicações históricas. Além disso, o Arquivo Público do Estado do Piauí (APPI) possui um vasto acervo de documentos manuscritos do século XIX, registros civis e de imóveis, além de periódicos históricos.

A leitura e análise seguem uma abordagem qualitativa e crítica, fundamentada nos aportes teóricos da história social e da crítica pós-colonial.<sup>3</sup> A análise dos jornais locais, como *O Echo Liberal* (Oeiras, 1851) e *O Argos Piranhense* (Oeiras, 1851), trouxe à tona informações específicas que corroboram essa visão. Em uma das edições de *O Echo Liberal*, é mencionada uma grande epidemia de febre amarela em Oeiras, que afetava principalmente os escravizados:

---

<sup>2</sup> <https://bndigital.bn.gov.br/acervodigital>

<sup>3</sup> A história social é uma vertente historiográfica que se concentra no estudo das estruturas sociais, das relações cotidianas e das experiências das camadas populares, em contraste com a história tradicional centrada em grandes eventos e figuras políticas. Essa abordagem valoriza fontes diversificadas, como documentos pessoais, registros econômicos e relatos orais, buscando dar voz aos grupos historicamente marginalizados. Surgiu no século XX, influenciada por correntes marxistas e pelos movimentos sociais. A crítica pós-colonial constitui um campo interdisciplinar que analisa os impactos duradouros do colonialismo sobre as sociedades colonizadas, enfocando as relações de poder, a construção de identidades e as representações culturais. Essa abordagem questiona a historiografia tradicional e as narrativas eurocêntricas, valorizando as perspectivas dos colonizados (Burke, 1992).



"A febre amarela tem dizimado nossa população cativa, sem que nenhum socorro médico chegue até eles". Essa citação ilustra a negligência com a saúde dos cativos e a exclusão dos cuidados médicos, que eram frequentemente restritos à população livre, já que esses cuidados não eram oferecidos a quase ninguém. O mesmo periódico trazia notícias sobre o aumento das mortes por varíola, com destaque para os escravizados, como se lê em um trecho de 1852: "As mortes pela varíola aumentaram consideravelmente, especialmente entre os escravos, cujas condições de vida não lhes garantem resistência" (*O Echo Liberal*, 1852, p. 6).

Além disso, *O Argos Piranhense* (1851), em uma de suas edições, faz referência ao quadro de epidemias que assolavam a região e à falta de assistência médica adequada aos negros: "As enfermidades mais graves continuam a atingir os cativos, sem que haja esforços suficientes para conter a propagação das doenças" (*O Argos Piranhense*, 1851, p. 3). A combinação de um ambiente insalubre, com a falta de cuidados médicos adequados, estava diretamente relacionada à alta mortalidade, o que demonstra a condição de exclusão social e de saúde vivida pelos escravizados.

Os jornais do século XIX oferecem registros valiosos sobre a escravidão e as condições sanitárias no Piauí, especialmente nas cidades de Teresina e Oeiras. *O Echo Liberal* (1849-1852), publicado em Oeiras, abordava questões políticas e sociais, frequentemente mencionando os escravizados e as condições de vida na província. *O Propagador* (1858-1860), publicado em Teresina, destacava temas regionais e trazia anúncios de compra e venda de cativos, além de reportagens sobre saúde pública. Outros periódicos, como *O Argos Piranhense* (1851-1852), de Oeiras, e *O Semanário* (1854), de Teresina, relatavam a presença dos escravizados nas atividades econômicas locais, com menções esporádicas às dificuldades sanitárias enfrentadas por essa população. *O Conciliador Piranhense* (1857), também de Teresina, trouxe discussão sobre a mortalidade entre os cativos e a negligência no tratamento de enfermidades. Esses registros são fundamentais para compreender o contexto de saúde dos escravizados, revelando que as doenças eram amplamente disseminadas e que a assistência médica, quando existente, era insuficiente e excludente.

A situação relatada nos jornais também evidencia como a saúde pública estava voltada apenas para os interesses dos setores dominantes, compostos por grandes proprietários de terras e de escravizados, comerciantes e empresários urbanos, autoridades e funcionários do alto escalão provincial, além de profissionais liberais e membros das elites letradas. Esses grupos, detentores do poder político e econômico, orientavam as políticas e ações sanitárias de forma a privilegiar seu próprio bem-estar, em detrimento das necessidades da população pobre, escravizada e marginalizada. A ausência de políticas de saúde pública para a população em

geral e a falta de investimentos em infraestrutura hospitalar direcionada aos cativos, evidenciam o descaso com a vida dos marginalizados. A exclusão dos cuidados médicos refletia a desumanização e a marginalização dos negros, tratados apenas como instrumentos de produção.

A análise das fontes históricas revela que a saúde dos escravizados em Teresina estava intrinsecamente ligada às condições precárias de trabalho e moradia. Estudos indicam que doenças como febre amarela e varíola eram comuns na cidade durante o século XIX, afetando tanto a população livre quanto a escravizada (Nepomuceno, 2018; Knox, 2017). No entanto, a população escravizada, devido à sua condição social, era particularmente vulnerável, enfrentando superlotação, alimentação inadequada e falta de cuidados médicos. Esses fatores contribuíam para a propagação e agravamento das epidemias, que não eram combatidas com a seriedade necessária, refletindo a negligência institucional em relação à saúde dos cativos.

Em suma, as fontes históricas analisadas revelam um quadro de desamparo dos escravizados, cuja saúde era negligenciada em um sistema social marcado pela exploração e exclusão. A ausência de políticas públicas de saúde e a marginalização dos cativos nas representações sociais da época evidenciam a invisibilidade e desumanização a que estavam submetidos. Esse cenário destaca a importância de reconstruir a memória dos escravizados doentes, reconhecendo suas experiências de sofrimento e resistência como parte fundamental da história de Teresina e do Brasil.

A partir das fontes históricas, tanto bibliográficas quanto jornalísticas, as fontes históricas desta pesquisa dividem-se em primárias e secundárias. As secundárias são produzidas após o período estudado e baseiam-se na interpretação de documentos originais, como obras bibliográficas, estudos acadêmicos e matérias jornalísticas contemporâneas sobre o século XIX. Não registram diretamente os fatos, mas apresentam análises já elaboradas por outros autores.

As fontes primárias, por sua vez, são produzidas no próprio contexto histórico investigado, oferecendo testemunhos diretos. Neste trabalho, incluem-se jornais editados no Piauí entre 1850 e 1888, como o *Echo Liberal*, relatórios da presidência da Província, registros de óbito, documentos hospitalares, anúncios de fuga de escravizados e manuais médicos da época, como o de Chernoviz. Há ainda outras tipologias relevantes, como registros cartoriais, documentos iconográficos, correspondências, legislações, atas e ofícios administrativos, que, quando combinados, ampliam e aprofundam a compreensão histórica. fomos capazes de construir um panorama sobre as difíceis condições de vida e saúde dos escravizados e a negligência que perpassava o tratamento dispensado a essa população. Esse estudo evidencia

as profundas desigualdades que estavam presentes na sociedade do século XIX e que continuam a reverberar nos dias atuais. Os relatórios de presidentes de província, documentos da Santa Casa de Misericórdia e manuais de medicina do século XIX, especialmente os de Chernoviz. Essas fontes são importantes por registrarem não apenas os dados objetivos sobre doenças, mas também os discursos, silêncios e representações sociais em torno dos escravizados.

Os aportes historiográficos e teóricos foram construídos a partir do estudo de obras bibliográficas voltadas à História da Saúde e das Doenças, com ênfase na população escravizada no Piauí. As abordagens utilizadas consideraram os múltiplos aspectos do contexto histórico piauiense, destacando de que forma as dinâmicas políticas, econômicas e sociais influenciaram os serviços de saúde pública destinados, ou negados, aos escravizados.

No contexto mais geral, a obra *O escravismo colonial*, de Jacob Gorender, que nos fornece uma visão crítica sobre o sistema escravocrata no Brasil e como ele influenciava a saúde da população negra. Ele destaca como a negligência com a saúde dos escravizados fazia parte do sistema de exploração, que via os cativos apenas como mão de obra e não como seres humanos com necessidades básicas de saúde. Jacob Gorender afirma que “A saúde dos escravizados era tratada com total descaso, pois os senhores viam os cativos como simples recursos para a produção, sem considerar que suas condições de saúde poderiam afetar a produtividade nas lavouras” (Gorender, 2006).

De forma mais específica, obras fundamentais como *O escravo na formação social do Piauí: perspectiva histórica do século XVII*, de Tanya Maria Pires Brandão, e *Escravos do Sertão: Demografia, Trabalho e Relações Sociais*, de Mirian Britto Knox (1995). Esses livros ajudam a entender melhor o impacto das condições de vida e de trabalho na saúde dos escravizados. Tanya Brandão, em sua análise sobre o Piauí colonial, destaca que a escravidão foi fundamental na formação da sociedade piauiense, especialmente nas atividades econômicas como a pecuária e a agricultura de subsistência. Ela observa que a função dos escravizados no criatório piauiense se estendeu desde a implantação dos primeiros currais, abrangendo a construção e manutenção da infraestrutura das moradias, o trabalho no campo e o cultivo das roças. Esse modelo de produção, centrado na pecuária extensiva, limitava o desenvolvimento de outras práticas produtivas, consolidando o latifúndio como a principal estrutura fundiária da região. Nesse contexto, a exploração do trabalho escravo estava intimamente ligada à precarização das condições de vida e saúde dos cativos, evidenciando uma relação direta entre a organização social e os altos índices de morbidade e mortalidade entre os escravizados.

Além disso, Mirian Britto Falci analisa como o trabalho exaustivo, a alimentação precária e as habitações insalubres contribuíam para a alta mortalidade entre os escravizados. Ela também detalha como as epidemias de febre amarela e varíola afetavam duramente essa população, resultando em um grande número de mortes, principalmente entre crianças. As condições de vida dos escravizados eram particularmente desfavoráveis à saúde, com a superlotação, a falta de cuidados médicos e a alimentação inadequada, tornando as epidemias ainda mais devastadoras. A superlotação nas senzalas, a escassez de cuidados médicos e a alimentação inadequada formavam um cenário propício à proliferação de doenças, tornando as epidemias ainda mais devastadoras. Essas condições não eram apenas reflexo da negligência dos senhores, mas também da ausência de políticas públicas voltadas à saúde dos cativos. A falta de infraestrutura básica, como saneamento e ventilação adequada, agravava o quadro sanitário, tornando os escravizados mais vulneráveis a doenças infecciosas. Esse contexto evidencia a intersecção entre as condições de vida e a saúde, ressaltando como fatores sociais e estruturais influenciavam diretamente a qualidade de vida dos escravizados.

A historiografia mobilizada reúne estudiosos que analisam as relações entre saúde, política e escravidão. Sidney Chalhoub discute a medicalização da cidade e a invisibilidade da população negra; Tânia Pimenta aborda o papel das instituições de caridade; Gilberto Hochman analisa a atuação do Estado imperial nas políticas de saúde. No Piauí, autoras como Joseane Marinho, Ana Karoline e Teresinha Queiroz fornecem subsídios para compreender o contexto local.

A contribuição desta monografia reside na originalidade da proposta e na tentativa de preencher uma lacuna nos estudos sobre escravidão urbana e história da saúde no Brasil, com ênfase no contexto piauiense. Ao reunir fontes pouco exploradas e adotar um olhar crítico e sensível sobre os corpos adoecidos da população escravizada, busca-se não apenas enriquecer as pesquisas sobre escravidão e saúde, mas também valorizar as memórias da população negra em uma cidade marcada por sucessivos apagamentos históricos. A análise que propomos ilumina um aspecto frequentemente negligenciado na história local: a experiência da doença entre os escravizados, cujos corpos, muitas vezes invisibilizados e descartados, evidenciam a lógica da desumanização no campo da saúde. Enxergamos essa abordagem como inovadora, pois articula a história da saúde, a história urbana e os estudos sobre escravidão, contribuindo de forma significativa para os debates atuais acerca da memória e da reparação histórica.

O trabalho foi estruturado em dois capítulos. O primeiro capítulo contextualiza Teresina como uma cidade em formação no século XIX, destacando o cenário da saúde pública, das instituições de caridade, como a Santa Casa de Misericórdia, e das representações sociais sobre

os escravizados doentes. Fundada em 1861, a Santa Casa de Misericórdia de Teresina desempenhou um papel crucial na assistência aos enfermos, especialmente aos mais pobres, em um contexto urbano marcado por precárias condições sanitárias e ausência de políticas públicas de saúde. A cidade, planejada para ser a nova capital do Piauí, enfrentava desafios relacionados à infraestrutura e higiene, o que contribuía para a propagação de doenças. Nesse cenário, a Santa Casa tornou-se um dos poucos espaços de atendimento médico, oferecendo cuidados limitados, mas essenciais, à população carente. Além disso, o capítulo aborda como as representações sociais da época construíam a imagem dos escravizados doentes, frequentemente invisibilizados nas fontes históricas, refletindo a marginalização e o estigma atribuídos a essa população. A análise dessas instituições e representações permite compreender as dinâmicas de poder, cuidado e exclusão social presentes em Teresina durante o século XIX, evidenciando a interseção entre saúde, classe social e raça na formação da cidade.

No segundo capítulo, iremos abordar o papel do Estado na assistência à saúde dos escravizados durante o século XIX, investigando o funcionamento das instituições médicas e o impacto das primeiras políticas públicas de saúde. Para isso, analisaremos documentos como os relatórios da Inspetoria de Higiene Pública, leis e decretos sobre saúde pública, além de estudos que abordam as prioridades e limitações do sistema sanitário no contexto escravista. Nosso objetivo é compreender como o Estado organizava o atendimento médico aos cativos e qual era o alcance dessas medidas dentro da estrutura social. Também dedicaremos atenção às práticas populares de cura adotadas pelos próprios escravizados, baseadas em saberes tradicionais herdados das culturas africanas e indígenas. Iremos examinar o uso de ervas medicinais, rituais religiosos e a atuação de curandeiros e benzedeiros, que desempenhavam papel fundamental no cuidado da comunidade escravizada. Essas práticas não apenas funcionavam como formas de preservar a saúde, mas também como manifestações de resistência cultural frente à negligência e às limitações do sistema oficial. Para isso, utilizaremos registros da época e pesquisas acadêmicas que discutem a relação entre terapias populares e instituições médicas no Brasil do século XIX.

Ao trazer à tona essas histórias de sofrimento e resistência, buscamos contribuir para uma outra compreensão da história de Teresina, reconhecendo a importância dos escravizados na construção da cidade, do estado e do país. Compreender essa trajetória sob outra perspectiva significa romper com uma narrativa tradicional que privilegiou as elites e silenciou as vozes daqueles que, mesmo em meio à opressão, exerceram papéis centrais na vida cotidiana e no desenvolvimento urbano.

Assim, o presente trabalho propõe-se a revisitar a memória da capital piauiense a partir da experiência dos cativos, destacando suas condições de vida, as doenças que os acometiam e as formas de resistência que construíram diante da adversidade, construindo uma história a partir desse segmento social marginalizado socialmente. Ao iluminar esses aspectos, pretendemos contribuir para o fortalecimento de uma memória histórica mais justa e plural, que reconheça o legado dos escravizados e a importância de sua presença na formação da sociedade teresinense.

Por fim, almejamos que esta pesquisa histórica estimule novas reflexões sobre o tema e reafirme a relevância de se pensar a escravidão em suas múltiplas dimensões, não apenas como um sistema econômico e político, mas como um fenômeno humano de caráter social e cultural, que deixou marcas profundas na identidade da cidade de Teresina.

## **2 CORPOS ESCRAVIZADOS, CIDADE DOENTE: TRABALHO, SOFRIMENTO E SAÚDE NA FORMAÇÃO DE TERESINA (1850–1888)**

As condições de existência dos escravizados em Teresina durante o século XIX foram marcadas pela precariedade e múltiplas dimensões violentas. Desde sua fundação, erguida em grande parte pelos cativos, a cidade refletiu, em seu tecido urbano, as profundas desigualdades do sistema escravista. As moradias eram insalubres e segregadas, a alimentação escassa, provocando desnutrição crônica, e o trabalho exaustivo, além de perigoso. Essas privações combinadas à violência cotidiana, criou um terreno propício para a disseminação de inúmeras enfermidades, dentre elas estavam doenças gastrointestinais, respiratórias e também a sífilis, que matavam muitos e minavam a resistência física.

O acesso a cuidados médicos formais era limitado e controlado pelos senhores proprietários, tornando a medicina popular e os saberes tradicionais o principal recurso terapêutico, evidenciando uma forma de resistência cultural dos escravizados. O ambiente sanitário da cidade, caracterizado pela escassez de água potável, destino inadequado do lixo e dejetos, aglomeração populacional e áreas alagadas, potencializava ainda mais essa tragédia sanitária. Além das condições estruturais precárias, havia uma carência significativa de profissionais de saúde. Os poucos médicos e cirurgiões presentes na cidade atendiam majoritariamente a elite local, restringindo ainda mais o acesso dos escravizados a qualquer tipo de cuidado diplomado.

Em muitos casos, os cativos adoecidos eram deixados à própria sorte, recorrendo a remédios caseiros, plantas medicinais ou aos chamados curadores de senzala, sem qualquer acompanhamento especializado. A ausência de políticas públicas de saúde específicas para a população escravizada refletia o descaso institucional e a seletividade racial do governo e da medicina oitocentista, perpetuando a vulnerabilidade da população escravizada em Teresina.

Desse modo, nesse capítulo serão analisadas questões levantadas sobre as condições precárias de trabalho às quais os escravizados estavam submetidos, abordando aspectos como as fugas, as moradias insalubres e a alimentação insuficiente, fatores que impactavam diretamente sua saúde. Também serão discutidas as principais doenças que os acometiam e como eram retratadas, evidenciando as diferentes maneiras pelas quais o sofrimento e a resistência se manifestavam no cotidiano da população escravizada.

### **2.1 Trabalho, moradia e alimentação: impactos na saúde dos escravizados**

A escravidão não constituiu um fenômeno tardio ou periférico em Teresina, mas representou um elemento fundamental na sua origem e consolidação ao longo do século XIX. No que se refere à população escrava, de acordo com Francisca Costa (2007), ainda no início do século XVIII, existiam aproximadamente 4.644 escravos de ambos os sexos, o que correspondia a 38,72% de toda a população do Piauí, que totalizava 11.993 habitantes. Deste modo, o Piauí mantinha-se como um corredor transacional de pessoas, animais e produtos, ou seja, naquele contexto, ele era um território de fronteira. Aos poucos essa população foi crescendo, principalmente com a chegada de mais africanos e crioulos, quando os sujeitos passaram a se fixar no território, que aos poucos foi ganhando suas características e se transformando em região produtiva.

Para isso, ansiava-se pela transferência da capital desde 1797, apenas trinta e seis anos após a elevação da Vila da Mocha, antigo nome de Oeiras, à categoria de cidade. Desde então, diversas tentativas foram empreendidas, mas fatores como a distância em relação aos rios, a carência de infraestrutura e a localização desfavorável acabaram por frustrar os planos de efetivar a mudança (Santos, 2025).

Teresina surgiu como uma cidade planejada, onde buscou a replicação dessas características na configuração dos logradouros e em edifícios, onde a planta de Teresina atendia aos principais critérios apontados pelos profissionais da área de planejamento urbano no século XIX. No plano urbano da cidade, havia locais predeterminados para as residências, praças, instalações governamentais, casa da pólvora e o cemitério (Freitas, 2020). De acordo com Monsenhor Chaves:

Em Teresina, Saraiva tratou de instalar as repartições e fazer funcionar a máquina burocrática. [...] O ofício de 21 de outubro dá por encerrada a mudança: “Comunico a V. Excia. que esta Província está em paz, e que se acha completamente transferida para esta cidade de Teresina a capital da Província e funcionando regularmente todas as repartições públicas” (1998, p.27).

Desde o início do século XIX que os governantes analisavam as propostas para mudar a capital do Piauí, pelos interesses comerciais, com a navegação de mercadorias pelos rios Poti e Parnaíba, através de relações com municípios da Província e outros centros de civilização da Província, e também pela ideia de melhores condições de tratamento das doenças da população, uma vez que o Hospital de Caridade de Oeiras não contemplava as regiões mais distantes (Silva; Marinho, 2024).

As transformações no planejamento urbano dessas cidades frequentemente implicaram a demolição de edificações históricas para abrir espaço a novas construções e reorganizações



espaciais, alinhadas aos padrões modernos da época. Emergiam, assim, demandas por vias mais amplas e por uma configuração urbana linear, voltada não apenas ao embelezamento, mas também à criação de um ambiente higienizado, saudável, ordenado e considerado civilizado, obtido, sobretudo, pela valorização da ventilação e da salubridade (Moreira, 2016). Nesse contexto, a segunda capital piauiense surgiu em um momento singular de modernização, cuja materialização física se sustentou amplamente no trabalho escravizado,

Das primeiras entradas em território piauiense, à constituição das fazendas pastoris e vilas, a escravidão foi a base da mão de obra, mantendo-se ao longo dos séculos associada às mais diferentes atividades produtivas, sociais, políticas e culturais. A formação social do Piauí está ligada ao caráter ruralista que predominou durante o período colonial e os oitocentos. Tanya Brandão destaca que os dois grupos formadores da sociedade eram pessoas livres e escravas. O primeiro composto por fazendeiros, vaqueiros, posseiros, agregados e sitiantes. E o segundo por índios, negros, mestiços submetidos ao regime jurídico-social da escravidão (Sousa; Branco, 2023, p. 531).

O trecho mostra como a escravidão foi essencial para a formação econômica e social do Piauí. A produção agrícola se potencializou, com o incentivo da navegação a vapor e, mesmo assim, a ação foi insuficiente para promover a integração da economia piauiense ao contexto internacional. Algumas questões foram levantadas por Teresinha Queiroz a respeito da expansão comercial na Província do Piauí, onde ela discute que:

A mudança da capital de Oeiras para Teresina e o incremento da navegação a vapor eram condições tidas como fundamentais pelos homens públicos para o desenvolvimento da Província e a independência do seu comércio em relação ao do Maranhão. Essas medidas deveriam ser complementadas com a abertura de estradas de rodagem ligando as regiões produtoras aos portos fluviais. Esse projeto, lentamente elaborado ao longo de várias décadas, só veio a afirmar-se no início do século XX, com as alterações conjunturais advindas do extrativismo. De uma maneira geral, é possível afirmar que, durante a segunda metade do século XIX, as tentativas públicas visavam a romper o isolamento da Província, integrando-a ao espaço regional e que, neste século, a expansão pretendida abarca o mundo capitalista (2006, p. 19).

A partir da transferência, ocorreu um crescimento demográfico voltado para a nova capital, com emigrações para Teresina. Na maior parte do distrito, o povoamento ainda continuava sendo definido pela pecuária, que ainda ocupava lugar de destaque nas finanças do Piauí, voltadas para o abastecimento em detrimento da agricultura. Desse modo, a partir da criação de fazendas e vilas, o trabalho escravo sustentou as principais atividades da região, desde a produção agropecuária.

A estrutura social era profundamente marcada por essa divisão. Como observa Tanya Brandão (1999), havia dois grupos predominantes, os homens livres: compostos por

fazendeiros, vaqueiros, posseiros e agregados e os escravizados: formados por indígenas, negros e mestiços submetidos ao domínio jurídico e social da escravidão. Essa distinção revela que, nesse período, o Piauí se organizou sob uma lógica agrária e escravista, cuja influência moldou de maneira profunda e duradoura as relações de poder, as formas de trabalho e os padrões culturais da província ao longo do tempo.

O Piauí colonial já possuía uma sólida base escravista rural nas fazendas de gado, mas a fundação de Teresina representou um deslocamento significativo dessa força de trabalho para o espaço urbano em formação. Como afirma Genimar Carvalho:

A construção de Teresina foi, em grande medida, obra de escravizados. Eram eles os carregadores de tijolos e madeira, os cavouqueiros, os carpinteiros, os pedreiros aprendizes, os encarregados dos serviços mais brutos e perigosos (2013, p. 67).

Desse modo, evidencia-se a centralidade da mão de obra escravizada no processo de edificação da cidade de Teresina. O autor demonstra como os corpos negros atuaram como agentes fundamentais na materialização do espaço urbano, embora tenham sido historicamente silenciados nos discursos oficiais. Essa narrativa revela não apenas a relevância da participação dos escravizados, mas também a distribuição desigual e violenta das atividades laborais, nas quais lhes eram atribuídos os serviços mais pesados, insalubres e perigosos. A destinação dos cativos às funções que exigiam maior esforço físico e maior exposição a acidentes, como o transporte de materiais, a escavação, o corte, a construção de paredes e outras tarefas de força, evidenciando uma lógica de exploração que reduzia o corpo escravizado à condição de instrumento de trabalho.

Segundo Carvalho (2013, p. 125), eram comuns “acidentes frequentes nas obras, como quedas de altura, esmagamentos por materiais, cortes profundos e ferimentos por ferramentas”, que resultavam em fraturas, mutilações e incapacitação para o trabalho. Essa realidade também se fazia presente na capital no período de sua formação, especialmente nas obras públicas, onde a mão de obra escravizada era amplamente utilizada. A falta de qualquer tipo de equipamento de proteção e de assistência médica adequada fazia com que o ambiente de trabalho fosse, além de exaustivo, profundamente adoecido e perigoso.

Essa dinâmica revela um traço essencial do sistema escravista: a objetificação do corpo negro, visto unicamente como uma força produtiva descartável. Enquanto no Rio de Janeiro, capital do Império e principal porto de entrada de africanos, a escravidão urbana era massiva e diversificada, envolvendo trabalho portuário, manufatura, comércio e serviços domésticos sofisticados. Sidney Chalhoub (1996) observa que o adoecimento e a incapacidade física

transformavam o escravizado em um fardo econômico, levando os senhores a descartarem esses sujeitos quando não mais atendiam às exigências do trabalho. De forma semelhante, Machado (2018) discute como, nos mercados de compra e venda de cativos, os corpos marcados por doenças, mutilações ou limitações físicas eram desvalorizados, revelando uma lógica perversa que associava diretamente a saúde ao valor mercantil do indivíduo.

No mesmo sentido, Tania Pimenta (2010) aponta que a precarização das condições de trabalho estava intrinsecamente ligada à alta incidência de doenças, acidentes e morte precoce entre os escravizados, sobretudo nas atividades urbanas e nas obras públicas. Essa relação entre trabalho, doença e morte também é analisada por Rosen (1994), que, ao discutir a história da saúde pública, evidencia como os processos de urbanização, aliados à exploração de mão de obra, produziram ambientes insalubres e adoecedores, especialmente para as populações mais vulneráveis.

Assim, ao examinar o contexto de Teresina entre 1850 e 1888, percebe-se que o sistema escravista não se limitava à exploração econômica dos indivíduos, mas funcionava também como um mecanismo de produção de sofrimento, adoecimento e degradação dos corpos negros. Essa violência estrutural, inscrita no cotidiano do trabalho forçado e nas condições precárias de vida, evidencia que a escravidão deve ser compreendida não apenas como um regime de dominação econômica, mas como um processo de destruição física, emocional e simbólica dos sujeitos escravizados.

A partir da década de 1850, com a efetiva aplicação da Lei de 7 de setembro de 1831, conhecida como Lei Feijó-Barbacena ou “Lei para Inglês Ver”, o Brasil finalmente proibiu o tráfico transatlântico de pessoas escravizadas. Essa medida, contudo, não significou o fim imediato da escravidão, mas provocou uma reconfiguração nas dinâmicas do comércio de cativos. Em consequência da proibição da importação de africanos, intensificou-se o tráfico interprovincial, que visava suprir a demanda por mão de obra escrava nas regiões em expansão econômica (Costa, 2017).

Na Província do Piauí, essa nova realidade resultou no incentivo à reprodução da população escravizada, tanto nas fazendas privadas quanto nas fazendas nacionais, como estratégia para manter a oferta de trabalhadores necessária ao funcionamento das atividades agrícolas e pecuárias. A valorização dos escravos nascidos no Brasil fez com que os proprietários passassem a investir no controle e na vigilância sobre essas populações, uma vez que cada indivíduo representava um bem de alto valor econômico. Nesse contexto, os anúncios de fuga de escravizados, como o publicado no jornal *O Piauí* em 1869, revelam a

permanência de práticas de repressão e a tentativa dos senhores de reafirmar o domínio sobre os cativos:

Fugio no dia 20 do corrente do sitio S. Miguel, pertencente á Domingos Gonçalves Pedreira Sobrinho, o escravo Raimundo, Criolo, de 20 annos de idade pouco mais ou menos, rosto redondo, pouca barba, baixo, cheio de corpo, rendido das verilhas e com veziveis sinais de relho. Crê-se q' fugio com destino de ir longe, pois entre outros objectos conduzio surrão e rede. Quem o pegar e entregar nesta cidade ao Sr. Antouio Gonçalves Pedreira Portellada; ou no sitio referido ao seu senhor; será generosamente recomensado (1869, p. 4).

Esse registro evidencia não apenas o controle rigoroso e a vigilância sobre os corpos escravizados, mas também a resistência constante expressa nas fugas, uma das principais formas de contestação à ordem escravista vigente. As fugas representavam um ato de coragem e desespero diante das condições desumanas impostas pela escravidão. Em muitos casos, até mesmo pessoas idosas, debilitadas fisicamente, arriscavam-se a fugir, demonstrando o quanto o sofrimento ultrapassava os limites do suportável. Um exemplo dessa realidade pode ser observado no anúncio publicado no jornal *A Imprensa*:

Fugio no dia 30 de agosto do anno passado de 1865 da cidade da Theresina provincia do Pauhy, a escrava Silveria –, crioula, já idosa, bem preta, boca grande, beiços grossos, nariz pequeno, testa pequena e enrugada, muito cabellos e grandes, porem costuma atrazel-o baixo, desdentada na parte superior da boca, apenas tem na mesma parte as duas presas e essas já ordinarias, [...] secca do corpo e delgada, bem exmalmada; roga-se pois as autoridades cíveis e militares, ou a quem á apprehender, mandal-a a sua senhora na referida cidade de Theresina (1866, p. 4).

A descrição minuciosa do corpo da escravizada Silveria, marcada pela velhice e pela magreza extrema, revela não apenas a intenção de facilitar sua captura, mas também o olhar desumanizador com que as pessoas escravizadas eram tratadas. A expressão “secca do corpo”, comum na linguagem popular da época, indica que ela era muito magra e tísica, ou seja, tuberculosa, sinal evidente das precárias condições de vida e do abandono a que eram submetidos os cativos. Até mesmo os detalhes sobre a falta de dentes e a aparência física reforçam a imagem de uma mulher exausta e fragilizada, que, apesar disso, ainda tentou resistir e buscar liberdade.

As condições de infraestrutura urbana em Teresina durante o século XIX eram precárias, sobretudo nas áreas periféricas, onde faltavam serviços básicos e o saneamento era quase inexistente. Desde a fundação da cidade, os poderes municipais concentraram esforços em estreitar as relações com as províncias vizinhas, como Ceará, Maranhão e Bahia, por meio

da abertura de estradas que interligassem os principais municípios (Queiroz, 2006). No entanto, essa prioridade entre as conexões externas revela que o investimento urbano interno era secundário.

De acordo com Rakell Silva e Joseanne Marinho (2024), logo após a transferência da capital, a população e as autoridades locais já enfrentavam diversos problemas, especialmente devido à localização da sede do município do Poti, cercada pelo rio e por lagoas ciliares. Essa configuração geográfica tornava o local suscetível a enchentes frequentes, que favoreciam a proliferação de doenças palustres e outras endemias típicas de regiões alagadiças. Nesse contexto, para amenizar as enfermidades e estabelecer normas de organização de higiene, foi promulgado em 1867, o Código de Posturas de Teresina, que buscava regular aspectos como limpeza das ruas, construção de edificações e controle de doenças. Apesar de representarem uma tentativa de disciplinar o espaço urbano e melhorar as condições sanitárias, tais medidas mostravam-se ineficazes diante da escassez de recursos e da falta de infraestrutura básica, especialmente nas áreas habitadas pela população pobre e escravizada (Moreira, 2016).

Na impossibilidade de encontrar a lei em sua totalidade, a partir da obra de Monsenhor Chaves (1998, p. 39-40), foi possível verificar que ficava proibida a construção de casas de palha dentro do chamado “quadro da décima urbana”, numa tentativa de organizar e higienizar parte da cidade. No entanto, os subúrbios apresentavam um cenário bastante distinto, descrito como um verdadeiro “labirinto de palhoças”. Nessas áreas, predominavam as construções cobertas por palha, que despertavam o descontentamento dos governantes por destoarem do ideal de modernização urbana projetado para Teresina. Além de serem consideradas feias e inadequadas ao plano de embelezamento da cidade, essas moradias também preocupavam os médicos, que as associavam à insalubridade e à propagação de doenças.

As palhoças e casebres onde a população vivia ofereciam pouca proteção contra as chuvas e eram constantemente invadidos por insetos e sujeira. Os cômodos apertados e pouco abertos para a entrada de ar eram condenados pela ciência médica. Além disso, argumentava-se que o tamanho reduzido e a superlotação comprometiam não somente a salubridade do local, mas também prejudicavam a higiene dos indivíduos, uma vez que a grande maioria das residências não possuía espaços destinados a tais fins. Localizadas próximas a terrenos alagadiços, essas moradias conviviam com águas paradas, lixo e esgoto a céu aberto, criando um ambiente propício à proliferação de doenças (Araújo, 1995).

Como destaca Alcides do Nascimento (2011), para os gestores municipais, intelectuais e visitantes, as casas de palha em Teresina eram marcadas por censura e medo. Os problemas de habitação na cidade se avultavam mediante o aumento do número de pessoas em situação

de miséria, o que costumava ocorrer em períodos de seca e epidemia no sertão nordestino, quando a cidade recebia várias famílias do interior do Piauí, mas também de outras províncias, como Maranhão e Ceará, que buscavam refúgio na capital.

Para os cativos não era diferente, estavam sujeitos a essas condições, expostos a enfermidades como febres intermitentes, diarreias, infecções de pele e doenças respiratórias. Segundo Genimar Carvalho (2013, p. 112–114), os “barracões coletivos de taipa e palha” destinados aos escravizados eram construídos próximos aos canteiros de obra ou em áreas periféricas da cidade. Embora tivessem caráter provisório, esses alojamentos permaneciam marcados pela precariedade, abrigando dezenas de homens, mulheres e crianças em espaços sem qualquer separação adequada, o que resultava em condições de extrema promiscuidade e falta de higiene. As estruturas de madeira rapidamente apodreciam, a cobertura de palha apresentava vazamentos e o chão de terra batida transformava-se em lama durante o período chuvoso.

As condições de alimentação dos escravizados eram extremamente precárias, marcadas por uma fome crônica e por uma dieta monótona. Em Teresina, a alimentação diária consistia, em geral, em pequenas porções de farinha, feijão e, ocasionalmente, restos de carne salgada ou peixe seco, quando disponíveis. Essa dieta era notoriamente insuficiente tanto em quantidade quanto em qualidade, incapaz de repor as energias gastas nas longas jornadas de trabalho sob o sol intenso. A carência de alimentos frescos, como frutas e hortaliças, agravava o quadro de desnutrição e vulnerabilidade a doenças. Essa realidade contrastava fortemente com as recomendações presentes nos manuais agrícolas da época, como o de Carlos Augusto Taunay (1839, p. 150), que orientava os senhores a oferecerem uma alimentação “suficiente e variada” aos cativos, entendendo que uma boa nutrição era essencial para preservar o “capital” representado pelo escravo. No entanto, na prática, tais orientações raramente eram seguidas, sobretudo nas áreas mais pobres e afastadas, onde a manutenção da força de trabalho era pautada pelo mínimo necessário à sobrevivência.

Miridan Falci (1995, p. 132), ao analisar o sertão piauiense, cujos excedentes abasteciam Teresina, afirma que “[...] a ração de farinha era medida com parcimônia exagerada, constituindo o esteio, quando não a totalidade, da alimentação do cativo”. Era servida a ele, frequentemente, de má qualidade, ralada grossa ou mesmo estragada. Os suplementos, quando existiam, eram irregulares e em quantidades ínfimas. Como ilustra Araújo: “A farinha de mandioca, que custava 45\$000 réis em 1870, saltou para 25\$500 réis em 1877. A carne verde subiu de 160 réis (1876) para 360 réis o quilo (1878) – preços incompatíveis com salários de 220 réis diários’ (1995, p. 23).” A citação evidencia a grave crise econômica e de

abastecimento alimentar vivida no Piauí durante a década de 1870. A escalada dos preços de itens básicos, como a farinha de mandioca e a carne fresca, conhecida como carne verde, tornou inviável o sustento diário, especialmente para os segmentos mais pobres da população.

O ano de 1878–1879 representou para a capital um período de intenso crescimento populacional, acompanhado por uma grave crise no abastecimento de alimentos e na oferta de empregos. A cidade recebeu um grande contingente de retirantes vítimas da seca, que passaram a se estabelecer na capital em busca de melhores condições de vida. No entanto, a precária infraestrutura urbana não suportou o aumento repentino da população, o que levou à criação de núcleos de socorro aos flagelados em fazendas particulares. Diante desse cenário, a ajuda imperial era frequentemente requisitada, e as negativas da Corte geravam tensões e conflitos entre os próprios membros da elite local. Com isso, a chegada dos retirantes também alterou a dinâmica social da cidade “[...] pequenas atividades urbanas, outrora ocupadas por escravos e homens livres de cor, foram redistribuídas entre os retirantes.” (Silva, 2018, p. 55). Essa redistribuição do trabalho, somada à escassez de recursos, contribuiu para o aumento do ócio, da criminalidade e da violência entre os grupos subalternos, o que passou a ser motivo de preocupação e debate entre senhores, políticos, comerciantes e membros do clero.

Entre 1870 e 1877, o preço da farinha quase duplicou, enquanto o da carne mais que dobrou em apenas dois anos, ao passo que os salários médios permaneciam extremamente baixos, em torno de 220 réis por dia (Araújo, 1995). Esse descompasso econômico fazia com que, mesmo após longas jornadas de trabalho, grande parte da população não conseguisse adquirir alimentos suficientes para garantir uma nutrição mínima. O elevado custo de vida, aliado ao baixo poder aquisitivo, resultava em fome, desnutrição e maior vulnerabilidade às doenças, transformando a sobrevivência cotidiana em uma luta constante.

Para os escravizados, a alimentação fornecida pelos senhores era geralmente escassa e de baixa qualidade, e, em períodos de carestia, eram os primeiros a sofrer cortes. Essa má alimentação, somada às intensas jornadas de trabalho, agravava ainda mais sua vulnerabilidade. No meio rural, nas fazendas e engenhos de cana-de-açúcar, os cativos realizavam tarefas pesadas e variadas, sob a supervisão constante dos feitores, incluindo o cultivo e a colheita, o manejo dos animais e a manutenção das propriedades. Além de aliviar o trabalho braçal dos senhores, os escravizados também funcionavam como símbolo de prestígio e ostentação, reforçando a posição social daqueles que os possuíam. Nas áreas urbanas, eram igualmente explorados em diversos afazeres, atuando como pedreiros, carpinteiros, roceiros ou trabalhadores domésticos, o que evidencia a ampla participação dos escravizados nas atividades econômicas e sociais da época (Silva, 2018).

Além das precárias condições de moradia e higiene, que favoreciam a propagação de doenças entre os cativos, a fome generalizada agravava ainda mais o quadro de mortalidade, sobretudo entre os mais jovens e os idosos, cujos corpos eram mais frágeis e suscetíveis. A historiadora Mary Karasch (2000), ao analisar a expectativa de vida da população escravizada, explica que a morte dos cativos resultava de uma complexa combinação de fatores, como o descaso físico, os maus-tratos, a dieta inadequada e a incidência de doenças. A ausência de alimentação suficiente, de vestimentas adequadas e de moradias salubres, somada aos castigos frequentes, enfraquecia os corpos e os tornava mais vulneráveis a vírus, bactérias, bacilos e parasitas que proliferavam nas áreas densamente povoadas das cidades. Assim, as ações, intencionais ou não, dos senhores contribuíam diretamente para o agravamento de determinadas enfermidades ou criavam, de forma indireta, condições favoráveis à rápida disseminação de moléstias contagiosas entre a população escravizada.

Nesse sentido, Jacob Gorender (1985) destaca que é fundamental considerar as condições cotidianas de vida para compreender o tratamento dispensado aos cativos. Aspectos como a quantidade e a qualidade dos alimentos, o tipo de vestuário, as condições de habitação, a duração da jornada de trabalho e, sobretudo, a natureza e a frequência dos castigos impostos são elementos essenciais para entender o grau de exploração e sofrimento a que os escravizados eram submetidos.

Em busca de maximizar os lucros e reduzir os custos de manutenção, os senhores recorriam sempre aos alimentos mais baratos e de menor valor nutritivo para alimentar os cativos, oferecendo-lhes apenas o mínimo necessário à sobrevivência imediata, sem qualquer preocupação com os efeitos a longo prazo. Quanto mais baixo o preço do mantimento, mais provável era que fosse destinado ao consumo dos escravizados, reforçando a lógica de desumanização e de economia sobre o corpo. Essa prática enfraquecia o organismo dos cativos, tornando-os mais suscetíveis a doenças, fadiga crônica e morte precoce. Os dados econômicos registrados pela imprensa não só revelam um colapso no abastecimento, mas também permitiram compreender o impacto direto dessas crises sobre a saúde da população negra escravizada, como pode ser observado no Relatório de Província do ano de 1877:

O presidente Graciliano de Paula Batista autorizou a venda de farinha a 80 réis o litro para pobres, pois a carestia levava famílias a comer 'massa de coco babaçu e palma'. Mesmo assim, crônicas relatavam crianças 'esqueléticas mastigando raízes' (1877, p. 23).

A crise de 1877 obrigou o presidente da Província do Piauí a estabelecer a venda de farinha a preços reduzidos, diante do avanço da fome entre os mais pobres. Nesse contexto de



extrema escassez, podemos pensar que os escravizados, dependentes da alimentação fornecida pelos senhores, certamente viram sua dieta, já insuficiente, tornar-se ainda mais precária. Quanto mais barato o alimento, mais frequentemente ele era destinado aos cativos, agravando os quadros de desnutrição, fraqueza e doenças, o que elevava significativamente os índices de mortalidade. Em Teresina, essa realidade se refletia em debilidade física, maior suscetibilidade a enfermidades e queda na produtividade, gerando um ciclo vicioso de punições, sofrimento e deterioração da saúde. O corpo escravizado era constantemente colocado sob ataque, a partir das condições de moradia insalubre, alimentação precária e trabalho exaustivo.

Na capital, a Santa Casa de Misericórdia estava entre as instituições responsáveis pelo atendimento médico à população. Embora oferecesse cuidados hospitalares de caráter caritativo, sua capacidade de atendimento era limitada e os cativos frequentemente recebiam assistência apenas em casos mais graves ou quando havia vagas disponíveis. Esse estabelecimento era mantido a partir de doações particulares e públicas, sendo dirigido pelo Dr. Simplicio de Sousa Mendes, médico do Partido Público. Esse hospital era responsável por atender pobres, incluindo os escravizados, indigentes, presos e soldados de polícia, sendo um local onde se tratavam diversas moléstias infecciosas, baseadas na medicina curativa, como doenças venéreas, verminoses, diarreia e febres (Piauí, 1851).

Muitos adoecidos, principalmente os escravizados, recorriam às artes de cura, utilizando ervas, banhos de plantas medicinais, rezas e saberes tradicionais transmitidos de geração em geração para combater febres, diarreias, infecções de pele e outros agravos comuns em seu cotidiano, dificuldade de acesso e escassez de recursos nas instituições hospitalares, além de uma presença ínfima de médicos no interior do Brasil, sendo que até o final dos oitocentos, a corporação médica brasileira estava concentrada em cidades como o Rio de Janeiro “[...] com presença secundária em algumas capitais provinciais do Brasil, como Recife, Porto Alegre, Ouro Preto e São Paulo. Praticamente não havia doutores nas vastas regiões rurais do país, por onde se dispersava o grosso da população” (Guimarães, 2016, p. 15). Desse modo, os costumes recorrentes, principalmente no interior do país, como é o caso do Piauí, é que os processos de cura ocorressem principalmente a partir dos conhecimentos tradicionais de caráter oral, que eram conhecidos pela população, e menos a partir da gerência da ciência médica.

## **2.2 Principais doenças e o quadro nosológico dos escravizados**

Teresina dispunha de uma infraestrutura sanitária ainda incipiente no século XIX que, de acordo com Joseanne Marinho (2018), o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Teresina proporcionava os socorros médicos aos chamados indigentes. A alimentação fornecida pelo Hospital era baseada em produtos como carne, galinha, farinha de mandioca, arroz pilado, vinho do porto, milho e manteiga. Apesar da oferta sem custos para a população desprovida, havia uma clientela privada e este constituía um dos meios de sustento do estabelecimento hospitalar, que contava ainda com o subsídio do governo provincial.

Antes de tornar-se oficialmente a Santa Casa de Misericórdia, o hospital era conhecido como Hospital de Caridade. De acordo com Clodoaldo Freitas (2020), foi fundado em Oeiras em 1849 e transferido para Teresina em 1854, marcando um momento importante, quando passou a funcionar no prédio do quartel da polícia, por não possuir estrutura própria. Somente em 1861, a instituição foi formalmente cedida à administração da Santa Casa, passando então a ser denominada Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Teresina.

O hospital, era elogiado por funcionar com “a maior ordem e economia possível”, sendo descrito como “asilo e alívio a seus males” para a “humanidade enferma e desvalida”. Durante o período relatado, que coincidiu com o final do período chuvoso, o documento apontava que “grassaram muitas febres intermitentes”, o que ampliou significativamente a procura por atendimentos (Piauí, 1852, p. 9). Esses trechos revelam a fragilidade e insuficiência dos serviços de saúde no hospital, indicando que, apesar da administração destacada, a população continuava exposta a doenças frequentes e, muitas vezes, não conseguia atendimento adequado, refletindo nas limitações estruturais e na precariedade enfrentada pelos pacientes, especialmente os escravizados e os pobres.

Além disso, ao analisarmos esse fragmento, torna-se possível compreender que o adoecimento, mais do que uma simples condição biológica, refletia diretamente as desigualdades estruturais e as condições materiais da sociedade oitocentista. Seguindo essa perspectiva, George Rosen (1994) afirmava que a medicina deveria ser compreendida não apenas como uma ciência ou uma prática clínica isolada, mas como um fenômeno profundamente inserido no contexto social, cultural e histórico em que está situada. Para o autor, a saúde e a doença são expressões que refletem as condições econômicas, políticas e ambientais da sociedade, sendo influenciadas pelas desigualdades e transformações sociais. Dessa forma, a história da medicina acompanhou as mudanças nas estruturas sociais e nos valores culturais, demonstrando que os avanços médicos estão sempre vinculados às circunstâncias históricas e sociais específicas.

Dessa forma, compreender a medicina historicamente, implica reconhecer a sua relação intrínseca com os processos sociais que afetam a vida dos indivíduos e das comunidades. Então a doença, nesse contexto, não pode ser dissociada dos determinantes sociais e econômicos que configuravam a vida urbana e, especialmente, a realidade dos grupos subalternizados, como os escravizados. Portanto, essa descrição não apenas ilustra a intensidade do sofrimento físico, mas também funciona como um documento histórico que permite acessar, através do corpo enfermo, as marcas da violência social e das precárias condições de vida do período.

De acordo com Solimar Lima (2005, p. 131), as doenças mais comuns entre os escravos eram: “as dores osteocópicas, catarro pulmonar, febre, bubões syphilíticos, cancrões venerosos, disenteria, sífilis, verme, entre outras.” Os dados da Santa Casa revelam que entre os defeitos físicos, os mais comuns eram os aleijões e a cegueira (Santa Casa De Misericórdia De Teresina, p. 45-67). Além disso, tanto as marcas sofridas pelo trabalho, como a violência causada, também contribuíam para desencadear doenças e cicatrizes. Nem os escravos mais velhos escapavam da violência praticada pelos senhores de escravos no Piauí.

Conforme indicado em relatórios médicos e administrativos da época, a sífilis era frequentemente diagnosticada em pessoas cativas, evidenciando a fragilidade da saúde dos escravizados e a ausência de cuidados adequados. O Relatório da Província do Piauí de 1852, destacava que “as moléstias venéreas, entre as quais a sífilis é a mais grave, apresentavam altos índices de incidência entre os cativos, agravadas pela falta de higiene e pela negligência dos senhores” (Piauí, 1852, p. 14). O relatório aponta ainda que:

O Hospital da Caridade, embora seja a principal instituição de saúde da capital, encontrava-se despreparado para atender adequadamente os escravizados acometidos por tais enfermidades (Piauí, 1852, p. 9).

Esse despreparo pode ser interpretado de diversas formas, desde a ausência de leitos destinados aos escravizados, até a falta de profissionais dispostos a atendê-los ou de recursos básicos para tratar enfermidades que exigiam cuidados contínuos, como sífilis, disenterias e febres. Além disso, a estrutura institucional da época refletia as desigualdades sociais vigentes, priorizando o atendimento à população livre, sobretudo branca e de maior prestígio social. Os jornais locais também traziam relatos que ilustravam a gravidade das doenças na população. No ano de 1858, o jornal *O Propagador*, soltou uma nota que informava: “A moléstia predominante foi a syphilis sob diferentes formas. Principiou a apparecer a febre intermitente, propria da estação, e da localidade” (1858, p. 2).

Essa citação denuncia as condições de vulnerabilidade da população, mas também permite entrever a situação dos escravizados, cujas condições de vida os tornavam especialmente suscetíveis a variadas doenças, que eram recorrentes nas populações marginalizadas. O silêncio imposto pelos donos, motivado por interesses econômicos e pela manutenção de sua autoridade, tornava impossível qualquer forma de assistência contínua. Isso dificultava o acesso dos escravizados aos tratamentos, pois as doenças eram vistas, frequentemente, como consequência da falta de moralidade ou castigo divino, e não como um problema social e de saúde pública.

Além disso, a menção à exploração sexual, no caso das doenças venéreas, evidencia o controle total dos corpos, especialmente das mulheres negras, frequentemente abusadas desde a infância por senhores, feitores e até médicos. Como aponta Sidney Chalhoub (1996), a escravidão estruturava relações de poder que permitiam a violência sistemática sobre os escravizados, utilizando seus corpos como instrumentos de dominação. Nesse contexto, a sífilis não pode ser entendida apenas como consequência da promiscuidade atribuída falsamente aos cativos, mas como resultado direto da violência e do abuso institucionalizado. Deborah Gray White (1985) enfatiza que a exploração sexual das mulheres escravizadas era uma prática recorrente e profundamente ligada à manutenção do controle social e econômico. A propagação da doença, portanto, não se dava apenas por fatores biológicos ou sanitários, mas sobretudo por estruturas sociais baseadas no racismo, na dominação sexual e na negação de humanidade às pessoas escravizadas.

Vivian Zampa e Kaori Kodama (2017, p. 143) discutiam como o “pensamento médico da época frequentemente atribuía a propagação de doenças venéreas aos ‘costumes libertinos’ e à ‘promiscuidade’ atribuídos à população negra, reforçando estereótipos racistas e justificando a negligência”. Essa estigmatização dificultava ainda mais o acesso a qualquer tipo de cuidado, evidenciando que no século XIX, o discurso médico não era neutro, mas permeado por preconceitos raciais que afetavam diretamente a forma como essas enfermidades eram interpretadas e tratadas entre os escravizados. Essa lógica também pode ser percebida na documentação administrativa da Província do Piauí na ordem de 1875 em que se orientava:

Declaro a Vmce. p<sup>a</sup> sua interligencia e fins convenientes, que servil-as pessoas indigentes, e não a escravos ou outras que dispunham de meios se deve forneça medicamentos e dietas p<sup>a</sup> o seu tratamento no Lazareto de Variolosos, convendo que vmce, declare nas receitas e pedidos o nome do individuo a quem são destinados (Piauí, 1875, n.p).

O documento evidencia que a assistência médica estava restrita a determinados grupos sociais, reproduzindo a hierarquização racial e social presente no pensamento médico da época. Essa perspectiva legitimava a negligência das autoridades sanitárias e dos senhores de escravos, que não viam a necessidade de oferecer cuidados médicos adequados a essas pessoas. A saúde deles era frequentemente negligenciada, sendo considerada apenas quando seu estado físico comprometia diretamente sua força de trabalho. A tabela abaixo apresenta o movimento da população que frequentou a Santa Casa de Misericórdia de Teresina em parte do ano de 1878:

Tabela 1 – Movimento do Hospital de 1º de junho a 30 de novembro de 1878.

Doentes	Pobres	Soldados de Policia	Escravos Particulares	Total
Entraram	49	6	1	56
Sahiram curados	18	5		23
Falleceram	17	1		18
Existem	14		1	15
Somma	49	6	1	56

Fonte: Piahy, 1878, p. 13.

A tabela reforça que, nesse período, a Santa Casa de Misericórdia atendia majoritariamente a população pobre, que era a principal a recorrer aos serviços de socorro disponíveis. Em seguida, aparecem os soldados de polícia, pertencentes às patentes mais baixas, como um grupo que também buscava assistência médica. Já os escravizados particulares figuram em número bastante reduzido, o que indica que seus proprietários apenas os levavam ao hospital em situações de extrema gravidade, quando os praticantes de cura não conseguiam resolver. Esses dados evidenciam o caráter assistencial voltado aos mais vulneráveis da sociedade, ao mesmo tempo em que revelam as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. No mesmo contexto, o jornal *A Imprensa* retratou no ano de 1885 uma operação de kelotomia em um escravizado:

Foi praticada hoje esta operação no Hospital da Santa Casa de Misericordia, pelos cirurgiões militares os drs. Gentil Pedreira e Candido de Hollanda Costa Freire em um escravo do sr. Viriato Campos, tendo corrido bem o trabalho operatório (1885, p. 4).

A kelotomia, termo médico da época, era um procedimento cirúrgico, geralmente uma incisão do saco herniário em casos de hérnias estranguladas ou encarceradas. O objetivo principal é liberar o conteúdo da hérnia que ficou preso e está com o suprimento sanguíneo

comprometido, antes que ocorra necrose tecidual (Nunes, 1891). O anúncio publicado no jornal possivelmente teve destaque porque o paciente era um escravizado, o que não era comum nas páginas destinadas às notícias médicas ou institucionais. Casos envolvendo pessoas escravizadas geralmente eram mencionados em casos de fuga, de compra e venda, ou nesses casos, como o sucesso de uma intervenção cirúrgica. Assim, a publicação pode ter servido tanto para evidenciar a eficiência e a competência dos cirurgiões militares, quanto para demonstrar o bom funcionamento dos serviços prestados pela Santa Casa de Misericórdia.

Além disso, torna-se possível compreender que o adoecimento, mais do que uma simples condição biológica, refletia diretamente as desigualdades estruturais e as condições materiais da sociedade oitocentista. Seguindo a perspectiva de George Rosen (1994), em que a medicina deve ser compreendida não apenas como uma ciência ou uma prática clínica isolada, mas como um fenômeno profundamente inserido no contexto social, cultural e histórico em que está situada. Para o autor, a saúde e a doença são expressões que refletem as condições econômicas, políticas e ambientais da sociedade, sendo influenciadas pelas desigualdades e transformações sociais. Dessa forma, a história da medicina acompanha as mudanças nas estruturas sociais e nos valores culturais, demonstrando que os avanços médicos estão sempre vinculados às circunstâncias históricas e sociais específicas. Assim, compreender a medicina historicamente implica reconhecer a sua relação intrínseca com os processos sociais que afetam a vida dos indivíduos e das comunidades.

Nesse contexto, a doença não pode ser dissociada dos determinantes sociais e econômicos que configuravam a vida urbana e, especialmente, a realidade dos grupos subalternizados, como os escravizados. Portanto, essa descrição não apenas ilustra a intensidade do sofrimento físico, mas também funciona como um documento histórico que permite acessar, através do corpo enfermo, as marcas da violência social e das precárias condições de vida.

Nos registros analisados, a doença respiratória com maior incidência encontrada nos documentos analisados foi a tuberculose, conhecida como “[...] tizica (tísica), tizica pulmonar, moléstia do peito, tizica escrofulosa, tizica mesentérica, tizica abdominal, phthisicalaryngeana e ética” (Karasch, 2000, p. 210), também chamada doença do peito. De acordo com a Sociedade Brasileira de Infectologia, tuberculose é o nome científico da patologia, e doença do peito, é o nome popular. No século XIX, Chernoviz, (1842) definiu a tuberculose como uma doença que diminuía, gradativamente, as forças do enfermo, junto com o emagrecimento progressivo, ocasionado pela presença de tubérculos nos pulmões. Ocorrem tosses com secreção, escarros, acompanhadas de tosse seca, que pode durar muito tempo, até anos.

Posteriormente aparecem febres, dores nos peitos, suores intensos e, por último, tosse com expectoração e presença de sangue:

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

Nesse contexto, tem-se a tuberculose, que, segundo Santos Filho (1966), era uma doença inexistente antes da colonização, mas foi transmitida pelos europeus aos negros e índios. Contudo, a tuberculose se alastrou no Novo Mundo, independente da qualidade ou condição do indivíduo, por ser uma enfermidade de fácil contágio, bastava inalar gotículas contendo a bactéria, que poderia se originar de uma tosse, espirro ou fala de uma pessoa contaminada. É transmitida por uma bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, que foi descrita em 1882 por Robert Koch, mas cuja cura foi descoberta apenas no século XX (Kritski, 2001).

Em Teresina, o aumento dos casos de tuberculose nas últimas décadas do século XIX despertava crescente preocupação entre médicos, autoridades e parte da imprensa provincial. A precariedade das condições de moradia, a má alimentação e a ausência de medidas higiênicas contribuíam para a disseminação da enfermidade. Os periódicos locais, ainda que de forma breve e pontual, registravam esses episódios. O texto abaixo, publicado no periódico *O Propagador*, exemplifica esse tipo de registro:

Tem chegado ao nosso conhecimento diversos casos de thisica pulmonar que teem apparecido em differentes pontos desta cidade, causando apprehensão entre os moradores e familias. D'entre os recentes, cumpre-nos registrar o fallecimento de um escravo de nome Benedicto, pertencente ao cidadão Manoel Rodrigues da Silva, residente ás margens do rio Parnahyba. O desgraçado cativo vinha, ha muitos mezes, sendo roido pela molestia, que o foi consumindo lentamente, até que, sem forças e já entregue á vontade divina, expirou em sua senzala, ao romper da manhã de terça-feira. Segundo consta, recebeu a benção do vigario, que alli compareceu em seus ultimos momentos. Casos semelhantes tem-se repetido com frequência, sendo a doença uma das que mais affligem a nossa população (1860, p.1).

Essa informação explica por que o ambiente onde eram alojados os escravos propiciava a proliferação da tísica, já que as senzalas consistiam em locais, facilitadores do contágio, levando-se em conta que a transmissão ocorria por meio de secreções de pessoas contaminadas, como tosses e espirros. Conforme Slenes (1999), as senzalas eram como galpões, divididos em cubículos ou cabanas individuais. Havia, inclusive, senzalas desprovidas de janelas, de modo que, com a falta de ventilação, a tuberculose era transmitida com maior facilidade, pois que todos os escravos respiravam no mesmo ambiente, facilitando a disseminação da doença.

Outra das principais doenças que figura epidemia no Brasil no século XIX é a febre amarela, inclusive entre as populações pobres e escravizadas. Como aponta Priscila Ferreira, as epidemias de febre amarela, cólera e varíola “devastaram o interior baiano, atingindo com especial crueldade os cativos, cuja condição de vida os tornava vulneráveis às moléstias infecciosas e às doenças do trabalho” (2017, p. 87). Essa vulnerabilidade não era apenas biológica, mas socialmente produzida, uma vez que o sistema escravista criava um ambiente de insalubridade que favorecia a disseminação de enfermidades e restringia o acesso dos cativos aos tratamentos.

A Bahia oitocentista, por ser um dos principais portos do tráfico atlântico, juntamente com o Rio de Janeiro, capital do Império, recebeu milhares de africanos que, após as longas e degradantes viagens marítimas, desembarcavam exauridos, desnutridos e, muitas vezes, já adoecidos. Segundo Karasch (2000), a viagem pelo Atlântico era um espaço de sofrimento extremo, onde a fome, a falta de higiene e o confinamento, favoreciam surtos de febre amarela, escorbuto, verminoses e doenças respiratórias. Ao chegarem, muitos escravizados eram descartados ou isolados em armazéns portuários, conhecidos como calabouços, onde permaneciam até serem vendidos, sem qualquer tipo de cuidado médico.

A vida no cativeiro baiano, especialmente no Sertão e nas vilas do interior, como a Imperial Vila da Vitória da Conquista, era marcada por condições severas, como destaca Priscila Ferreira (2017), por conta da alimentação pobre em nutrientes, moradias úmidas e sem ventilação, jornadas exaustivas de trabalho e castigos físicos constantes. As senzalas eram espaços de superlotação e promiscuidade, com pisos de terra batida e sem ventilação, propícios à proliferação de insetos e mosquitos transmissores de doenças, como a febre amarela (Scarano, 2002).

A estrutura da sociedade baiana escravista se baseava em uma rígida hierarquia racial e econômica. Gilberto Freyre (1933) observava que, enquanto o senhor vivia na casa-grande,



com alimentação variada e acesso a cuidados religiosos e médicos, os escravizados recebiam apenas restos de alimentos e cuidados precários, uma higiene de senzala, como definiu o autor. Essa diferenciação também se refletia no acesso à saúde, uma vez que os escravizados eram, em regra, tratados como corpos produtivos, cuja recuperação só interessava se houvesse prejuízo econômico ao senhor.

Nos surtos epidêmicos de febre amarela, as elites e o clero eram os primeiros a buscar refúgio em zonas afastadas ou a recorrer a médicos formados, enquanto os escravizados eram deixados nas senzalas para morrer ou curar-se com práticas populares. Os registros da Santa Casa de Misericórdia de Salvador entre 1824 e 1855, demonstravam que, a maioria dos internados escravizados só era hospitalizada quando o senhor autorizava e, muitas vezes, para evitar a contaminação dos brancos (Barreto; Pimenta, 2013).

Além das doenças infecciosas, o trabalho forçado e a má nutrição enfraqueciam o organismo dos cativos. Maria Miranda (2004) descreve como a hiponutrição provocava deformações esqueléticas, envelhecimento precoce e infertilidade. Para Ferreira (2017, p. 92), “a doença no corpo escravo era o espelho da desumanização que estruturava o sistema escravista, os cativos adoeciam porque eram tratados como coisa, e não como gente”. A carência alimentar, somada à violência e ao estresse físico e psicológico, criava um ciclo de adoecimento permanente.

No caso específico da febre amarela, Chernoviz (1842), a descrevia como uma enfermidade tropical aguda, com “calafrios, febre intensa e coloração amarelada da pele”, atribuindo sua disseminação às más condições de higiene e ao calor das zonas tropicais. Contudo, como mostra Ferreira (2017), mesmo quando havia conhecimento médico sobre o tratamento a partir de repouso, purgantes, sangrias e isolamento, os senhores não aplicavam tais métodos aos escravizados, pois representavam custo financeiro e perda de tempo de trabalho. Essa racionalidade econômica da doença se aplicava perfeitamente no contexto do Piauí, no trecho publicado no Jornal *A Imprensa*, de Teresina, em que o articulista afirmava que:

Por mais d’uma vez hei applicado á pessoas de minha familia as pílulas anti-febris de preparação do curioso Sr. Honorato Moura, e, em abono da verdade, assevero que são ellas um poderoso antidoto para as febres intermitentes, ou sezões. [...] Entretanto, fazendo depois applicação das pilulas, a que alludo, consegui ver de prompto debelindas aquellas febres, que são endemicas das margens do rio Parnahyba e de terrenos proximos. Essa nova composição chimica é realmente d’uma maravilhosa; e tanto, mais não se recomenda ella aos escravos á não ser que seus donos vão gastar estes montes, quanto é certo que podem ser usados outros tratamentos na intensidade da febre (1871, p.2).

Essa lógica dialoga com o que Ferreira (2017) identifica como, a invisibilidade da dor negra, um processo de naturalização da morte escrava que atravessava o discurso médico, jurídico e religioso. Enquanto a febre amarela devastava as senzalas e os portos, o poder público limitava-se a decretar medidas sanitárias voltadas para os brancos, reforçando o racismo estrutural que permeava a medicina oitocentista.

Além disso, a tese mostra que, diante da negligência médica, os escravizados desenvolveram estratégias próprias de cura, baseadas na tradição africana e indígena, com o uso de ervas, rezas, defumações e banhos medicinais. A partir disso, as práticas de cura se relacionavam ao saber empírico popular e o científico europeu. Nesse sentido, a arte de curar dos cativos era também uma forma de resistência, de preservação de identidades e de recusa ao abandono (Paiva, 2010).

Na segunda metade do século XIX, assim como outras doenças já mencionadas, o cólera figurou entre as principais doenças que atingiu a população do Piauí. Esta, relacionada à água ou de veiculação hídrica, sendo seus sintomas vistos como altamente danosos, de modo que apenas a ameaça da enfermidade preocupava as autoridades públicas e a comunidade médica. As regiões pobres e com precárias condições higiênicas eram mais propícias ao aparecimento do cólera, que era uma doença conhecida por propiciar poucas chances de sobrevivência a quem era acometido (Baptista, 2022).

No Manual do Fazendeiro, de Imbert, consta que “Os vômitos, que se ligão á evacuações alvinas abundantes, aquosas, sanguineas, biliosas, collocão o doente no mais imminente risco de vida; como por exemplo a cholera morbus” (1839, p.162). O bacilo se multiplica rapidamente após a ingestão e, em pouco tempo, provoca quadros graves de desidratação. Essas condições eram ainda mais severas entre a população escravizada, que vivia em ambientes insalubres, com alimentação precária e acesso quase inexistente a cuidados médicos.

Além disso, a água consumida pela população de Teresina no século XIX, provinha de fontes naturais, muitas vezes coletada diretamente do Rio Parnaíba ou adquirida dos carregadores de água, o que favorecia a contaminação (Santos, 2025). Para os escravizados, que geralmente utilizavam água de piores condições ou de locais próximos às senzalas, o risco de infecção era ainda maior, revelando a vulnerabilidade extrema desse grupo diante das doenças epidêmicas. Os periódicos piauienses, como o jornal A Imprensa, mencionavam os infortúnios que o cólera causava nos cativos:

O estado sanitário é bom, O obituário de 15 do passado regista um caso de cholera: foi um escravo que, aoesar de já estar doente, por excesso de alimento, faleceu de forte indigestão, que terminou com symptomas de resfriamento (1884, p. 4).

Essa análise revela o descaso e a naturalização da morte de pessoas escravizadas na imprensa. O periódico trata o falecimento de um homem escravizado de forma breve e superficial, sem qualquer menção à gravidade da epidemia de cólera ou às precárias condições de vida que favoreciam o contágio entre essa população. Ao atribuir a causa da morte a um excesso de alimento e a uma forte indigestão, o jornal desconsidera completamente os fatores estruturais, como: a falta de higiene, a escassez de água potável e o abandono médico, que acometiam os cativos. Essa explicação simplista minimiza a responsabilidade das autoridades sanitárias e dos senhores, transformando uma tragédia causada por negligência em um caso isolado, quase accidental. A linguagem utilizada reforça a indiferença social diante do sofrimento dos escravizados, evidenciando como o discurso médico e jornalístico da época contribuía para invisibilizar a desigualdade e naturalizar a morte de pessoas negras.

A análise apresentada ao longo deste capítulo evidencia que a escravidão em Teresina, durante o século XIX, estruturou-se como um sistema de exploração que ultrapassava a dimensão econômica, atingindo profundamente os âmbitos físico, social e simbólico, da vida dos cativos. A precariedade das moradias, a alimentação insuficiente e o trabalho exaustivo revelam que o cotidiano da população escravizada era marcado pela violência e pelo adoecimento constante, elementos que se entrelaçavam para sustentar uma lógica de desumanização e controle sobre os corpos negros.

A cidade de Teresina, erguida com base no trabalho forçado, refletia em sua organização urbana, as desigualdades do sistema escravista. A falta de saneamento, o acesso restrito à água potável e a ausência de políticas públicas de saúde, agravavam as condições de vida dos mais pobres e, em especial, dos escravizados. A atuação da Santa Casa de Misericórdia, embora representasse o principal espaço de assistência médica da capital, não rompia plenamente com as barreiras sociais e raciais impostas pela época, destinando, muitas vezes, aos cativos, apenas o atendimento em situações extremas, quando o adoecimento ameaçava também a ordem e a produtividade social.

Os registros analisados demonstram o modo como a medicina e a imprensa reproduziam a hierarquia racial vigente. O discurso médico, impregnado de estigmas e preconceitos, responsabilizava os próprios escravizados por suas enfermidades, ocultando as causas estruturais de suas condições. A imprensa, por sua vez, naturalizava as mortes e

adoecimentos, tratando-os como eventos corriqueiros ou até acidentais, o que revela o profundo descaso com a vida dessas pessoas.

Nesse contexto, a doença e a morte dos escravizados não podem ser vistas como fatos isolados, mas como expressões de um sistema que legitimava a exploração e a exclusão sociais. A negligência sanitária, a omissão do poder público e o silêncio dos periódicos, reforçam a ideia de que a saúde da população negra era considerada secundária, a menos que sua deterioração afetasse o funcionamento da cidade ou os interesses das elites.

### 3 PRÁTICAS MÉDICAS E ESTRATÉGIAS DE CURA NO CONTEXTO ESCRAVOCRATA DO PIAUI

No Brasil do século XIX, a relação entre escravidão, saúde e doença constitui um campo de investigação históricas que evidencia as condições precárias de vida impostas à população cativa. As jornadas extenuantes de trabalho, a alimentação insuficiente, as moradias insalubres e a violência cotidiana, contribuíam para altos índices de adoecimento. Como lembra Sidney Chalhoub (1996, p. 25), “as condições materiais de existência dos trabalhadores pobres, em sua maioria negros e escravizados, criavam um terreno fértil para a disseminação de doenças”, o que pode ser estendido também ao caso do interior do país. Essa precariedade não pode ser dissociada da lógica utilitarista que orientava o tratamento dispensado aos escravizados: preservar a força de trabalho era, em grande medida, a principal motivação dos cuidados médicos, como observa Miridan Falci (2008) ao analisar o impacto das doenças na reprodução e manutenção da população escravizada no Piauí.

Nesse mesmo período, consolidava-se no Brasil a chamada medicina oficial,<sup>4</sup> associada a instituições de caridade, hospitais públicos e à atuação de médicos formados nas faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia. Esse campo científico emergente tinha o respaldo do Estado e buscava organizar e regulamentar práticas médicas sob a ótica higienista. George Rosen (1994) observa que a medicina pública no século XIX passou a ser concebida como questão de ordem social, vinculada à disciplina da população, mais do que como um direito individual. No caso brasileiro, esse discurso se traduziu em medidas que priorizavam a manutenção da ordem e o combate epidemias, mas não garantiam acesso efetivo aos escravizados. Como destaca Gilberto Hochman (1998), a saúde pública nesse período ainda se encontrava atrelada a um projeto de construção do Estado nacional, de modo que os grupos subalternos permaneciam em posição marginal no sistema de assistência.

Os saberes e práticas de curar, ou artes de curar, já estavam estabelecidos na sociedade brasileira muito antes da consolidação da medicina institucionalizada, sendo parte integrante da diversidade cultural e das formas tradicionais de cuidado com a saúde. Podemos observar, a partir das análises de Tânia Pimenta (2003), que as parteiras que atuavam em hospitais conquistavam reconhecimento social e a confiança da população, embora sua atuação fosse

---

<sup>4</sup> A expressão medicina oficial refere-se ao conjunto de saberes e práticas médicas reconhecidos e institucionalizados pelo Estado e pela ciência europeia no século XIX. Essa medicina, também chamada de medicina acadêmica ou científica, baseava-se em conhecimentos produzidos nas faculdades de medicina e em hospitais (Rosen, 1994).

cada vez mais regulada e limitada pelo saber médico da época. Saberes africanos, indígenas e também europeus, aliados à experiência empírica do cotidiano, davam origem a alternativas terapêuticas que se espalhavam nos espaços das senzalas, nos quintais e nas comunidades rurais e também nas áreas urbanas. O uso de ervas, rezas, rituais religiosos e rituais mágicos era, ao mesmo tempo, uma forma de tratar enfermidades e de preservar identidades culturais, sobretudo, entre a população marginalizada. Segundo Tania Salgado Pimenta (2003, p. 79), “os curandeiros e rezadeiras desempenhavam papel central no atendimento às populações pobres e escravizadas, muitas vezes oferecendo o único recurso acessível frente às limitações da medicina oficial”. Essa dimensão também pode ser entendida como espaço de resistência cultural, na medida em que reafirmava saberes desqualificados ou perseguidos pelos discursos científicos dominantes. Diego Armus (2007) aponta que, em várias cidades latino-americanas do período, práticas semelhantes não apenas persistiram, mas também coexistiram e dialogaram com a medicina oficial, revelando uma dinâmica complexa de circulação de saberes.

O caso do Piauí adquire particular relevância porque se trata de uma província em processo de formação urbana e institucional, marcada pela fundação de Teresina em 1852. A transferência da capital representou, como demonstra Teresinha Queiroz (1995), um esforço do governo provincial em ordenar o espaço urbano e instituir práticas modernas de administração, o que incluía hospitais de caridade e medidas sanitárias básicas. Documentos oficiais, como o Relatório do presidente da província Luiz Carlos de Paiva Teixeira em 1852, registram a preocupação com a construção do Hospital da Caridade,<sup>5</sup> destinado ao atendimento da população pobre, incluindo escravizados. Monsenhor Chaves (1993) também destaca que o desenvolvimento urbano da nova capital convivia com realidades rurais e tradicionais, o que contribuía para que esses dois universos de práticas médicas, a oficial e as artes de curar coexistissem de forma integrada e colaborativa, mas também entrassem em tensão

Compreender a relação entre escravidão, saúde e doença no Piauí oitocentista, portanto, exige considerar tanto os limites da medicina oficial quanto a vitalidade das artes de curar. Mais do que universos isolados, tratava-se de campos que se confrontavam e, em muitos momentos, se influenciavam mutuamente. Essa perspectiva, como sugere Sidney Chalhoub

---

<sup>5</sup> O Hospital da Caridade, localizado em Teresina, foi uma das principais instituições de assistência médica da província do Piauí durante o século XIX. Fundado sob inspiração das Santas Casas de Misericórdia, tinha caráter filantrópico e atendia, sobretudo, pessoas pobres, enfermos desvalidos e escravizados. Funcionava em estreita relação com a administração provincial e com a chamada medicina oficial, tornando-se um espaço central para a prática médica, a caridade cristã e o controle sanitário da população (Queiroz, 1994).

(1996), permite compreender a saúde não apenas como uma questão biológica, mas como fenômeno social, atravessado por relações de poder, desigualdades raciais e disputas de saberes. No contexto do regime escravista, o estudo desses elementos ilumina não só a história da escravidão, mas também a construção social da saúde no Brasil do século XIX.

Neste capítulo, analisaremos alguns aspectos centrais para compreender a relação entre escravidão, saúde e doença no século. Inicialmente será discutida a medicina oficial e as políticas públicas de saúde no Piauí, destacando como o Estado e os médicos buscavam organizar práticas inspiradas no higienismo europeu, com foco na prevenção de epidemias e na disciplina social. Essas medidas raramente garantiam acesso universal, deixando a população escravizada e as pessoas livres pobres à margem do atendimento formal. Hospitais e instituições de caridade, como as Santas Casas, funcionavam com recursos limitados, reforçando as desigualdades no acesso à saúde.

Também serão abordados os saberes e práticas de curar, ou artes de curar, já consolidados na sociedade piauiense, baseados em tradições africanas, e indígenas, conhecimentos transmitidos oralmente. Incluíam o uso de plantas medicinais, rituais mágico-religiosos, parteiras e curadores populares, funcionando como redes essenciais de cuidado, inclusive, em contextos de escassez de médicos e hospitais. A análise conjunta evidencia a coexistência de dois modelos de cuidado no Piauí: a medicina oficial, estruturada pelo Estado e inspirada em padrões europeus, e os saberes tradicionais consolidados historicamente, mostrando como a população se apropriava de ambos para sobreviver em um contexto de desigualdade estrutural.

### **3.1 Saúde negada: os escravizados e o atendimento medicina oficial piauiense**

No século XIX, a medicina oficial no Brasil começou a se estabelecer como um campo de intervenção do Estado, especialmente com a criação de órgãos como a Inspetoria de Higiene Pública. Essa instituição buscava regulamentar práticas sanitárias e impor normas de controle, principalmente em situações de crise epidêmica. No Brasil oitocentista, a construção de uma política de saúde pública foi marcada por forte seletividade. O Estado não se mobilizava para garantir o bem-estar geral da população, mas sim para proteger os espaços urbanos e os grupos sociais, para que se mantivessem livres das epidemias que ameaçavam a ordem pública. Como aponta Gilberto Hochman:

As bases da política de saúde pública no Brasil, no século XIX, assentavam-se na necessidade de controle das epidemias urbanas e na preservação da ordem social. A preocupação com a saúde coletiva surgia, portanto, em momentos críticos, quando doenças contagiosas como a varíola, a febre amarela e o cólera colocavam em risco não apenas a vida dos indivíduos, mas o funcionamento das cidades, o comércio e a própria legitimidade das autoridades. (1998, p. 45).

Esse diagnóstico é revelador. Ele mostra que a intervenção do Estado não seguia uma lógica universalista de proteção à saúde, mas estava condicionada a fatores de ordem política e econômica. A prioridade era garantir a continuidade das atividades urbanas e preservar a imagem de estabilidade do Império, especialmente em cidades portuárias e capitais provinciais. Nesse cenário, a saúde dos escravizados não figurava como objeto direto de políticas públicas. A preocupação com essa população surgia apenas quando havia risco de contágio para os livres ou quando as epidemias ultrapassavam fronteiras sociais, tornando-se um mal público que exigia medidas coletivas. Assim, a análise de Gilberto Hochman reforça a ideia de que a política de saúde imperial funcionava em chave de exclusão: a vida dos escravizados só se tornava relevante para o poder público na medida em que podia ameaçar a ordem social mais ampla. No Brasil imperial, as primeiras regulamentações voltadas à saúde pública não surgiram como políticas nacionais centralizadas, mas como iniciativas locais, sobretudo conduzidas pelas Câmaras Municipais. Essas instituições se encarregavam de editar posturas e fiscalizar questões de higiene urbana, como limpeza, comércio de alimentos e isolamento de doentes. Como explica Carlos Alberto Miranda:

Ao procurarmos estabelecer uma relação entre saúde e sociedade nessa época, verificamos que as Câmaras Municipais estavam quase sempre presentes como órgãos reguladores dessa relação. A ação do poder municipal na área da saúde pública ocorre através de uma ação ineficiente e meramente fiscalizadora em relação à limpeza das cidades, à inspeção sanitária dos navios através do Provedor da Saúde, ao comércio de alimentos, aos cuidados com o isolamento dos leprosos nos centros urbanos e, em relação à construção de fossas e fontes. (s.d., p. 43).

Esse relato evidencia que o poder público possuía mecanismos regulatórios, mas que eram limitados em alcance e eficácia. As medidas eram pontuais e reativas, com ênfase em fiscalizar práticas de higiene e tentar conter focos de insalubridade, sem uma Inspetoria de Higiene Pública organizada em escala nacional. Um exemplo desse movimento normativo foi a criação do Código de Posturas de 1832, elaborado a partir de relatórios da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Sobre esse marco, Carlos Alberto Miranda afirma:



Desse relatório apresentado pela Comissão, surge um projeto que dará origem ao Código de Posturas de 1832 para a cidade do Rio de Janeiro. Esse Código representou um certo progresso em matéria de legislação sanitária municipal, no que diz respeito a uma ação mais enérgica das autoridades contra os focos de desordem nas cidades (s.d., p. 55).

Esse Código mostra como as ideias médicas passaram a se materializar em normas de higiene, marcando o início da influência dos saberes médicos sobre a legislação urbana. A preocupação, contudo, ainda se restringia ao espaço das cidades, refletindo mais uma tentativa de ordenar e disciplinar a vida urbana do que propriamente uma política de saúde abrangente. Essa tendência se acentuou na década de 1840, com experiências como a criação do Conselho de Salubridade Pública em Pernambuco, em 1845. De acordo com Carlos Alberto Miranda, na ocasião, Aquino Fonseca, presidente do órgão, declarou:

[...] é preciso que empenhemos nossos esforços para que o público se convença de que um Conselho de Salubridade é uma instituição de suma importância em qualquer país civilizado, porque cuida do melhoramento sanitário, e tem de resolver questões de higiene e de medicina legal de alto interesse para a sociedade; é preciso que por nossos acurados trabalhos, acreditemos esta instituição, e a tornemos necessária pelos resultados obtidos (s.d., p. 65).

Esse discurso ilustra a tentativa dos médicos higienistas de legitimar sua intervenção e consolidar a polícia médica, como instrumento de poder técnico e político. A saúde pública, nesse sentido, se tornava também uma forma de controle social. No entanto, quando observamos as prioridades estatais, percebe-se que o foco não estava na saúde dos escravizados, mas nas epidemias urbanas que atingiam indistintamente diferentes grupos sociais. Gilberto Hochman é categórico ao apontar que a epidemia de cólera simbolizou um marco para a consolidação de práticas de vigilância e controle sanitário no Brasil, evidenciando como as autoridades passaram a perceber a saúde pública como instrumento de ordem social e de intervenção sobre as populações pobres:

A epidemia de massa, especialmente a do cólera, seria o ‘paradigma da interdependência’, um ‘mal público’, e dessa forma exigia organizações e políticas permanentes, amplas, coletivas, compulsórias e supralocais (Hochman, 1993, p. 45).

Esse argumento demonstra que o Estado apenas se mobilizava de forma mais incisiva quando a ameaça ultrapassava barreiras sociais e colocava em risco o funcionamento da vida urbana e da economia. Nessas circunstâncias, a intervenção estatal se justificava como medida de interesse coletivo. Essa mesma lógica esteve presente no discurso sanitarista da Primeira República. A célebre metáfora de Miguel Pereira, em 1916, reforçava a percepção de que a

doença era o maior entrave ao progresso nacional “O Brasil é um imenso hospital” (Lima; Hochman, 1996, p. 41).

Embora esse diagnóstico buscasse mobilizar o Estado para ampliar as ações de saúde, ele manteve a mesma orientação central: enfrentar problemas que ameaçavam a sociedade como um todo e a imagem internacional do país, mas sem propor políticas específicas para as populações mais vulneráveis, como os escravizados e, posteriormente, os libertos. Assim, observa-se que, no período imperial, a regulamentação sanitária existia na capital brasileira, mas se restringia a códigos e conselhos locais, com foco no espaço urbano e nas epidemias que ameaçavam a ordem social e econômica. A saúde dos escravizados permanecia fora da agenda pública, sendo tratada de forma marginal, subordinada a interesses privados ou caritativos, e raramente aparecendo como prioridade no planejamento estatal. É notável que, em muitos casos, a saúde da população escravizada não se constituiu como alvo prioritário das políticas oficiais.

Dentro desse cenário, as Santas Casas de Misericórdia<sup>6</sup> e outros hospitais de caridade, assumiram papel fundamental, funcionando como espaços de atendimento tanto para pobres quanto, em alguns casos, para escravizados doentes.

O tipo de instituição da Santa Casa de Misericórdia de Teresina se destacava como uma das mais importantes desse sistema. Um relatório publicado no jornal *A Imprensa*, em 1865, nos permite entender como funcionava essa instituição e quais eram seus principais desafios:

As joias de entrada e as mensalidades com que contribuem os irmãos da santa Casa de misericórdia dão por ora uma somma diminuta e, afora este recurso. Ela não dispõe de outro que não seja a subvenção provincial (*A Imprensa*, 1865).

Isso revela a situação financeira da Santa Casa de Misericórdia. As joias de entrada eram pagamentos feitos por novos membros da irmandade, enquanto as mensalidades eram contribuições regulares dos associados. Porém, esses valores eram insuficientes, como descreve o texto. A instituição dependia fundamentalmente da subvenção provincial, ou seja, do repasse de verbas do governo da província. Isso mostra que, mesmo sendo uma instituição de caridade, a Santa Casa não conseguia se manter sem apoio governamental.

---

<sup>6</sup> As Santas Casas de Misericórdia foram instituições de origem portuguesa criadas a partir do século XVI com o objetivo de oferecer assistência aos pobres, doentes e desamparados. Administradas por leigos católicos, uniam caridade religiosa e função social, tornando-se o principal modelo hospitalar do mundo luso-brasileiro. No Brasil, especialmente no século XIX, essas instituições se integraram à estrutura da medicina oficial, desempenhando papel central na assistência pública, inclusive no atendimento a escravizados e pessoas marginalizadas (Rosen, 1994).

A administração da Santa Casa de Misericórdia também recebe elogios no documento. O texto destaca o trabalho do provedor (administrador) major José d'Araújo Costa, que se mostrava bastante cuidadoso com a boa marcha do estabelecimento humanitário. Isso indica que, apesar das dificuldades financeiras, a instituição mantinha padrões de funcionamento em seus serviços. A menção ao movimento dos doentes - incluindo dados sobre entradas, altas, óbitos e pacientes internados - demonstra que a Santa Casa mantinha um controle regular de suas atividades hospitalares:

A receita, no predicto anno importou em reis 6:723/818, em que contemplam-se 6:000\$ reis da consignação votada pela provincia. A despeza realizada foi de 4:578/804 reis. O saldo, como se vê, é de 1:145/014 rei (A Imprensa, 1865).

Estes números detalhados comprovam a dependência financeira da instituição. Do total da receita de 6:723\$818 réis, impressionantes 6:000\$000 réis, (cerca de 89%) vinham do governo provincial. O fato de a instituição ter gerado um superávit, que era a (sobra de caixa) de 1:145\$014 réis, sugere uma administração cuidadosa e econômica. Porém, esse resultado positivo não significa que a Santa Casa estava em situação confortável - mostra apenas que os administradores eram obrigados a fazer milagres com poucos recursos.

O relatório completo pinta um quadro claro da saúde da época: instituições de caridade que prestavam serviços essenciais à população, mas que enfrentavam sérias dificuldades financeiras. A Santa Casa de Misericórdia conseguia funcionar graças ao apoio governamental e a uma administração extremamente econômica. Esse modelo revela como a saúde pública, mesmo na capital do Brasil Imperial, era precária e dependente da combinação entre caridade e subsídios estatais.

No Piauí, instituições como a Santa Casa de Misericórdia de Oeiras e, posteriormente, a de Teresina, exemplificam como a filantropia<sup>7</sup> se articulava ao controle social. Embora fossem apresentadas como espaços de assistência, essas instituições também se inseriam em um contexto de disciplinamento da população pobre e escravizada. O discurso da caridade servia para legitimar o poder das elites locais, mas na prática, o atendimento prestado pelas Santas Casas estava longe de ser universal e abrangente.

---

<sup>7</sup> O termo filantropia designa as ações de caráter beneficente voltadas ao auxílio dos necessitados, frequentemente associadas à moral cristã e à caridade. No final do século XIX, a filantropia ganhou destaque como prática social e política, articulando-se com o discurso da medicina oficial e com as instituições de assistência, como as Santas Casas de Misericórdia. Essas ações, embora revestidas de compaixão, também funcionavam como instrumentos de controle social e moralização das camadas pobres e escravizadas da população. (Chalhoub, 1996).

Gilberto Hochman, ao analisar a trajetória da saúde pública no Brasil, enfatiza que o padrão nacional era justamente esse no século XIX: a saúde era tratada como mecanismo de controle social e não como direito universal. Segundo o autor:

As bases da política de saúde pública no Brasil, no século XIX, assentavam-se na necessidade de controle das epidemias urbanas e na preservação da ordem social. A preocupação com a saúde coletiva surgia, portanto, em momentos críticos, quando doenças contagiosas como a varíola, a febre amarela e o cólera colocavam em risco não apenas a vida dos indivíduos, mas o funcionamento das cidades, o comércio e a própria legitimidade das autoridades (1998, p. 45).

Essa interpretação ajuda a compreender, de forma comparativa, que a assistência prestada pelas Santas Casas do Piauí se inseria nesse mesmo contexto. Seu funcionamento estava menos voltado à promoção da saúde coletiva em sentido amplo e mais relacionado à contenção de riscos sociais e epidêmicos que poderiam ameaçar a ordem urbana e a economia. O atendimento aos escravizados e pobres, portanto, era justificado em termos de pragmatismo: curar ou isolar os enfermos para proteger os grupos livres e a estabilidade da vida urbana.

Portanto, tanto a Santa Casa de Misericórdia de Oeiras, fundada ainda no período colonial, quanto a de Teresina, criada após a transferência da capital em 1852, ilustram como a no Brasil imperial se articulava diretamente à lógica de disciplinamento. Sob o manto da caridade, consolidava-se um projeto de vigilância e exclusão, em que a saúde dos escravizados só se tornava objeto de atenção na medida em que interessava ao sistema econômico e social escravista.

Como explica Roberto Machado a medicina social no Brasil imperial se estruturava como um campo de saber-poder voltado ao controle da vida coletiva. Nas palavras dos autores:

A medicina social no Brasil do século XIX se constituiu como um instrumento de intervenção do Estado sobre a sociedade, organizando-se de modo a disciplinar corpos e normatizar condutas, muito mais do que assegurar direitos universais à saúde. Ao instituir uma lógica que vinculava higiene, moralidade e trabalho, a medicina tornava-se uma técnica de governo, ao mesmo tempo em que se legitimava como saber científico indispensável à ordem e ao progresso. (Machado, 1978, p. 102).

Essa análise revela que a prática médica naquele período estava muito mais próxima de um projeto político de regulação social do que de uma preocupação humanitária. O discurso da caridade, frequentemente presente nas ações médicas e nas instituições como as Santas Casas de Misericórdia, servia como justificativa moral para uma atuação que, em última instância, tinha objetivos pragmáticos: preservar a força de trabalho e garantir a estabilidade da ordem social. Em outras palavras, tratava-se menos de uma medicina voltada a cuidar e

mais de uma medicina voltada a manter corpos aptos ao trabalho com interesse na regularização social, visando o progresso e aquisição de civilização.

Essa perspectiva é fundamental para compreender por que as políticas públicas do Império pouco se voltaram para a saúde dos escravizados. Se o eixo central da medicina social era disciplinar, higienizar e recuperar o trabalhador livre, aquele necessário à expansão da economia urbana e às novas formas de trabalho que emergiam no século XIX, os escravizados eram, em geral, responsabilidade de seus senhores. Assim, o Estado se limitava a intervir quando a saúde coletiva urbana era ameaçada por epidemias de grande alcance, como a febre amarela, a varíola ou o cólera, mas não estruturava mecanismos específicos de proteção aos cativos.

Portanto, a crítica de Roberto Machado e mostra como a medicina social se inseria no projeto mais amplo de construção do Estado imperial, contribuindo para consolidar práticas de disciplina social. Ao mesmo tempo, evidencia o caráter seletivo dessa intervenção: enquanto o discurso oficial exaltava a caridade, o que predominava era a racionalidade política de preservar a produtividade e a ordem, deixando à margem justamente aqueles grupos que mais sofriam com as condições insalubres de vida e trabalho.

Os registros médicos e hospitalares do período imperial revelam quais medidas de saúde pública eram acionadas. Entre elas estavam, as inspeções sanitárias, quarentenas em portos e cidades, e até anotações específicas sobre a presença de escravizados em instituições hospitalares. Em alguns relatórios da Inspetoria de Higiene Pública, por exemplo, encontram-se referências explícitas ao tratamento dado a essa população:

Determinou-se o isolamento de escravos enfermos em espaços improvisados, apartados das enfermarias principais, a fim de evitar a propagação dos males aos demais internados (1852, p. 13).

Esse testemunho documental é revelador. Ele indica, por um lado, a tentativa de controlar os riscos de contágio dentro dos hospitais e, por outro, a marginalização dos cativos no interior das práticas oficiais de saúde. A lógica que orientava tais medidas não era a do cuidado integral ou da assistência universal, mas a da contenção de riscos e da defesa da população livre. Ao serem isolados em espaços secundários e improvisados, os escravizados eram tratados como potenciais vetores de doença, mais do que como pacientes dignos de atenção médica qualificada.

Essa postura se articula diretamente com a análise de Roberto Machado (1978), para quem a medicina social no Brasil do século XIX estava voltada, sobretudo, a disciplinar corpos e normatizar condutas, vinculando higiene à ordem social e ao trabalho. Nesse sentido, o lugar

reservado aos escravizados dentro dos relatórios médicos e hospitalares evidencia a seletividade do aparato sanitário: enquanto o Estado intervinha de modo mais enérgico diante de epidemias que atingiam indistintamente a população, a saúde dos cativos era relegada a práticas pontuais, marcadas mais pela exclusão do que pela integração.

Dessa forma, o isolamento de escravos enfermos em ambientes precários, longe de representar uma política de cuidado, ilustra o modo como o Estado lidava com a saúde dessa população: por meio de estratégias de contenção e segregação, acionadas apenas quando havia risco de comprometimento da ordem coletiva. Esse dado reforça a ideia de que a política de saúde no período imperial funcionava em chave de exclusão, legitimando desigualdades no acesso ao cuidado e deixando claro que a prioridade das autoridades estava em proteger a população livre e urbana, não em garantir assistência plena aos escravizados.

É nesse sentido que Sidney Chalhoub (1996) descreve a cidade imperial como “febril”, expressão que sintetiza tanto a presença constante de epidemias como varíola, febre amarela e cólera, quanto a tensão entre a precariedade da vida cotidiana e os esforços do Estado em preservar uma imagem de civilidade. A cidade “febril” não era apenas um espaço biologicamente doente, mas também socialmente adoecido, marcada por desigualdades, pela insalubridade das habitações populares e pela ausência de uma política universal de saúde. O adjetivo, portanto, carrega uma dupla dimensão que é a material, que evidencia o impacto das doenças, e a simbólica, que remete à tentativa frustrada de construir uma cidade moderna e saudável sob bases frágeis e excludentes.

Essa chave de leitura ajuda a compreender o caso do Piauí, especialmente nas cidades de Oeiras e Teresina. Em Oeiras, antiga capital, e em Teresina, planejada como a nova sede administrativa a partir de 1852, a existência das Santas Casas de Misericórdia revelava não uma política abrangente de saúde, mas uma lógica de contenção social. Assim como a Corte buscava disfarçar seu caráter febril com posturas de higiene e intervenções pontuais em momentos de epidemia, também no Piauí a caridades das Santas Casas operava mais no campo simbólico do que no da efetiva assistência (Freitas, 1994).

Essas instituições funcionavam como vitrines da caridade e da civilidade das elites locais, apresentadas como benfeitoras diante da população. Entretanto, seu alcance real era limitado e seletivo, atendiam pobres e escravizados quando sua presença doente ameaçava a ordem pública ou o equilíbrio da economia, mas não constituíam um projeto de cuidado universal. Nesse sentido, a análise de Chalhoub permite entender Teresina e Oeiras como versões provinciais da mesma lógica imperial, cidades que se queriam modernas e organizadas, mas que, na prática, permaneciam vulneráveis, insalubres e dependentes de instituições

caritativas que reforçavam o poder das elites, em vez de democratizar o acesso à saúde. Já Gilberto Hochman observa que o “Estado não se preocupava em democratizar o acesso à saúde, mas em garantir a ordem e a produtividade” (Hochman, 1998, p. 82). As ações governamentais voltavam-se ao controle de epidemias e à preservação da força de trabalho, enquanto o atendimento aos pobres e escravizados ficava restrito às instituições de caridade, como as Santas Casas. Assim, a saúde pública refletia mais uma política de controle social do que de inclusão e igualdade.

A denominação “Santa Casa de Misericórdia” surgiu em Portugal no final do século XV, com caráter religioso e filantrópico voltado à assistência aos pobres e enfermos. No Brasil, essas instituições foram introduzidas ainda no período colonial e tornaram-se o principal modelo de atendimento médico e social, sustentadas por doações e pela ação das elites e da Igreja (Freitas, 1994).

No Piauí, a denominação “Santa Casa de Misericórdia” aparece oficialmente a partir da década de 1860, quando o antigo Hospital de Caridade foi transferido de Oeiras para a nova capital, Teresina, e reorganizado sob esse nome. A mudança ocorreu dentro de um contexto de reformas urbanas e de tentativa de modernização da província, que buscava dotar a nova cidade de instituições básicas de assistência e administração.

Entretanto, a Santa Casa de Teresina enfrentava graves limitações estruturais e financeiras. Clodoaldo Freitas (1994, p. 73) afirma que “a Santa Casa de Misericórdia de Teresina, desde os seus primeiros anos, sofreu com a carência de verbas, de pessoal e de recursos para atender aos necessitados, sobrevivendo graças à caridade pública e à boa vontade de poucos benfeitores”. Assim, embora o nome evocasse piedade e solidariedade, a prática revelava uma instituição precária, sem recursos suficientes para atender à demanda crescente da população pobre e escravizada.

A Santa Casa de Misericórdia de Teresina consolidou-se como a principal instituição de assistência médica da província, recebendo doentes de diferentes localidades, mas suas condições estavam longe de atender aos padrões higiênicos e terapêuticos exigidos. Segundo Clodoaldo Freitas:

O Hospital de Caridade, que deveria servir de abrigo e tratamento aos indigentes, era apenas um edifício modesto, de condições higiênicas precárias, quase sempre sem medicamentos e com reduzido número de leitos. Os escravos doentes, quando ali chegavam, eram atendidos de forma desigual, sendo muitos deles devolvidos aos senhores antes da completa recuperação (1994, p. 82).

Essa descrição confirma que a denominação “Santa Casa de Misericórdia”, embora nobre em seu propósito original, encobria uma realidade marcada pela carência de recursos e pela desigualdade social. O caráter assistencial dessas instituições no século XIX refletia o modelo de caridade cristã que dominava o pensamento social. No caso do Piauí, as elites locais se apropriavam do discurso da misericórdia para reforçar sua imagem pública e seu poder político, enquanto o Estado mantinha uma postura de omissão diante da saúde pública. Assim, como observa Clodoaldo Freitas:

[...] as obras de caridade estavam intimamente ligadas ao prestígio social e religioso das elites locais, que se utilizavam das confrarias e irmandades como meios de afirmação social, mais do que como instrumentos de efetiva assistência aos pobres (1994, p. 79).

Portanto, o surgimento da Santa Casa de Misericórdia de Teresina se deu em um cenário de forte desigualdade e abandono estatal, em que a caridade assumia o papel de substituir as políticas públicas, limitando o alcance e a eficácia do atendimento médico aos mais vulneráveis, especialmente os escravizados.

A análise das fontes documentais e jornalísticas do século XIX permite compreender o papel ambíguo e as limitações da Santa Casa de Misericórdia no Piauí, especialmente no atendimento aos pobres e escravizados. Embora instituída com o propósito de oferecer socorro aos desvalidos, sua atuação era marcada pela falta de recursos, pela dependência de doações e pela ausência de estrutura adequada. O Relatório da Província do Piauí de 1861, apresentado pelo presidente Manoel Antonio Duarte de Azevedo,<sup>8</sup> é um testemunho direto dessa precariedade. Nele, o governante reconhece que o Hospital de Caridade, uma das principais instituições de assistência médica da província enfrentava condições deploráveis:

O Hospital de caridade, dirigido pelo inteligente, e probo cidadão Miguel Henriques de Paiva, e sob os cuidados do ilustrado facultativo, Doutor Simplicio de Souza Mendes, que no cargo de médico do partido público tem procedido com extraordinária dedicação, acha-se estabelecido em um pessimo edificio, que carece de muitos reparos, de camas, colchões, e outras indispensáveis provisões (Piauí, 1861, p. 12).

Essa descrição revela um cenário de miséria institucional: a carência de materiais básicos como camas e colchões expõe o abandono estatal e as dificuldades para oferecer

---

<sup>8</sup> Manoel Antonio Duarte de Azevedo foi presidente da Província do Piauí em meados do século XIX. Durante sua administração, destacou-se pela atenção às obras públicas e à organização dos serviços de saúde e assistência, como o apoio ao funcionamento do Hospital da Caridade em Teresina. Seus relatórios de governo, enviados à Assembleia Provincial, constituem importantes fontes documentais sobre a estrutura administrativa, sanitária e social do Piauí oitocentista.



atendimento digno. A dedicação dos médicos era, em essência, um esforço particular que não compensava a falta de investimento público. Em tais condições, os enfermos pobres e os escravizados que, segundo a documentação, também eram recebidos nesses espaços, encontravam uma assistência frágil e improvisada, limitada pela ausência de medicamentos e pela insalubridade dos prédios.

O mesmo relatório menciona diretamente a Santa Casa de Misericórdia, em Oeiras, evidenciando a escassez de recursos e o imprevisto na gestão: “[...] não tenho presente o movimento da Santa Casa de Oeiras, confiada aos cuidados do distinto Doutor José Servio Ferreira, e a despesa foi no tempo referido de 1:628\$622” (Piahy, 1861, p. 12). O valor registrado mostra que a instituição operava com orçamento reduzido e sem acompanhamento sistemático, o que reforça a falta de prioridade do poder público para com os serviços de saúde. As Santas Casas, segundo Tania Salgado Pimenta (2003), tinham papel central na assistência aos pobres e escravizados, acolhendo casos de doenças graves, ferimentos e epidemias, mas funcionavam em condições de extrema limitação. Como destaca a autora, “essas instituições, mantidas pela caridade e pela fé, exerciam um papel essencial no cuidado dos desvalidos, ainda que o socorro oferecido fosse mínimo diante da magnitude da pobreza e das doenças” (Pimenta, 2003, p. 47).

A pesquisa de Rafaela Silva (2016) sobre a Santa Casa de Teresina entre 1889 e 1930 confirma essa realidade, evidenciando que o hospital dependia de um frágil equilíbrio entre subvenções estatais, doações privadas e rendas próprias, como o monopólio funerário para manter suas atividades. Segundo a autora:

A Santa Casa de Misericórdia de Teresina sobrevivia com os poucos recursos advindos das verbas públicas e da compaixão da ‘caridade pública’. Até então, não havia uma organização associada e direcionada para angariar recursos para a Santa Casa, as esmolas eram destinadas à Irmandade religiosa de Nossa Senhora das Dores de modo espontâneo e, na maior parte das vezes, anônimo (2016, p. 35).

Essa dependência de doações e a falta de um financiamento estável, refletiam a posição secundária que a assistência à saúde ocupava na agenda governamental. A mesma autora acrescenta que, mesmo após a reformulação do estatuto em 1898, que buscava modernizar a gestão e os serviços, “as continuidades no modo como o poder público e a sociedade local geriam o hospital, bem como as dificuldades com que a mesma assistia à saúde dos mais pobres, permaneciam como características latentes na instituição” (Silva, 2016, p. 54).

De modo semelhante, Gisele Sanglard (2013), ao analisar a atuação das Santas Casas no Rio de Janeiro, evidencia uma dinâmica muito próxima à observada em Teresina. Embora

reconhecidas como essenciais para o atendimento aos pobres, as instituições fluminenses também enfrentavam escassez de recursos e negligência do poder público. A autora aponta que, na capital do Império, “a assistência hospitalar exercida pela Santa Casa de Misericórdia era compreendida pelas autoridades políticas como uma ‘caridade social’ e deveria estar a cargo do favor particular” (2013, p. 230). Assim como no Piauí, o Estado se eximia de sua responsabilidade direta, delegando às iniciativas particulares, a função de cuidar dos enfermos em condição de pobreza. A situação, portanto, não se restringia ao contexto provincial: tratava-se de uma política nacional, na qual o socorro aos pobres era concebido como dever moral, e não como direito social.

Dessa forma, tanto em Teresina quanto no Rio de Janeiro, a precariedade financeira e estrutural das Santas Casas refletia a ausência de uma política pública efetiva de saúde. O Estado intervinha apenas de forma pontual, movido mais por interesses de ordem e higiene social, do que por preocupações com o bem-estar coletivo. Como destaca Rafaela Silva:

O hospital passou por uma reformulação com a chegada do novo Regime. O aumento das rendas da Santa Casa e a reformulação do seu Estatuto, em 1890, — que incluía a atuação de técnicas mais modernas de medicina — prometiam mudanças no atendimento à saúde da população. Entendemos que elas aconteceram, no entanto, as continuidades no modo como o poder público e a sociedade local geriam o hospital permaneciam (2016, p. 54).

A Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba, conforme analisado por Aleisa Carvalho (2015), também enfrentava sérias limitações financeiras e de infraestrutura. A instituição, mantida pela elite local composta por comerciantes e autoridades, refletia a mesma lógica observada em outras regiões: a saúde como um campo sustentado pela caridade e pela iniciativa privada. Segundo a autora, “a Santa Casa permanecia ainda nessa época, carente de recursos tecnológicos e de recursos financeiros para gerir a Instituição, ficando à mercê principalmente das doações obtidas pela população e grandes comerciantes da cidade” (2015, p. 13). Essa dependência das doações e a ausência de suporte estatal, revelam que a assistência à saúde era, em grande parte, sustentada pela benevolência, tanto em províncias do centro do país, quanto em províncias afastadas, como o Piauí.

Nesse contexto, as Santas Casas cumpriam um papel indispensável, especialmente para a população pobre e marginalizada. Conforme Tânia Pimenta (2003), tais instituições acolhiam casos graves de doenças, ferimentos e epidemias, embora funcionassem com extrema limitação. A autora ressalta que “essas instituições, mantidas pela caridade e pela fé, exerciam um papel essencial no cuidado dos desvalidos” (Pimenta, 2003, p. 47). Mesmo com tantas dificuldades, a Santa Casa de Parnaíba mantinha seu hospital em funcionamento, atendendo

doentes, como marinheiros, presos e flagelados de seca, conforme registros analisados por Aleisa Carvalho (2015).

A atuação de figuras como a parteira Dona Olympia, também revela a coexistência entre saberes populares e médicos dentro da instituição. Sua permanência, mesmo sem substituição formal, evidencia a flexibilidade da Santa Casa de Misericórdia diante da falta de recursos humanos e a valorização prática de ofícios tradicionais, como observa Carvalho (2015).

Tânia Pimenta, observa que “parteiras que atuavam dentro de hospitais ganhavam reconhecimento social e confiança da população, ainda que sua prática fosse progressivamente regulada e limitada pelo saber médico” (2003, p. 112). Essa interação entre saberes era fundamental para suprir a carência de profissionais qualificados, sobretudo em regiões afastadas dos grandes centros, como Teresina.

Além disso, a gestão da morte tornou-se uma importante fonte de renda para a instituição, que administrava o Cemitério da “Igualdade” e cobrava por sepulturas, licenças e serviços funerários. Segundo Aleisa Carvalho, essa monetização era justificada pelo “discurso da boa morte”, que incentivava doações em vida em troca de um funeral digno (2015, p. 6). Contudo, apesar do nome “Igualdade”, o cemitério reproduzia as hierarquias sociais, com sepulturas perpétuas que custavam valores inacessíveis à maioria da população.

Por fim, a análise de Aleisa Carvalho (2015) evidencia que a Santa Casa de Parnaíba não se limitava a uma instituição de caridade, mas constituía também um espaço de poder, prestígio e controle social. A elite local utilizava-a para afirmar seu status e influência, enquanto o Estado se ausentava de suas responsabilidades com a saúde pública. Como conclui a autora, “a Instituição é riquíssima de História, dentro da própria Santa Casa encontra-se um acervo pronto para ser devorado pelos olhares de um pesquisador” (Carvalho, 2015, p. 13). Essa observação permite compreender que, tanto no Rio de Janeiro quanto em Teresina e Parnaíba, as Santas Casas foram espaços que revelam a desigualdade estrutural e a forma como o Estado delegava o cuidado à iniciativa privada e à caridade religiosa, perpetuando uma lógica de exclusão no campo da saúde.

Além das más condições estruturais, o Relatório da Província do Piauí de 1861 também evidencia a atuação do governo diante das epidemias e das secas que assolavam o território. No tópico intitulado Socorros Publicos, o presidente descreve as medidas adotadas para conter os surtos de febres e o impacto devastador da estiagem sobre a população. Ele registra:

Por entre as dolorosas crises, porque leve de passar a minha administração, não tive que lamentar o flagello das epidemias. Algumas febres, que em Setembro appareceram, na Villa de Pedro 2.º, e que me resolveram a enviar para aquella localidade um médico, com uma ambulância de medicamentos, viveres para o tratamento hygienico dos enfermos, e uma pequena quantia para as primeiras despesas [...] Grandes seccas porém assolaram todo o centro, e sul da provincia; muitas fortunas se arruinaram; a população miseravel se reduziu à alimentação de raizes, e de folhas de arvores (Piauihy, 1861, p. 10).

Esse relato demonstra que, embora o governo buscasse intervir por meio de ações emergenciais, tais medidas se mostravam pontuais e insuficientes diante da amplitude da crise. A combinação entre epidemias, seca e fome configurava um cenário de colapso social e sanitário, em que doenças e miséria se retroalimentavam de forma contínua. Como observa George Rosen (1994), a saúde pública no século XIX refletia diretamente as condições econômicas e ambientais, sendo a pobreza um dos principais determinantes da propagação das doenças. No caso piauiense, a ausência de infraestrutura urbana, o atraso das políticas de saneamento e a precariedade das instituições de assistência como as próprias Santas Casas de Misericórdia, agravavam o quadro epidêmico, revelando os limites do poder público diante das múltiplas faces da vulnerabilidade social.

De acordo com Francisco Gleison Monteiro (2016), os chamados socorros públicos, mencionados no *Relatório da Província do Piauihy* de 1861, representavam ações estatais destinadas a amparar a população livre pobre diante das crises causadas por secas e epidemias. No entanto, como ele ressalta, essas iniciativas estavam inseridas em um contexto mais amplo de controle social e disciplinamento, revelando o esforço do Estado imperial em moldar comportamentos e impor valores de trabalho, moralidade e obediência às camadas populares. Assim como ocorria em grandes centros do Império, como o Rio de Janeiro onde as medidas sanitárias e assistenciais também serviam para conter a desordem urbana e reforçar a hierarquia social, em Teresina, o poder provincial atuava de modo semelhante, buscando “civilizar” e enquadrar os pobres e libertos em um ideal de sociedade produtiva e moralizada.

As secas e epidemias agravavam a precariedade de vida dos homens livres pobres, provocando deslocamentos e aumento da miséria. Diante disso, o governo provincial recorria aos socorros públicos, que incluíam a distribuição de mantimentos, a abertura de frentes de trabalho e o envio de desabrigados a núcleos de colonização. Esses espaços, no entanto, não se limitavam à assistência: tinham a função de controlar e “moralizar” a população. Como o autor destaca, “os discursos dessas elites ponderaram que a escassez da mão de obra era exatamente pela ‘preguiça’ e o ódio à lavoura, que essa gente tinha. Por isso, as escoltas tinham ordem para capturá-los e direcionar ao serviço militar quem fosse encontrado perambulando pelas vilas;

os que resistissem deveriam provar não ser ‘vagabundos’ e que estavam ligados a algum fazendeiro local” (Monteiro, 2016, p. 24-25).

Nesse mesmo sentido, Maria Mafalda Araújo (1991, apud Monteiro, 2016, p. 31), explica que as secas de 1877-1879, provocaram fluxos migratórios que levaram o Estado a criar núcleos de colonização, onde os flagelados eram “arregimentados” e submetidos à disciplina do trabalho. O objetivo era transformar a assistência em um instrumento de moralização e controle, restringindo a ajuda apenas àqueles dispostos a trabalhar e obedecer às regras impostas.

Em síntese, os socorros públicos no Piauí oitocentista assim como no Rio de Janeiro, onde instituições como as Santas Casas e os hospitais da caridade cumpriam função semelhante, evidenciam uma política de assistência seletiva e disciplinadora. O Estado intervinha não para promover igualdade, mas para garantir a ordem e a produtividade, reproduzindo o modelo imperial de centralização e hierarquização social. Como conclui Francisco Gleison Monteiro (2016, p. 29), “os representantes imperiais esperavam centralizar a nação enquanto unidade política e territorial e, ao mesmo tempo, alcançar sua tão desejada prosperidade”.

Os relatos jornalísticos da época confirmam que o sistema médico da província era insuficiente e que muitos recorriam a curandeiros e práticos. Os curandeiros e práticos eram responsáveis por grande parte da assistência à saúde da população, principalmente, a pobre e escravizada no século XIX, especialmente em regiões afastadas dos grandes centros. Os curandeiros utilizavam saberes tradicionais baseados em ervas, rezas e práticas populares, enquanto os práticos aprendiam o ofício médico por experiência, atuando sem formação acadêmica, sendo essenciais no cotidiano das comunidades.

Diante da ausência de atendimento institucional. A crônica “Promotor e Médico das Dúzias”, publicada no jornal A Época em 1884, denuncia justamente a atuação de um desses curandeiros em Piracuruca, revelando a dimensão do problema:

O remédio que o distinto facultativo [ironicamente] aplicou à doente foi—  
agua de sal com pedra hume. [...] Ignorante e inteiramente hospede em  
medicina elle vae flutando ou quer finter os habitantes do lugar onde clinica,  
sem attender aos males que causa, compromettendo a saúde e a vida dos  
doentes com agua de sal e pedra hume. (1884, p.4).

A existência desses agentes, frequentemente ridicularizados pela imprensa, indica que os pobres e escravizados recorriam às alternativas disponíveis. A ausência de uma estrutura médica sólida tornava inevitável o uso de remédios caseiros, plantas medicinais e saberes

tradicionais. Como observa Gutiele dos Santos (2023), tais práticas eram fundamentais à sobrevivência da população, pois “as curas e os remédios costumeiros não se limitavam apenas à ausência da medicina oficial, mas constituíam parte de uma cultura médica popular profundamente enraizada no cotidiano das comunidades” (2023, p. 70).

Os saberes e práticas de curar se apresentava como um espaço de resistência e cuidado, especialmente entre aqueles excluídos do acesso à assistência médica institucionalizada. Assim, a Santa Casa de Misericórdia, embora fundada sob o ideal cristão da caridade, representava mais um esforço simbólico do que uma solução efetiva para os males sociais e sanitários da província. Funcionava como um espaço de acolhimento limitado, que refletia as desigualdades da sociedade oitocentista: os escravizados e libertos recebiam ajuda apenas quando possível, sem garantia de tratamento adequado ou continuidade nos cuidados.

Dessa forma, a análise das fontes demonstra que as Santas Casas de Misericórdia e o Hospital de Caridade desempenhavam papel relevante, porém insuficiente, na estrutura de saúde do Piauí. O atendimento aos pobres e escravizados era feito dentro do possível, e não dentro do necessário, o que reforça a ideia de que a caridade substituíra sem sucesso a ausência do Estado. Esse quadro de carência e improviso abre caminho para a compreensão do segundo aspecto fundamental deste estudo: a arte de curar e os saberes populares, que emergiram como respostas às lacunas deixadas pelas instituições oficiais e pela medicina acadêmica.

### **3.2 Entre fé, raízes e folhas: saberes de cura e resistências no Piauí oitocentista**

As artes de curar de cura desempenharam um papel essencial no cotidiano dos escravizados e das camadas populares no Brasil do século XIX, especialmente em regiões periféricas do Império, como o Piauí. A utilização de ervas medicinais, chás, rezas, benzimentos, batuques e rituais religiosos constituía, no Brasil oitocentista, não apenas um recurso terapêutico, mas também uma forma de resistência e preservação cultural. Essas práticas, herdadas de matrizes africanas e indígenas, garantiam continuidade de saberes que atravessavam gerações, mesmo em contextos de repressão e marginalização. Como observa Kaori Kodama,

Os curadores, mesmo diante da expansão da medicina acadêmica, continuaram a atuar de forma intensa no Brasil oitocentista, oferecendo alternativas acessíveis à população marginalizada (2009, p. 57).

A análise da autora evidencia um aspecto central: enquanto a medicina acadêmica se organizava em torno da disciplina social, da normatização dos corpos e do atendimento

prioritário às elites urbanas, os saberes e práticas de curar permaneciam como o principal recurso terapêutico para grande parte da população, em especial os escravizados. Ao oferecer cuidados acessíveis, próximos e adaptados às condições de vida dessa parcela da sociedade, categorias como curandeiros<sup>9</sup>, parteiras<sup>10</sup> e benzedeiros,<sup>11</sup> garantiam não apenas tratamento físico, mas também acolhimento simbólico e espiritual.

Embora o Estado previsse a existência de licenciados, como parteiras e sangradores autorizados, no Piauí sua presença era reduzida, já que a província possuía pouquíssimos médicos e pouca fiscalização. A realidade descrita por Teresinha Queiroz sobre a formação de Teresina e das cidades piauienses marcada por escassez de serviços, instituições frágeis e ausência de profissionais especializada ajuda a compreender por que esses curadores populares assumiam o protagonismo na assistência à saúde no cotidiano da província (1996). Assim, grande parte desses agentes atuava sem licença formal, sustentada pela confiança das comunidades e pela necessidade prática diante da limitada capacidade do poder público.

A forma de atuação desses práticos de cura no Piauí oitocentista era marcada pela estreita proximidade com a população e pela utilização de métodos profundamente enraizados na cultura local, que combinavam saberes empíricos, tradições afro-indígenas e elementos católicos. “Esses agentes de saúde atuavam diretamente nas casas, vilas e espaços comunitários, interpretando sintomas com base na experiência e nas crenças populares” (Santos, 2022, p. 45). As práticas desenvolvidas incluíam o uso de chás, garrafadas, banhos terapêuticos, plantas medicinais, pequenos procedimentos manuais e receitas transmitidas oralmente de geração em geração, formando um repertório terapêutico diversificado que se consolidou como a principal referência de cuidado para grande parte da população, especialmente para os escravizados e para os pobres urbanos, que eram sistematicamente excluídos das redes de saúde oficiais. A força dessas práticas residia, em grande medida, na incapacidade das instituições médicas oficiais de atender de forma ampla e efetiva a população local, tornando os práticos de cura indispensáveis não apenas para o atendimento de doenças

---

<sup>9</sup> Curandeiros eram praticantes de saberes populares que realizavam tratamentos com ervas, rezas, banhos e técnicas transmitidas oralmente, atuando fora da medicina oficial, mas essenciais para populações pobres, escravizadas, pessoas brancas pobres, de setores médios e também elites (Chalhoub, 2001).

<sup>10</sup> Parteiras, muitas vezes mulheres negras e escravizadas, desempenhavam papel central na assistência a gestantes e no acompanhamento de partos dentro das comunidades escravizadas. Elas utilizavam saberes tradicionais transmitidos oralmente, conciliando cuidados práticos com orientações sobre higiene, alimentação e amamentação. Seu trabalho ia além do parto, sendo fundamental para a manutenção da vida e da saúde materna e infantil, mesmo em meio às restrições impostas pelo sistema escravista e à ausência de acesso à medicina oficial (Barreto, 2022).

<sup>11</sup> São agentes populares de cura que operam na interseção entre cultura, religião e ciência, oferecendo práticas terapêuticas simbólicas e espirituais para demandas de saúde não atendidas pela medicina institucional (Chaves, 2025).

comuns, mas também para a manutenção do bem-estar físico e espiritual das comunidades, revelando a dimensão social, cultural e política dessas práticas no cotidiano piauiense oitocentista.

Esse dado é fundamental para compreender como a saúde dos escravizados se estruturava em grande medida à margem da política estatal. A medicina oficial, restrita em alcance e seletiva em suas prioridades, pouco alcançava os cativos, que recorriam a sistemas de cura baseados no sincretismo religioso e na transmissão oral de saberes. Nesse sentido, as práticas tradicionais funcionavam como mecanismos de resistência à exclusão imposta pela medicina acadêmica, ao mesmo tempo em que preservavam identidades culturais coletivas.

Além disso, a permanência desses saberes revela uma contradição profunda: enquanto o Estado reprimia práticas associadas ao curandeirismo ou à feitiçaria<sup>12</sup>, as próprias populações marginalizadas reconheciam nelas uma fonte de eficácia e de pertencimento cultural. O capítulo das posturas municipais de 1873, publicado no *Jornal do Piauí*, edição 00289, oferece uma evidência documental crucial para compreender os mecanismos de controle social e a repressão institucional às práticas de cura não oficiais no Piauí oitocentista. Os artigos 31 e 32, inseridos no capítulo III, intitulado "Do Costume e Moralidade", são particularmente reveladores do esforço das autoridades em estabelecer um monopólio do saber médico legítimo. O texto determina:

Art. 31. É proibido no município o exercício da medicina, cirurgia e a arte de partejar, a quem não tiver aprovação na forma da lei, sob pena de multa de vinte mil réis e oito dias de prisão, além das mais penas em que incorrer.  
Art. 32. Nenhum charlatão, ou pessoas destituídas dos precisos conhecimentos poderá aplicar remédios no município mediante pagamento, ou fazendo disso profissão. O contraventor sofrerá a multa de vinte mil réis e oito dias de prisão. (Posturas Municipais, 1873, cap. III).

Estes dispositivos legais representam a face coercitiva do projeto de medicalização e higienização da sociedade, que buscava marginalizar os agentes de cura populares, frequentemente categorizados sob o termo pejorativo de charlatões<sup>13</sup>. Gabriela Sampaio (2003,

---

<sup>12</sup> As expressões curandeirismo e feitiçaria eram utilizadas no século XIX pelas autoridades médicas e jurídicas para descrever e condenar as artes de curar, que se afastavam da medicina oficial. Incluía o uso de ervas, rezas, benzimentos e rituais de origem africana ou indígena, muitas vezes associados à religiosidade popular. Essas práticas, vistas como ameaça à ordem moral e à ciência médica, foram alvo de perseguição e criminalização, embora desempenhassem papel central na vida cotidiana, sobretudo entre as populações escravizadas e pobres (Pimenta, 2003).

<sup>13</sup> O termo charlatões era usado no século XIX para designar indivíduos que exerciam práticas de cura sem formação médica reconhecida pela medicina oficial. Incluía curandeiros, boticários, barbeiros, parteiras e outros agentes populares de saúde. As autoridades médicas e policiais frequentemente os acusavam de enganar a população e colocar em risco a saúde pública, embora muitos desses praticantes fossem socialmente importantes,



p. 414) observa que a perseguição aos diversos agentes de cura “muitas vezes esteve ligada à repressão a cultos de negros e pobres, nos quais se identificavam raízes culturais de origem africana”, evidenciando que a normatização não tinha caráter neutro: era racializada e socialmente seletiva, buscando eliminar práticas associadas às tradições africanas e ao saber popular, consideradas ameaças à ordem e à moral estabelecida.

Essa “aprovação na forma da lei”, no entanto, não correspondia a uma formação acadêmica em medicina ou cirurgia, como se exigiria em contextos posteriores. Tratava-se, na realidade, da licença concedida pelas autoridades municipais ou provinciais, permitindo o exercício dessas funções a quem demonstrasse experiência prática e boa conduta moral. Em muitas localidades do Império, inclusive em Teresina, barbeiros-cirurgiões, boticários, curandeiros e parteiras, poderiam atuar, desde que possuísem licença emitida pela Câmara Municipal.

Essas medidas expressam um momento de transição entre os saberes tradicionais e a medicina científica, marcada por uma tentativa de moralizar e controlar o ofício da cura. Ao punir o chamado “charlatanismo” e exigir licenças para o exercício das práticas médicas, o poder público buscava garantir uma certa ordem sanitária e disciplinar, em consonância com as ideias higienistas que circulavam no Brasil oitocentista. Assim, o controle sobre quem podia curar ou medicar, fazia parte de uma política mais ampla de organização da cidade, moralização dos costumes e vigilância da população pobre e escravizada, que frequentemente recorria a curandeiros e parteiras em vez dos médicos diplomados.

Dessa forma, as *Posturas Municipais* de 1873 não apenas regulamentavam a atuação dos profissionais de saúde, mas também refletiam o embate entre diferentes formas de saber e poder, evidenciando como a administração pública de Teresina procurava impor um modelo de higiene pública e medicina legal que restringisse e/ou pudesse disciplinar os saberes populares, especialmente entre os setores subalternos da sociedade.

As práticas populares de cura, associadas às tradições africanas e indígenas, eram constantemente vistas com desconfiança e repressão pelas autoridades da província. As posturas municipais eclesiásticas e policiais buscavam controlar não apenas as formas de expressão religiosa e cultural, mas também os espaços de sociabilidade popular, nos quais se articulavam saúde, espiritualidade e resistência.

---

especialmente entre as camadas pobres e escravizadas, por oferecerem cuidados acessíveis e próximos das tradições locais (Pimenta, 2003).

Um outro exemplo significativo que também se encontra nas *Posturas Municipais* publicadas no jornal *O Piauhy*, de 27 de novembro de 1873, é que, ao tratarem “do costume e moralidade”, estabeleceram normas de conduta destinadas a regular os comportamentos considerados imorais ou desordeiros. O documento traz artigos que impunham penalidades a embriagados, pessoas que proferissem palavras deshonestas e, sobretudo, àqueles que participassem de festas e rituais noturnos. Dentre esses, o artigo 35 proibia expressamente as danças populares conhecidas como sambas, ligadas às práticas culturais afrodescendentes:

Art. 35. São proibidos os ajuntamentos para danças ao toque de violas, pandeiros, palmas e cantorias denominadas — Sambas, — salvo quando preceder licença das autoridades policiais. Os infractores terão a pena de 24 horas de prisão. (*O Piauhy*, Teresina, 27 nov. 1873, n. 289, p. 2).

A presença desse tipo de norma demonstra que o controle sobre a moralidade pública estava diretamente associado à tentativa de silenciar manifestações culturais negras, muitas das quais possuíam dimensões ritualísticas e curativas. A repressão aos batuques, sambas, rezas e ajuntamentos populares revela o entrelaçamento entre os discursos médicos, religiosos e policiais, que visavam higienizar a cidade e moldar os costumes à lógica da ordem e da civilização.

Assim, práticas que para as populações cativas e libertas representavam formas de cuidado coletivo e expressão espiritual foram enquadradas como feitiçaria, desvio moral ou perturbação da ordem, sendo constantemente vigiadas e punidas. O caso do *O Piauhy* (1873) é exemplar nesse sentido, pois evidencia como o discurso sobre moralidade urbana funcionava também como instrumento de medicalização e controle social, como observa Joseanne Marinho:

Para cuidar da saúde colectiva eram estabelecidas regras de higiene sobre o modo de viver, a partir de cuidados sobre a alimentação, a habitação, o vestir, o dormir e tantas outras. As questões higiênicas acabaram tornando-se sociais, os médicos, construindo para si uma posição de guardiães de uma sociedade física, mas também moralmente sadia (2021, p. 179).

Essa passagem evidencia que a atuação médica no Piauí não se restringia ao tratamento de doenças, mas também regulava hábitos cotidianos e disciplinava corpos, impondo padrões de comportamento que refletiam valores de ordem e moralidade. Assim, a medicalização da vida cotidiana se tornou um instrumento de controle social, direcionado especialmente aos grupos mais pobres, incluindo homens livres pobres, escravizados e libertos, garantindo que a

população se adequasse às expectativas das elites locais em termos de produtividade, higiene e conduta social.

A proibição de aplicar remédios mediante pagamento, tinha como objetivo garantir o monopólio da medicina oficial e reforçar o controle estatal sobre as práticas populares de cura. Segundo Ana Karoline Nery (2021, p. 17), que analisa o contexto piauiense, “a aplicação de remédios mediante pagamento era considerada um crime contra a saúde pública”, o que colocava esses agentes populares em situação de ilegalidade. No entanto, devido à escassez de médicos e à precariedade das instituições de saúde, especialmente fora da capital, a população continuava recorrendo a esses curadores, que se tornavam essenciais para o atendimento dos mais pobres.

Em Teresina, e nas demais localidades do interior, a proibição mostrou-se ineficaz diante das necessidades cotidianas. A ausência de médicos e o alto custo dos tratamentos oficiais faziam com que curandeiros e práticos permanecessem como principais referências de cuidado. Como explica Ana Karoline Nery (2021, p. 18), “a proibição legal não eliminou a presença dos curandeiros, apenas os deslocou para a clandestinidade”, evidenciando a distância entre o discurso legal e a realidade social do Piauí oitocentista. Dessa forma, a tentativa de criminalizar o saber popular revelava o caráter excludente das políticas de saúde da época, voltadas mais para o controle social do que para a ampliação do acesso à assistência médica.

Isso evidencia ainda um componente econômico: não se tratava apenas de disciplinar corpos e regular práticas culturais, mas também de suprimir a concorrência que curadores populares representavam frente aos médicos diplomados, fortalecendo o monopólio profissional do saber médico oficial. Essa repressão, contudo, contrastava com a circulação relativamente livre de produtos patenteados e importados, como o *Unguento de Holloway*, amplamente anunciado em 1869, evidenciando que a intervenção estatal focalizava os saberes corporais e culturais locais, enquanto o comércio capitalista de medicamentos estrangeiros prosperava sem restrições (Silva, 2014, p. 122).

Renata da Silva (2014, p. 122) reforça que essa seletividade não era neutra: “o respeito que os líderes, a maioria negros, escravos ou libertos, alcançavam em pleno regime escravista gerava desconfiança, tornando-os alvos da criminalização e da marginalização social”. Ou seja, os curadores não eram apenas vistos como concorrentes econômicos ou ameaça à medicina oficial, mas também como representantes de uma cultura popular de resistência, cuja legitimidade simbólica questionava os limites do controle estatal.

Portanto, as posturas de 1873 não podem ser lidas apenas como medidas sanitárias: constituíam instrumentos de um projeto civilizatório mais amplo, que buscava disciplinar

corpos, regular práticas culturais e estabelecer os limites do saber legítimo, criminalizando as formas de cura que escapavam ao controle do Estado e da ciência médica oficial. A análise desses dispositivos revela, assim, a tensão entre necessidade, eficácia popular e repressão institucional, evidenciando como os saberes tradicionais sobreviveram, apesar da marginalização legal e social, mantendo-se como referência de cura, pertencimento cultural e resistência dentro das comunidades marginalizadas.

Essa repressão institucional, contudo, não conseguia eliminar a vivência diária das práticas populares de cura, que continuavam a ser essenciais para a sobrevivência da população, em particular ao que cabe a essa pesquisa, escravizada. Diante do pouco acesso a medicina oficial, os cativos recorriam a sujeitos como, curadores, benzedeiros, rezadeiras e ao uso de plantas medicinais, transmitidas de geração em geração, constituindo um verdadeiro saber prático adaptado às necessidades locais. Gutiele Gonçalves dos Santos (2022, p. 63) observa que “a medicina oficial era inacessível à maioria da população piauiense, cabendo às práticas domésticas e populares o papel de atenuar as dores e enfermidades dos mais pobres”, evidenciando a complementaridade forçada entre repressão legal e eficácia cultural. Casos documentados nos jornais da época mostram que esses remédios naturais, animais e minerais, no contexto das intervenções populares, não apenas curavam males físicos, mas também forneciam um sentido de pertencimento e autonomia dentro de um sistema que marginalizava os escravizados. Mesmo sob a ameaça de multas e prisão, os saberes tradicionais se mantinham vivos, demonstrando que a legalidade formal não equivalia à hegemonia prática, e que a arte de curar, nos termos da tradição popular, persistia como recurso vital de resistência e sobrevivência.

Assim, o espaço da cura popular se constituía como uma arena de disputa simbólica de um lado, a tentativa de medicalização e disciplinamento promovida pelas instituições oficiais; de outro, a persistência de saberes comunitários que garantiam cuidado, espiritualidade e coesão social em meio à opressão da escravidão. Os rituais de cura, os chás e benzimentos, ao mesmo tempo em que ofereciam recursos terapêuticos acessíveis, fortaleciam laços coletivos e reforçavam sentidos de pertencimento. Em contraste, a medicina acadêmica, voltada sobretudo à disciplina e ao controle social, não contemplava as necessidades específicas dessa população. O hibridismo das práticas populares, portanto, não só respondia ao cotidiano de precariedades e epidemias, mas também criava um território simbólico de resistência frente à marginalização imposta pelo Estado e pela ciência oficial. Esse processo ajuda a compreender por que, mesmo diante da expansão da medicina acadêmica e do fortalecimento dos discursos médicos higienistas, as práticas tradicionais permaneceram vivas e influentes. Elas respondiam

a demandas concretas que a medicina oficial ignorava, e ao mesmo tempo constituíam um instrumento de resiliência cultural, permitindo que os cativos preservassem referências africanas e indígenas enquanto negociavam com elementos europeus.

A utilização de ervas medicinais, chás, rezas, benzimentos, batuques e rituais religiosos, constituía, no Brasil oitocentista, não apenas um recurso terapêutico, mas também uma forma de resistência e de preservação cultural. Essas práticas, transmitidas oralmente entre gerações, ligavam os cativos às suas matrizes africanas e indígenas, possibilitando não apenas o cuidado com a saúde, mas também a manutenção de vínculos identitários. Como observa Kaori Kodama:

Os curadores, mesmo diante da expansão da medicina acadêmica, continuaram a atuar de forma intensa no Brasil oitocentista, oferecendo alternativas acessíveis à população marginalizada. Atuavam nos engenhos, nas senzalas e nos espaços urbanos mais pobres, mobilizando conhecimentos sobre ervas, raízes, infusões e rezas que passavam de geração em geração. Essa permanência revela tanto a insuficiência da medicina oficial em alcançar todas as camadas sociais quanto a força de saberes tradicionais que resistiam às tentativas de repressão, sendo constantemente reapropriados e ressignificados. (2009, p. 57).

Essa observação mostra que, mesmo em meio ao avanço da medicina acadêmica, os saberes populares mantinham sua centralidade. Para os escravizados, eles eram a principal forma de cuidado, pois ofereciam soluções concretas, acessíveis e integradas ao cotidiano, ao contrário da medicina oficial, distante e seletiva.

A influência das matrizes africanas e indígenas foi decisiva na conformação desse sistema terapêutico popular. Os escravizados, em contato também com elementos da cultura europeia, criaram práticas de cura híbridas, que respondiam às demandas de um cotidiano marcado pela precariedade e pela violência. Como explica Flávio Heinz:

A medicina popular no Brasil não pode ser compreendida sem considerar o entrelaçamento das tradições indígenas, africanas e europeias, resultando em práticas híbridas que respondiam às necessidades do cotidiano. Esses saberes circulavam entre diferentes grupos, eram reelaborados conforme as circunstâncias e garantiam aos pobres e escravizados não apenas alívio para as doenças, mas também uma forma de organização simbólica do mundo. O caráter híbrido da medicina popular, ao mesmo tempo em que a tornava alvo da repressão dos médicos acadêmicos, também era sua principal força, pois permitia adaptações constantes e a preservação de identidades culturais em meio à dominação. (Heinz, 2001, p. 34).

Esse caráter híbrido é revelador: demonstra como as práticas de cura eram ao mesmo tempo pragmáticas e culturais, permitindo aos escravizados e pobres resistirem à marginalização. É igualmente importante ressaltar que esses espaços de cura não estavam

limitados ao tratamento de doenças, mas eram também locais de preservação cultural e de afirmação de autonomia. As festas, batuques, rezas e rituais reuniam corpo, espiritualidade e identidade coletiva. João José Reis, ao analisar as práticas religiosas populares, ressalta:

O batuque, a reza e a festa dos mortos eram momentos em que escravos e libertos podiam reafirmar sua humanidade frente à opressão cotidiana. Ao reunir música, dança, fé e memória, esses rituais tornavam-se ocasiões privilegiadas para expressar solidariedade, reafirmar valores comunitários e resistir à lógica desumanizadora da escravidão. Neles, o corpo não era apenas um alvo de exploração, mas também um meio de comunicação com os ancestrais e de fortalecimento dos laços sociais. Assim, práticas religiosas e de cura se entrelaçavam, constituindo uma forma de resistência simbólica e cultural contra a violência cotidiana. (1991, p. 203).

Esse testemunho reforça que práticas de cura e rituais religiosos estavam intimamente ligadas à resistência cultural. Contudo, as autoridades civis e eclesiásticas frequentemente classificavam essas práticas como desviantes e marginais vinculando frequentemente ou feitiçaria. Há registros policiais e eclesiásticos que tratavam benzedeiras, curandeiros e líderes religiosos, como ameaças à ordem. Em processos judiciais, é comum a criminalização do chamado curandeirismo, denunciado como atividade ilícita e perigosa. Um exemplo significativo encontra-se no jornal *O Piauiense*, edição de 12 de março de 1863, que publicou uma nota sobre os falsos médicos que circulavam pela cidade. O periódico afirmava:

Tem-se notado, com grande escândalo, que indivíduos sem instrução alguma em medicina se arvoram em doutores, receitando e ministrando poções de feitio duvidoso. Estes sujeitos, além de pôr em risco a vida dos incautos, corrompem o espírito do povo simples, que prefere os remédios de ervas e rezas ao socorro da ciência. (*O Piauiense*, 12 mar. 1863, p. 2).

Esta citação evidencia o tom moralizador e alarmista que caracterizava a imprensa oitocentista. O jornal não apenas denunciava o risco físico das práticas populares, mas reforçava um juízo de valor sobre a superstição do povo simples, tratando a medicina tradicional como um obstáculo à ciência e à ordem social. A publicação revela uma intenção clara de moldar a percepção pública, deslegitimando os curandeiros e reforçando a autoridade da medicina oficial. A referência às poções de feitio duvidoso reforça a construção de uma narrativa em que o saber popular era sistematicamente associado à ignorância e à ameaça à coletividade, mesmo quando tais práticas eram eficazes ou baseadas em conhecimento empírico acumulado.

Os excertos dos jornais *A Imprensa* (1869) e *O Piauihy* (1886) oferecem perspectivas complementares sobre o complexo cenário médico e social do Piauí na segunda metade do século XIX, revelando tanto os debates sobre o exercício profissional da medicina, quanto as

representações culturais associadas às práticas de cura. No artigo intitulado “Progreso na sciencia medica” (1869), observa-se um intenso debate sobre legitimidade profissional e riscos sanitários:

Mas os harpões dos índios; as balas ocadas de que se serve Lopez, contendo no orificio materia toxica; os punhaes desérgidos pelo distincio cirurgião E.Sue — veem desmentir ao charlatão presu-mido, e péssimo barbeiro do Pauby. [...] não somos medicos, não estudamos a materia ha vinte longos anos, jovem a me-deci-na legal que estudamos — nos ensino que uma ferida leve, que não produziria nem grave incomposto de saúde, pode produzir todavia a morte. (A Imprensa, 1869, p.4).

O trecho evidencia a tensão existente entre diferentes agentes de cura desde os saberes indígenas, aqui referidos como harpões dos índios,<sup>14</sup> até os procedimentos cirúrgicos aplicados por profissionais legalmente formados. Ao mesmo tempo, revela a preocupação crescente em estabelecer parâmetros científicos e regulamentação profissional, reforçando o conceito de medicina legal como critério de legitimidade. A oposição explícita entre a prática legitimada e o charlatanismo reflete o processo de medicalização em curso e a tentativa das autoridades de controlar os corpos e as práticas de saúde, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, como entre os escravizados. Em contraste, o texto “Silhouettes” (1886) aborda as representações culturais das práticas de cura não-oficiais por meio de uma narrativa satírica:

Contam que quando creança, appareceu lá pelas terras dos Engentados, seu berço, uma feiticeira, à quem fora submetida sua delicada mão de enfant galant, para que ella discortinasse por meio daquelas variadas curvas e rectas — o seu futuro [...] A feiticeira previo então cousas horríveis, mas aconselhava logo a cura, devendo o pequeno dormir 7 annos consecutivos para acordar feliz (A Imprensa, 1886, p.3).

Essa passagem evidencia como as artes de curar e adivinhação eram incorporadas ao imaginário social, sendo simultaneamente alvo de descrédito, mas também reconhecidas como instrumentos de cuidado e orientação. A figura da feiticeira e seus métodos remetem a um conjunto de saberes tradicionais mantidos por líderes locais, frequentemente negros ou libertos, que, apesar da marginalização legal, exerciam prestígio e autoridade em suas comunidades. Renata Silva (2014) aponta que a desconfiança da elite em relação a esses curadores refletia o

<sup>14</sup>A expressão harpões dos índios refere-se aos instrumentos pontiagudos, feitos de madeira, osso ou ferro, utilizados por povos indígenas principalmente para pesca e caça. No século XIX, esses objetos eram frequentemente mencionados em relatórios e descrições de viajantes como parte da cultura material indígena, mas também associados, de forma preconceituosa, à ideia de “atraso” ou “barbárie”, em contraste com os instrumentos e técnicas da sociedade dita civilizada. Em contextos médicos ou policiais, eram por vezes citados como causadores de ferimentos ou doenças em confrontos ou acidentes.

temor diante de sua influência social e cultural, especialmente num contexto de sociedade escravista em que o controle sobre corpos e saberes era central.

A análise conjunta desses jornais revela um cenário profundamente contraditório: de um lado, o avanço do projeto medicalizados e regulatório, evidenciado pelas posturas municipais de 1873 e pelo debate sobre a medicina legal em 1869; de outro, a persistência de práticas de cura populares, indígenas e afrodescendentes, que permaneciam essenciais para a sobrevivência e o senso de pertencimento cultural de amplos setores da população. Essa tensão entre medicina oficial e saberes tradicionais configura o que Gabriela Sampaio (2005) denominou “trincheiras da cura” no Brasil imperial, espaços onde a arte de curar se mantinha viva, mesmo sob repressão legal e social.

Nesse contexto, a relação entre a medicina oficial e as práticas populares no Brasil oitocentista foi marcada por tensões permanentes, nas quais a imposição do saber científico legalmente reconhecido convivia com a resistência e a adaptação de saberes tradicionais. Enquanto as autoridades buscavam regulamentar e monopolizar o exercício da medicina, como evidenciado nas posturas municipais e nos debates sobre medicina legal, as populações marginalizadas continuavam a recorrer a curandeiros, benzedadeiras e práticas tradicionais para atender às suas necessidades de cuidado. Essa dinâmica revela não apenas a persistência cultural das práticas de cura, mas também a centralidade dessas estratégias na sobrevivência de escravizados e pobres diante de um sistema de saúde institucional insuficiente, excludente e seletivamente repressivo

Se, por um lado, os curadores ofereciam alternativas acessíveis e profundamente enraizadas no cotidiano das populações escravizadas e pobres, por outro, as elites médicas e as autoridades políticas buscavam enquadrar ou reprimir essas práticas, vistas como ameaça à ordem. Nesse sentido, Flavio Heinz é categórico ao afirmar:

A perseguição aos curadores não significava apenas a condenação de práticas médicas alternativas, mas também a tentativa de enfraquecer sistemas culturais autônomos, que escapavam ao controle estatal e religioso. A criminalização do curandeirismo expressava, portanto, uma disputa mais ampla: não se tratava apenas de invalidar modos diferentes de tratar as doenças, mas de limitar espaços de sociabilidade, de identidade e de autonomia cultural que essas práticas sustentavam. (2001, p. 89).

Essa observação é fundamental, pois mostra que a repressão não se restringia ao campo da medicina, mas tinha implicações políticas e culturais. Ao criminalizar o curandeirismo e enquadrá-lo como superstição, charlatanismo ou feitiçaria, o Estado e a Igreja buscavam não



apenas afirmar a superioridade da medicina acadêmica, mas também quebrar vínculos comunitários e enfraquecer formas de resistência cultural.

A contradição, no entanto, é evidente: a própria insistência em perseguir e criminalizar os curadores revela a força social dessas práticas. Se elas fossem marginais ou inexpressivas, não despertariam tamanho esforço de repressão. Ao contrário, a necessidade de legislar contra o curandeirismo indica que tais práticas continuavam vivas, eficazes e presentes no dia a dia da população, sobretudo entre os escravizados, que nelas encontravam não apenas alívio físico, mas também identidade cultural e sentido de pertencimento.

Dessa forma, a repressão estatal e médica atesta, paradoxalmente, a vitalidade desses sistemas terapêuticos alternativos. A perseguição não apagou os saberes populares, mas acabou por reforçar sua dimensão de resistência, já que recorrer a eles significava desafiar, ainda que de forma indireta, a hegemonia da medicina oficial e a ordem social escravista.

Os relatos de viajantes e cronistas do século XIX evidenciam a presença constante das práticas populares no Piauí, especialmente entre populações marginalizadas. Muitos observavam com estranhamento ou preconceito, a utilização de ervas, rezas e benzimentos como forma de tratamento (A Imprensa, 1869; A Imprensa, 1886). Ao mesmo tempo, documentos eclesiásticos e posturas municipais registravam proibições e denúncias contra benzedoiras e curandeiros, revelando a tensão entre o saber tradicional e as instituições oficiais (Posturas Municipais, 1873). Essa tensão, no entanto, não impedia estratégias de negociação: em alguns casos, médicos formados incorporavam o uso de determinadas plantas medicinais em seus tratamentos, reconhecendo empiricamente sua eficácia (Santos, 2022; Piauhy, 1861), enquanto curandeiros buscavam legitimação ao aproximar suas práticas do discurso cristão, mediante rezas e invocações religiosas (Sampaio, 2003; Silva, 2014). Assim, as artes de curar permaneciam vivas, funcionando simultaneamente como instrumento de cuidado, resistência cultural e reafirmação da autonomia das populações escravizadas.

Assim, pode-se afirmar que as artes de curar constituíram um campo de resistência cultural e de cuidado coletivo, fundamental para a sobrevivência material e simbólica dos escravizados. Mesmo diante da criminalização e da desqualificação oficial, esses saberes persistiram, articulando saúde, espiritualidade e identidade. Como resume Kaori Kodama:

Os curadores não desapareceram com a expansão da medicina acadêmica, mas adaptaram-se, resistiram e mantiveram viva uma tradição que fazia parte da experiência cotidiana de grande parte da população (2009, p. 112).

Isso demonstra que os curadores não foram figuras marginais ou residuais, mas agentes centrais, sobretudo no cotidiano das comunidades pobres e escravizadas. Sua atuação não se

limitava ao tratamento de doenças, mas também reforçava laços comunitários e preservava identidades culturais, desafiando a hegemonia da medicina acadêmica e do Estado. Ao resistirem às tentativas de repressão, eles garantiam que o cuidado com o corpo estivesse sempre ligado à dimensão espiritual e cultural.

Dessa forma, a permanência dessas práticas evidencia que a saúde dos escravizados não se reduzia ao silêncio ou à omissão estatal. Ela se reinventava nos espaços de cura popular, que, apesar da perseguição, funcionavam como territórios de resistência simbólica e social. Nesse sentido, a medicina das artes e práticas de cura, não apenas supria a ausência de políticas públicas inclusivas, mas também oferecia alternativas concretas de cuidado e reafirmava a autonomia cultural das populações escravizadas.

A análise realizada ao longo deste capítulo permitiu compreender que a saúde no Piauí oitocentista estava profundamente atravessada por desigualdades sociais, raciais e econômicas. A medicina oficial, vinculada aos ideais de progresso e civilização, era mais acessível a uma parcela restrita da população, concentrando-se nos espaços urbanos e nas camadas mais favorecidas. Escravizados, libertos e pobres livres permaneciam, em grande medida, à margem das ações médicas e sanitárias do Estado.

Diante dessa exclusão, as artes de curar se consolidaram como formas alternativas e necessárias de cuidado. Transmitidas oralmente e sustentadas pela experiência cotidiana, essas práticas revelam não apenas a precariedade das condições de vida, mas também a capacidade de resistência e adaptação dos grupos subalternos. O corpo escravizado, constantemente submetido ao trabalho exaustivo e às doenças, tornou-se um espaço de disputa simbólica e material entre o controle senhorial, o saber médico e a sabedoria popular.

No contexto piauiense, marcado por uma economia em transição e pela recente fundação de Teresina, essas tensões se manifestaram na tentativa de implantação de políticas sanitárias e na criação de instituições como a Santa Casa de Misericórdia. Contudo, tais iniciativas, embora importantes, não foram suficientes para abranger a totalidade da população, permanecendo a maioria dos escravizados à margem dos cuidados oficiais. Assim, o contraste entre a medicina institucional e os saberes populares expressa não apenas a distância entre ciência e experiência, mas também os limites de um projeto civilizatório que excluía grande parte da população. O estudo desse quadro permite compreender como o Piauí refletiu, à sua maneira, as contradições mais amplas do Império em torno da saúde, da escravidão e das fronteiras do cuidado.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período compreendido entre 1850 e 1888, a cidade de Teresina passou por uma série de transformações nas condições de vida e de saúde da população escravizada, a partir de medidas implementadas e executadas pela administração pública na província. Essas ações tinham como propósito consolidar a nova capital como símbolo de modernização, civilidade e progresso. A fundação de Teresina, em 1852, marcou, portanto, um momento de reorganização política e territorial do Piauí, mas também evidenciou as contradições profundas entre o projeto urbano idealizado e a realidade social que o sustentava. Assim, o discurso da higiene, da ordem e da salubridade, amplamente difundido nos Relatórios Provinciais e nas Posturas Municipais, coexistia com o cotidiano de precariedade, pobreza e doença, vivido pela população, sobretudo pela escravizada, responsável pela construção física e pela manutenção da nova cidade.

Embora o século XIX tenha sido marcado por importantes transformações na administração pública e pela criação de instituições médicas e hospitalares, como a Santa Casa de Misericórdia, tais avanços não beneficiaram de forma equitativa todos os segmentos sociais. As práticas de saúde no Piauí oitocentista reproduziam a lógica hierarquizada da sociedade escravista, na qual o acesso à cura, à alimentação e à moradia digna, estava diretamente condicionado à posição social e racial dos indivíduos. Os cativos que trabalhavam na edificação da cidade e nas obras públicas, viviam em alojamentos precários, com alimentação insuficiente e submetidos a longas jornadas de trabalho, o que resultava em um quadro generalizado de adoecimento e exaustão. Além disso, a ausência de políticas públicas voltadas à saúde da população cativa fazia com que enfermidades como as doenças gastrointestinais, respiratórias e venéreas, se disseminassem rapidamente, agravadas pelas condições ambientais de uma cidade construída em meio a zonas alagadiças e de difícil saneamento.

Essa situação evidenciava o paradoxo de uma capital concebida sob o ideal de modernidade, mas sustentada pelo sofrimento e pela exploração dos corpos negros. O mesmo espaço urbano que pretendia representar o progresso civilizatório das elites piauienses e do Império era, simultaneamente, palco de doenças, fome e abandono. As tentativas de regulamentar a higiene e o uso do espaço público, como o Código de Posturas de 1867, tiveram efeito limitado, uma vez que os investimentos se concentravam nas áreas centrais e nos espaços ocupados pelas camadas dominantes, deixando os subúrbios habitados por pobres e também os escravizados, em condições mais graves de insalubridade.

Todavia, a análise das práticas médicas e populares de cura revelam que a saúde pública no Piauí oitocentista foi moldada por uma combinação entre caridade, controle social e resistência cultural. A medicina oficial, inspirada nos princípios do higienismo europeu e nos modelos institucionais de outras províncias, buscava disciplinar os corpos e garantir a estabilidade da ordem social, mas oferecia atendimento restrito e ineficaz aos grupos marginalizados. As ações da Santa Casa de Misericórdia, por exemplo, eram pontuais e voltadas prioritariamente à contenção de epidemias que ameaçavam a população livre e urbana.

De fato, a Santa Casa desempenhou um papel relevante na consolidação das primeiras estruturas de assistência médica no Piauí; contudo, o caráter benemérito dessas instituições, evidenciava a ausência de uma política estatal sólida. Os Relatórios Provinciais mostram que a sobrevivência desse estabelecimento de saúde dependia da caridade das elites locais e das subvenções governamentais, o que limitava seu alcance e sua capacidade de atendimento. O cuidado com os escravizados e pobres, quando existia, era permeado por critérios de seletividade e utilitarismo: tratava-se de curar para manter a produtividade e a ordem, e não por reconhecimento do direito à vida e à saúde.

Durante o período analisado, o estudo também evidenciou a força e a permanência das práticas de cura não diplomadas, baseadas em saberes africanos e indígenas. Em um contexto de carência médica e institucional, curandeiros, benzedeiros e rezadeiras desempenhavam papel essencial na assistência cotidiana, oferecendo cuidados acessíveis e integrados à espiritualidade e à cultura local. Essas práticas, transmitidas oralmente de geração em geração, não apenas supriam a ausência do Estado, mas também funcionavam como formas de resistência e preservação de identidades. O uso de ervas, rezas, banhos e rituais religiosos revelava a criatividade e a agência dos grupos subalternos diante da negação institucional de seus direitos.

Entretanto, as autoridades provinciais e municipais buscaram controlar e criminalizar essas manifestações. As Posturas Municipais de 1873, ao proibirem o exercício da medicina e da arte de curar sem autorização, representavam a tentativa do Estado de monopolizar o saber médico e marginalizar os agentes populares, frequentemente identificados como charlatões. Essa repressão tinha um viés racial e moral evidente, pois visava não apenas regular a prática médica, mas também eliminar as expressões culturais de matriz africana, associadas ao curandeirismo e às religiões populares.

Desse modo, a ausência de políticas universais, a precariedade dos hospitais de caridade e a repressão aos saberes tradicionais, revelam que o sistema de saúde pública se estruturou sobre as desigualdades raciais e sociais herdadas do regime escravista. O corpo do escravizado,

visto ora como instrumento de trabalho, ora como ameaça à ordem, foi o principal alvo dessa política seletiva. Seu adoecimento, quando notado, era tratado como problema econômico ou de segurança, jamais como expressão de humanidade. Ainda assim, mesmo sob condições extremas, os escravizados e seus descendentes desenvolveram estratégias próprias de enfrentamento. A cultura de cura popular, a solidariedade entre cativos e a fé em entidades protetoras demonstram que, diante da negação do direito à saúde, emergiram formas de cuidado baseadas na coletividade e na resistência. Essa rede de saberes e práticas representou não apenas uma alternativa terapêutica, mas também um espaço simbólico de preservação da memória e da dignidade.

Por fim, é válido ressaltar que, durante o desenvolvimento deste trabalho, surgiram novos caminhos de investigação que apontam para a necessidade de aprofundar o estudo sobre as práticas de cura e as condições de saúde da população escravizada em outras regiões do Piauí, para além de Teresina. A análise das fontes revelou que os relatos médicos, os registros das Santas Casas e as notícias de periódicos são fragmentados, mas reveladores quanto às formas de assistência, às doenças mais recorrentes e às estratégias de sobrevivência dessa população. Esses vestígios documentais permitem analisar um campo de pesquisa ainda pouco explorado, que envolve tanto as práticas oficiais, que são representadas pelas instituições de caridade e pelos serviços públicos incipientes, quanto as práticas populares, sustentadas pelos saberes afrodescendentes e indígenas.

Nesse sentido, o estudo sobre os escravizados no Piauí oitocentista abre múltiplas possibilidades para investigações futuras, especialmente no que se refere às relações entre saúde, cultura e resistência. Pesquisar de forma mais aprofundada como se davam os tratamentos, a partir de saberes mágico-religiosos e o uso das plantas medicinais, nas fazendas e nos centros urbanos, poderá contribuir para compreender, de modo mais amplo, como os sujeitos escravizados construíram, mesmo em meio à opressão, seus próprios sistemas de cuidado e de significação da doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS

### Bibliografia

ARAÚJO, Maria Mafalda Balduino. **Cotidiano e pobreza: a magia da sobrevivência em Teresina (1877–1914)**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1995.

BAPTISTA, Marcus Pierre de Carvalho. **Uma província enferma: medo e cólera no Piauí na segunda metade do século XIX**. Teresina: Cancioneiro, 2022.

BARRETO, Thaís; PIMENTA, Tânia Salgado. **Saúde e doença na Bahia oitocentista**. In: *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2013.

BRANDÃO, Tanya Maria. **O escravo na formação social do Piauí: perspectiva histórica do século XVIII**. Teresina: Universidade Federal do Piauí, 1999.

BURKE, Peter. **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: UNESP, 1992.

CARVALHO, Aleisa. **Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba: saúde, poder e caridade (1889–1930)**. Parnaíba: [s.n.], 2015.

CARVALHO, Genimar Machado Resende de. **Construtores e aprendizes: cativos da Nação e educandos artífices nas obras públicas da construção de Teresina (1850/1873)**. Porto Alegre: FCM Editora, 2013.

CHALHOUB, Sidney. **A força da escravidão: ilegalidade e costume no Brasil oitocentista**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHAVES, Monsenhor. **Obra Completa**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1998.

COSTA, Francisca Raquel da. **Escravidão e Liberdade no Piauí Oitocentista: alforrias, reescravização e escravidão ilegal de pessoas livres (1850-1888)**. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em História Social da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2017.

FALCI, Mirian Britto Knox. **Escravos do Sertão: Demografia, Trabalho e Relações Sociais**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1995.

FERREIRA, Priscila d’Almeida. **Memórias de males e curas: escravidão, doenças e envelhecimento no Sertão da Bahia no século XIX**. Vitória da Conquista: UESB, 2017.

FREITAS, Clodoaldo. **História de Teresina**. 2. ed. Organização, apresentação e notas de Teresinha Queiroz e Ronyere Ferreira. São Paulo: Mentis Abertas, 2020.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala**. 1ª ed. 1933. São Paulo: Global, 2003.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GORENDER, Jacob. **O escravismo colonial**. São Paulo: Ática, 2010.

GUIMARÃES, Maria Regina. **Civilizando as artes de curar: Chenoviz e os manuais de medicina popular do Império**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

HEINZ, Flávio. **História da saúde no Brasil: práticas e saberes populares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec; ANPOCS, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

KARASCH, Mary. **A Vida dos Escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)**. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.

KODAMA, Kaori. **Cura e resistência: saberes populares e práticas médicas no Brasil oitocentista**. São Paulo: Annablume, 2009.

LE GOFF, Jacques. **História e Memória**. 5ª ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

LIMA, Nisia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. **Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República**. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

LIMA, Solimar Oliveira. **Braço Forte: trabalho escravo nas fazendas da nação no Piauí. 1822-1871**. Passo Fundo: UPF, 2005.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Madel; MURICY, Katia. **Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. **“Manter Sã a Criança Sã”: as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945**. 2017. Tese. (Doutorado em História). Curitiba, 2018.

MARINHO, Joseane Zingara Soares; SANGLARD, Gisele. Apresentação – Um prolífico encontro entre a história, a saúde e as doenças. **Contraponto – Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História do Brasil da UFPI**, Teresina, v. 10, n. 1, p. 10-15, jan./jun. 2021.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **Da polícia médica à cidade higiênica**. [S.l.: s.n.]

MIRANDA, Maria das Graças. **“Doenças e práticas curativas na escravidão colonial”**. In: **História e Saúde no Brasil Colonial**. Recife: UFPE, 2004.

MONTEIRO, Francisco Gleison da Costa. “[...] **cumprindo ao homem ser trabalhador, instruído e moralizado**”: terra, trabalho e disciplina aos homens livres pobres na Província do Piauí (1850-1888). Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História. Recife, 2016.

MOREIRA, Amanda Cavalcante. **Teresina e as moradias da região central da cidade (1852-1952)**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. São Carlos, 2016.

NASCIMENTO, Francisco Alcides do. Teresina, a capital que nasceu sob o signo do moderno e da pobreza. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA. **Anais do Simpósio Nacional de História**. São Paulo, 2011.

NEPOMUCENO, Talita Marjorie Lira Sousa. **Doenças e causas mortis dos escravizados e libertos de Teresina-PI entre 1869 e 1877**. 2018. Artigo disponível em periódicos acadêmicos sobre história da saúde no Piauí

NORA, Pierre. “Entre História e Memória: A Problemática dos Lugares”. **Projeto História**, São Paulo, n. 10, p. 7-28, dez. 1993.

PAIVA, Eduardo França. **Escravidão e universo cultural na colônia**. São Paulo: Annablume, 2010.

PIMENTA, Tania Salgado. **Corpos e curas**: as práticas médicas no Brasil imperial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PIMENTA, Tânia Salgado. **Doenças e curas: a saúde pública no Brasil colonial**. São Paulo: Contexto, 2010.

PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; GALVÃO SOBRINHO, Carlos Roberto (Ed.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas: Cecult, 2003. p. 307-330.

PIMENTA, Tânia Salgado. Escravos no hospital da Santa Casa de Misericórdia da Bahia na segunda metade do século XIX. **Anais do XXIV Simpósio Nacional de História**. 2007. CD-ROM.

QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **Economia piauiense**: da pecuária ao extrativismo. 3 ed. Teresina: EDUFPI, 2006.

REIS, João José. **A morte é uma festa**: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

REVEL, Jacques (Org.). **Jogos de Escala**: A Experiência da Microanálise. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp, 1994.



SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Feitiçaria e curandeirismo no Brasil imperial**. In: DEL PRIORE, Mary (org.). *História do Brasil na época da Independência*. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

SANGLARD, Gisele. **Assistência, caridade e poder: as Santas Casas de Misericórdia e o Estado no Brasil oitocentista**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SANTOS, Ana Carolina dos. **Saúde e sociedade no Piauí oitocentista**. Teresina: EDUFPI, 2022.

SANTOS, Danielle Filgueiras. **Para além do “lisonjeiro estado sanitário”**: a atuação do governo provincial no combate às epidemias e endemias em Teresina, PI (1852–1889). Dissertação (Mestrado em História do Brasil). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2025.

SANTOS, Gutiele Gonçalves dos. “Costumadas e caseiras medicinas”: saberes e práticas de cura na capitania do Piauí – século XVIII. **Revista Calundu**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 67-81, 2023.

SANTOS, Gutiele Gonçalves dos. **“Sertões indômitos”**: comércio, doenças e práticas de cura na Capitania do Piauí – século XVIII. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, 2022.

SCARANO, Julita. **Homens de cor e condição**: escravidão, liberdade e desigualdade no século XVIII. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

SILVA, Rafaela Martins. **A Santa Casa de Misericórdia de Teresina**: assistência, filantropia e saúde (1889–1930). Teresina: UFPI, 2016.

SILVA, Rakell Milena Osório; Marinho, Joseanne Zingleara Soares. **Sem estruturas adequadas e profissionais qualificados**: a saúde pública na Província do Piauí (1850-1855). In: Maria Goreti da Silva Sousa, Thayná Guedes Assunção Martins, Daniela da Silva de Carvalho (organizadoras). *Pesquisas no campo das ciências humanas: teoria, metodologia e aplicação*. Teresina: Cancioneiro, 2024.

SILVA, Renata da. Curandeiros e feitiçeiros na sociedade escravista: práticas de cura e religiosidade africana no Rio de Janeiro do século XIX. In: **Anais do XXVIII Simpósio Nacional de História**. Florianópolis: ANPUH, 2014.

SILVA, Rodrigo Caetano. A fragmentação da escravidão no Piauí: exportação de cativos e a entrada de flagelados da seca. **Vozes, Pretérito & Devir**, Ano V, v. VIII, n. I, 2018.

SLENES, Robert W. **Na senzala, uma flor**: esperanças e recordações na formação da família escrava: Brasil Sudeste, século XIX. Campinas: Editora da Unicamp, 1999.

SOUSA, Talyta Marjorie Lira; BRANCO, Pedro Vilarinho Castelo. “Chamamos atenção dos nossos leitores para as diversas publicações gerais”: representações sobre os escravos nos jornais piauienses, 1850–1887. **Antíteses**, Londrina, v. 16, n. 32, p. 528–562. 2023.

SOUSA, Talyta Marjorie Lira. Doenças e causa mortis dos escravizados e libertos de Teresina-PI entre 1869 e 1877. **Revista Hydra**, v. 4, n. 8. 2020.

WHITE, Deborah Gray. **Ar'n't I a Woman?** Female Slaves in the Plantation South. New York: W. W. Norton & Company, 1985.

### Fontes

A ÉPOCA. **Promotor e Médico das Dúzias**. Teresina, ed. 00296, 1884.

A IMPRENSA. **Annuncios**. Anno I, N° 32. Therezina, 3 de março de 1866.

A IMPRENSA. **Kelotomia**. Anno XX, N° 853, 31 de janeiro de 1885. Theresina, 1885.

A IMPRENSA. **Publicações Geraes**. Anno VII, N° 325. Theresina, 21 de outubro de 1871.

A IMPRENSA. **Santa Casa de Misericórdia**. Rio de Janeiro, ed. 00007, 1865.

A IMPRENSA. **Tellegrama**. Anno XIX, N° 843, 15 de março de 1884. Theresina, 1884.

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

IMBERT, Jean-Baptiste Albert. **Manual do Fazendeiro, ou Tratado Doméstico sobre as enfermidades dos negros, generalizado ás necessidades medicas de todas as classes**. 2 ed. Tomo 1. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1839.

NUNES, Lucio Gonçalves. **A Proposito d'um caso de kelotomia**: dissertação inaugural apresentada á Eschola Medico-Cirurgica do Porto. Imprensa Portuguesa: Rua do Bomjardim, 1891.

**O ARGOS PIAUHYENSE**. Oeiras, PI: Typ. Liberal, 1851- . Semanal. Abaixo do título: monarchia-constitucional, liberdade, ordem, franquezas-provinciaes e constituinte. Disponível em <http://memoria.bn.br/DOCREADER/DOCREADER.ASPX?BIB=700657>. Acesso em: 19 mar. 2025. Localização: Publicações Seriadas Raras - PR-SOR 00916.

**O CONCILIADOR PIAUHYENSE**. Theresina: Typ. Independente, 1857- . Desconhecida. Localização: Publicações Seriadas - PR-SPR 00633.

**O ECHO LIBERAL**. Oeiras, PI: Typ. Liberal, 1849-1852. Semanal. Epigrafe: "Admonere volumus, non mordere, prodisse, non ladere", Erasmo. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DOCREADER/DOCREADER.ASPX?BIB=700649>. Acesso em: 19 mar. 2025. Localização: Publicações Seriadas Raras - PR-SOR 00914.

O PIAUHY. **Annuncios**. Anno III, N° 103. Theresina, 26 de setembro de 1869.

O PIAUHY. **Posturas Municipais — Capítulo III: Do Costume e Moralidade**. Teresina, n. 289, p. 2, 27 nov. 1873.

**O PROPAGADOR**. Anno III, N° 114, 13 de abril de 1860.

O PROPAGADOR. **Noticias e Factos Diversos**. Anno I, N° 47. Theresina, 1858.

PENNA, Belisário; NEIVA, Arthur. **Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de Goiás: relatório apresentado ao Dr. Carlos Chagas, diretor do Instituto de Manguinhos**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 199-215, 1916.

PIAUHY, Governo do. **Relatorio com que o Excellentissimo Senhor Dr. Raymundo Mendes de Carvalho passou a administração da Provincia do Piauhhy, ao Excellentissimo senhor 2º Vice-presidente Coronel José de Araujo Costa, no dia 27 de fevereiro de 1878**. Therezina, 1878. Disponível em: [www.dds.crl.edu/](http://www.dds.crl.edu/).

PIAUHY. **Relatório com que o Exmo. Snr. Doutor João da Cunha e Silva passou a administração da Província ao Exmo. Snr. Doutor João Lustosa da Cunha Paranaguá em 7 de outubro de 1861**. Teresina: Typ. Provincial, 1861.

PIAUHY. **Relatório da Província do Piauí apresentado ao vice-presidente Dr. José Mariano Lustozado Amaral pelo presidente Dr. Manoel Antonio Duarte de Azevedo em 15 de abril de 1861**. Oeiras, 1861.

PIAUHY, Palacio do Governo do. **Medicos**. 2 de abril de 1875. Disponível em: Arquivo Público do Piauí – Casa Anísio Brito.

PIAUHY, Provincia do. **Falla que o Presidente da Provincia do Piauhhy Dr. Joze Antonio Saraiva dirigio a Assembleia Legislativa provincial no acto da abertura de sua sessão ordinária, em 3 de julho de 1851**. Oeiras: Typ Saquarema. Disponível em: [www.dds.crl.edu/](http://www.dds.crl.edu/).

**O SEMANARIO**: folha official e comercial. Teresina, PI: Typ. Imparcial de J. da S. Leite, 1854- . Semanal. Tipografia de Joao da Silva Leite. Disponível em: <http://memoria.bn.br/docreader/docreader.aspx?bib=814270>. Acesso em: 19 mar. 2025. Localização: Publicações Seriadas Raras - PR-SOR 04356.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TERESINA. **Livro de registros hospitalares, 1859-1879**. Disponível em: Arquivo Público do Piauí – Casa Anísio Brito.